

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ
THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ, ECONOMIE ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH, ECONOMY AND
MANAGEMENT IN MEDICINE

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

1(46)/2013

Materialele atelierului de lucru ALASS cu tema: „Malpraxis medical: actualități și perspective”, organizat de Asociația Economie, Management și Psihologie în Medicină din Republica Moldova, membru instituțional

Materials of the workshop ALASS with the theme: “Medical Malpractice: present and perspectives”, organized by the Economy, Management and Psychology Association in Medicine in the Republic of Moldova, the Collective Member

Chișinău • 2013

Revista a fost înregistrată la Ministerul Justiției al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Prin hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și a Consiliului Național de Acreditare și Atestare din 30.04.2009, revista este inclusă în categoria **B** a publicațiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor științifice din tezele de doctorat în domeniile medicină, farmacie, economie și psihologie.

Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiștii în domeniile respective.

Cofondatori:

Centrul Național de Sănătate Publică,
Spitalul Clinic Republican
Colegiul de redacție Editorial Board

Redactor-șef Editor in Chief

CONSTANTIN EȚCO

Membri Members

Ion Bahnarel – redactor-șef adjunct

Dumitru Tintiuc – redactor-șef adjunct

Octavian Grama,

Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Editorial council

Ion Ababii

Constantin Andriuța

Grigore Belostecinic

Mircea Buga

Eugen Diug

Emil Anton (Iași)

Ludmila Ețco

Grigore Friptuleac

Stela Gheorghiiță

Ștefan Gheorghiiță

Victor Ghicavâi

Gheorghe Ghidirim

Eva Gudumac

Vladimir Hotineanu

Constantin Iavorschi

Vladimir Kucerenko (Moscova)

Iuri Lisițân (Moscova)

Oleg Lozan

Ion Mereuță

Ion Moldovanu

Benoit Nautre (Franța)

Nicolai Opopol

Gheorghe Paladii

Valeriu Pantea

Iurie Pânzaru

Mihai Popovici

Viorel Prisacari

Yousif Rahim (Italia)

Andrei Roșca

Valeriu Rudic

Victor Savin

Constantin Spânu

Ion Șalaru

Boris Topor

Teodor Tulcinschi (Israel)

Georghe Țăbârnă

Teodor Țârdea

Brigitha Vlaicu (Timișoara)

Ana Volneavschii

Victor Vovc

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

Editura *Epigraf S.R.L.*

2012, str. București 60, of.11, Chișinău
tel./fax 22.85.87, e-mail: epigraf@mtc.md

Redactor literar – *Larisa Erșov*

Machetare computerizată – *Anatol Timotin*

Asistență computerizată – *Irina Nica*

Coperta – *Iulian Grosu*

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md, www.cnspl.md

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)

MD-2004, Chișinău, Republica Moldova

Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44

E-mail: economiemanagement@yahoo.com

CUPRINS

MALPRAXIS MEDICAL

CONSTANTIN EȚCO Discurs introductiv.....	5
CARMEN TEREANU, CONSTANTIN EȚCO Malpraxis medical: actualități și perspective.....	6
CONSTANTIN EȚCO, ANDREI MECINEANU Sistemul malpraxisului medical în Republica Moldova.....	8
ANDREI PĂDURE Riscurile de malpraxis medical în Republica Moldova.....	16
ANDREI MECINEANU, CONSTANTIN EȚCO Soluționarea alternativă a litigiilor de malpraxis medical în Republica Moldova.....	21
CARMEN TEREANU, SILVIA BETTEGA, ENRICO REGALIA, ROBERTO MAZZA, MARGHERITA GRECO, CLAUDIA ROREANU, LUIGI SAITA, LAURA LOZZA Utilizarea medierii transformative în aplanarea conflictului medic – pacient (studiu de caz)	28
LUCA SALA Malpractice e goodpractice nella prevenzione della salute.....	33
DANIA BRIOSCHI, MARGHERITA BORELLO Il Sistema Sperimentale di Rilevazione della qualità percepita e la Gestione Aziendale dei Reclami come strumenti integrati nella prevenzione della Malpractice.....	39
MONICA DE ANGELIS L’alternativa all’intervento del giudice nella risoluzione dei conflitti nel sistema sanitario: il caso dell’Italia	46
ANDREI NANU, DIANA NANU, CRINA RĂDULESCU Importanța respectării prevederilor legale la nivelul practicii medicilor și asistenților medicali din România.....	53
RAFAEL PEÑALVER CASTELLANO, ALFREDO RIVAS ANTÓN La gestión de las reclamaciones patrimoniales como un elemento para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria	58
CONSTANTIN EȚCO, DUMITRU ȘIȘCANU <i>Asociația Economie, Management și Psihologie în Medicină din Moldova – membru instituțional al ALASS</i>	63
SĂNĂTATE PUBLICĂ	
STELA GHEORGHÎĂ Sistemul informațional de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică – element al implementării reformei Serviciului de Supraveghere a Sănătății Publice în Republica Moldova	65
РАИСА СЫРКУ, ТАТЬЯНА СТРАТУЛАТ, МАРИАНА ЗАВТОНИ, ЕЛЕНА БОЙЦУ, АЛЛА ОУАТУ, РАИСА МИГАЛАТИЕВ, СВЕТЛАНА НЕГРУ, АЛЕНА ПАТЛАТИ Определение экспозиции и оценка риска воздействия стойких органических контаминантов пищевых продуктов на здоровье населения	70
GHEORGHE PLĂCINTĂ Caz clinic de toxocaroză larvarică cu evoluție îndelungată (9 ani), cu manifestări de afectare sistemică, inclusiv pulmonară (suspectat tbc - multiple focare mici în pulmonii) ..	75
EXPERTIZA VITALITĂȚII	
LUDMILA SOCHIRCĂ Determinarea dizabilității la nivel internațional.....	79

CONTENTS

MEDICAL MALPRACTICE

CONSTANTIN EȚCO Introductory Speech	5
CARMEN TEREANU, CONSTANTIN EȚCO Medical Malpractice: news and views.....	6
CONSTANTIN EȚCO, ANDREI MECINEANU Medical Malpractice system in the Republic of Moldova	8
ANDREI PĂDURE The Risks of Medical Malpractice in Republic of Moldova.....	16
ANDREI MECINEANU, CONSTANTIN EȚCO Alternative dispute resolution techniques in medical malpractice litigation in the Republic of Moldova.....	21
CARMEN TEREANU, SILVIA BETTEGA, ENRICO REGALIA, ROBERTO MAZZA, MARGHERITA GRECO, CLAUDIA ROREANU, LUIGI SAITA, LAURA LOZZA Using transformative mediation in settling the conflict between doctors and patients (case study)	28
LUCA SALA Malpractice and good practice in healthcare prevention	33
DANIA BRIOSCHI, MARGHERITA BORELLO The experimental Customer Satisfaction and the Conflict integrated Management Systems as tools apt to the Malpractice Prevention	39
MONICA DE ANGELIS The alternative to the judge intervention in the resolution of conflicts in the healthcare system: the case of Italy	46
ANDREI NANU, DIANA NANU, CRINA RĂDULESCU The importance of respecting legal regulations in the doctors’ and nurses’ practice in Romania.....	53
RAFAEL PEÑALVER CASTELLANO, ALFREDO RIVAS ANTÓN The property claims management as a mechanism to improve the quality of healthcare	58
CONSTANTIN EȚCO, DUMITRU ȘIȘCANU The Economy, Management and Psychology Association in Medicine from Moldova – institutional member of LAHSA	63
PUBLIC HEALTH	
STELA GHEORGHÎĂ Information system of communicable disease and public health events surveillance - part of Public Health Surveillance system reform implementation in the Republic of Moldova.....	65
РАИСА СЫРКУ, ТАТЬЯНА СТРАТУЛАТ, МАРИАНА ЗАВТОНИ, ЕЛЕНА БОЙЦУ, АЛЛА ОУАТУ, РАИСА МИГАЛАТИЕВ, СВЕТЛАНА НЕГРУ, АЛЕНА ПАТЛАТИ Exposure Determination and Risk Estimation of the Impact of Persistent Organic Food Pollutants over Human Health	70
GHEORGHE PLĂCINTĂ Clinical case of larval toxocarasis with long evaluation (9 yaers) with systemic involvement, including pulmonary (suspected tuberculosis – multiple small foci in lungs)	75
EXPERTISE OF VITALITY	
LUDMILA SOCHIRCĂ Determination of disability on international level	79

RECENZII

ALEXANDRU NACU

Recenzie asupra monografiei „Variante clinice
în depresiile refractive” (autor Ghenadie Cărăuș)85**JUBILEE**

Ion Bahnarel – manager, savant, pedagog prin vocație86

Profesorul universitar Constantin Andriuță: 50 de ani
de activitate.....88**IN MEMORIAM**

Victor Talmaci – pedagog iscusit și om de omenie91

REVIEWERS

ALEXANDRU NACU

Reviewer for the monography „Clinical variants in refractive
depressions” (author Ghenadie Cărăuș).....85**ANIVERSARIES**

Ion Bahnarel – manager, scientist, great teacher86

50 years of working of the professor Constantin Andriuță88

IN MEMORIAM

Victor Talmaci – great teacher and great man91



DISCOURS INTRODUCTIF DU
PROFESSEUR CONSTANTIN EȚCO

Constantin EȚCO, șef Departament Economie,
Management și Psihopedagogie în Medicină, USMF
N. Testemițanu, președinte al Asociației de Economie,
Management și Psihologie în Medicină.

L'Atelier ALASS est un évènement important pour les professionnels de la santé en Moldavie et au-delà des frontières de notre pays. Le témoignage du caractère exceptionnel de cette manifestation est votre présence dans cette salle et aussi la thématique de grande d'actualité, en particulier pour notre pays.

Je veux saluer tous les participants à l'Atelier ALASS et souligner l'honneur d'avoir l'occasion d'organiser cet évènement en République de Moldavie. Cet atelier international consacré à un thème très actuel, pour tous les systèmes de santé – le malpraxis médical et vise à favoriser l'échange d'expériences et à identifier les options qui détermineront les solutions pour la Moldavie.

La société contemporaine a une demande accrue pour les services de santé – des exigences en termes d'efficacité et de sécurité. Les décideurs des systèmes de santé au niveau mondial sont concernés par la garantie d'accès aux services de santé de qualité, des soins efficaces pour obtenir de meilleurs résultats, de la réactivité aux besoins des patients, etc., aspects qui sont directement liés aux compétences professionnelles des professionnels de la santé et pharmaceutiques, ainsi qu'au respect des droits sociaux et individuels des patients.

L'accès accru des populations à l'information médicale et juridique a comme effet de catalyser la demande d'assurer le droit à des soins de qualité, l'expression directe étant les plaintes déposées dans les établissements administratifs et les tribunaux. Le rapport de l'Institut de Médecine des États Unis sur les erreurs médicales montre qu'il y a une tendance internationale croissante en termes d'erreurs de procédure et factuelles du personnel médical et pharmaceutique, ainsi que de leur effet négatif sur la morbidité, la mortalité, l'invalidité et la période d'hospitalisation en excès.

En Moldavie, il y a une augmentation constante du nombre de plaintes des patients contre les fournisseurs de services de santé, ce fait ayant une répercussion directe sur la croissance du taux de l'expertise médico-légale du comité sur la qualité des soins de santé. L'étude d'analyse des défaillances

médico-légale dans la prise en charge chirurgicale montre que les plaintes contre le personnel médical et chirurgical ont lieu dans le cadre de la procédure pénale (68,14%) et rarement dans le cadre d'une procédure civile (5,75%). Presque 1 sur 3 cas de soins chirurgicaux soumis à l'expertise (38,5%) a identifié diverses lacunes: de diagnostic (55,2%), de tactique (56,3%) et curatifs (69%). Il a été démontré qu'il existe une corrélation et des liens de dépendance entre ces déficiences. L'étude sur l'évaluation du risque de malpraxis chez les médecins a conclu que 59,2% des médecins ont fait des fautes, selon l'opinion de leurs collègues médecins. Cependant, l'étude montre que dans 49,6% des cas d'expertise médico-légale du comité sur la qualité des soins de santé dans la période 2006-2010 (pour toutes les spécialités médicales) ont été identifiés des erreurs médicales, dont 86,4% étaient des fautes médicales. (atentie : este necesara definirea erorii si a greselii si sublinierea diferentei dintre ele, altfel pentru publicul din alte tari acest pasaj nu este clar) Les erreurs médicales dans 52,6% des cas étaient des fautes de diagnostic, dans 63,2% – des fautes tactiques, dans 10,5% - des fautes techniques et dans 8,8% – des fautes dans le suivi des patients. Environ 65% des médecins considèrent que les plaintes concernant les erreurs médicales faites par les patients représentent un danger réel et actuel, et 77,3% se considèrent non protégées face à toutes les actions civiles et pénales et estiment nécessaire la mise en œuvre des assurances obligatoires de responsabilité professionnelle civile pour malpraxis médical. Un taux de 83,7% des médecins considèrent qu'il est nécessaire d'adopter des réglémentations dans la législation concernant le malpraxis médical pour établir des conditions claires d'emploi de la responsabilité civile médicale.

J'ai tenu nécessairement à présenter ces données afin de souligner l'importance de cette question pour tous les acteurs du système de santé – décideurs, fournisseurs de soins de santé et patients.

En même temps, je suis convaincu que les documents présentés et les discussions afférentes seront extrêmement utiles et productives pour la communauté médicale moldave.

MALPRAXIS MEDICAL:
ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE

Carmen TEREANU, membru al Comitetului Asociației Latine pentru Analiza Sistemelor de Sănătate;
Constantin EȚCO, șef Departament Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină, USMF
N. Testemițanu, președinte al Asociației de Economie, Management și Psihologie în Medicină.

Summary**The medical negligence: topicality and perspectives**

29 of June 2012 the workshop with the agenda "Medical negligence", organized by the Association "Economy, Management and Psychology in medicine" of the Republic of Moldova, Collective Member of the International Latin Association of Health Care System Analysis. There participated more than 30 persons including representatives of the Parliament of the Republic of Moldova Health Ministry scientists of the "Medical University" Nicolae Testemițanu and chief-managers of medical institutions. Besides of that, there were representatives from the other countries (Italy, Romania, Spain). In general, there were listened 12 reports, devoted to topical problems of medical negligence in different countries and there were made proposals in the sphere of improvement of legislation in this field.

Резюме**Медицинская халатность: актуальность и перспективы**

29 июня 2012 в г. Кишинэу был проведен рабочий семинар с повесткой дня "медицинская халатность", организованный Ассоциацией Экономика, менеджмент и психология в медицине Республики Молдова - коллективный член Международной Латинской Ассоциации Анализа Систем Здравоохранения. В работе семинара приняли участие более 30 человек, в том числе представители Парламента Республики Молдова, Министерства здравоохранения, ученые Медицинского университета им. Н. Тестемицану и руководители медицинских учреждений. В семинаре участвовали также 7 представителей из других стран - Италии, Румынии и Испании. Всего было заслушано 12 докладов, посвященных актуальным проблемам медицинской халатности в различных странах и сделаны предложения по улучшению законодательства в этой области.

La 29 iunie 2012, a avut loc la Chișinău un atelier de lucru cu tema *Malpraxis medical: actualități și perspective*, organizat de Asociația Latină pentru Analiza Sistemelor de Sănătate (ALASS) și Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină din Republica Moldova (AEMPM). Acest atelier internațional a avut obiectivul de a încuraja schimbul de idei, experiențe și așteptări/perspective privind managementul malpraxisului în diferite sisteme de sănătate. Atelierul a reunit decidenți, cadre universitare și profesioniști din sistemul de sănătate din Republica Moldova, România și Italia, în total treizeci de participanți.

Lucrările au fost deschise de către domnul Gheorghe Țurcanu, Viceministrul Sănătății, și domnul Vladimir Hotineanu, Președintele Comisiei pentru protecție socială, sănătate și familie a Parlamentului Republicii Moldova, care au salutat participanții, mulțumindu-le pentru interesul manifestat față de un subiect de mare actualitate pentru toate țările și mai ales pentru Republica Moldova, unde un sistem nou de management al malpraxisului medical este pe cale de a fi implementat.

Articolele publicate, în limba originală, în acest număr monografic al revistei *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină* sunt bazate pe comunicările orale la atelier și se referă la experiențele din patru țări latine: Moldova, România, Italia și Spania.

În **Republica Moldova** managementul malpraxisului are loc în cadrul *comun* al dreptului civil („sistem în baza greșelii”), în care pacientul poate solicita despăgubiri ca expresie a unui proces de reparare. După ce a fost sesizată, instanța de judecată conduce direct și imediat o anchetă pe baza probelor, ascultă explicațiile părților și concluziile experților (expertiza juridică sau medico-legală). Soluționarea extrajudiciară a conflictelor nu face parte din sistemul de management al malpraxisului. Nu există o legislație *specifică* pentru malpraxis, care să stabilească și să reglementeze răspunderea civilă a medicilor, și nici asigurări de răspundere civilă în sectorul sănătății. Daunele sunt plătite de la bugetul de stat. Alte aspecte critice sunt: lipsa unui management eficient al riscului clinic, lipsa unei culturi bazate pe învățarea din greșeli, cunoștințele insuficiente ale personalului din sănătate în domeniul dreptului sanitar etc. Pentru a remedia această situație, în parlament a fost propus un proiect de lege privind malpraxisul în domeniul sănătății.

În **România**, în conformitate cu legislația care reglementează malpraxisul în domeniul sănătății, reclamațiile pot fi trimise la: I) Comisia Națională de analiză a cazurilor de malpraxis (daune materiale sau morale), II) Poliție/Tribunal în cazurile de răspundere penală (vătămări corporale sau deces), III) colegiile profesionale, în caz de răspundere disciplinară, IV) autoritățile în

cauză (pentru responsabilitatea administrativă). Asigurarea de răspundere civilă privată este obligatorie pentru medici și asistenții medicali. Problema este că aceasta acoperă doar daunele cauzate de erorile de diagnostic/tratament, fără a acoperi daunele rezultate din nerespectarea obligațiilor legale din partea profesioniștilor din domeniul sănătății privind confidențialitatea, consimțământul informat, accesul pacienților la informațiile medicale personale etc. Mai mult decât atât, nu există o activitate sistematică de management al riscului clinic, bazată pe principii și instrumente moderne.

Astfel, din 2009 *MedRight Experts SRL* oferă medicilor și asistenților medicali formare postuniversitară privind prevenirea și o mai bună gestionare a acuzațiilor de malpraxis (formare de formatori), în toate reședințele de județ din România. Pe site-ul său interactiv, profesioniștii din domeniul sănătății pot accesa legislația actualizată privind malpraxisul și pot obține consiliere on-line pentru situații specifice. Proiectul-pilot *ExpIR-RO* (2007-2009) a arătat că un sistem de raportare spontană și voluntară a evenimentelor adverse, urmat de acțiuni de corecție nonpunitive, pentru a încuraja învățarea din greșeli, ar putea fi implementat cu succes și în alte spitale din România.

Încă de la începutul anului 2000, **Italia** a investit în introducerea și dezvoltarea unei funcții de management al riscului în organizațiile de sănătate, pentru a asigura gestionarea riscului *clinic* (identificarea și prevenirea/reducerea evenimentelor adverse, cultura orientată spre îmbunătățirea continuă a calității și siguranței îngrijirilor etc) și a riscului *instituțional* (risc financiar, broker-asigurări etc.). Aproape toate spitalele și profesioniștii din domeniul sănătății au asigurare de răspundere civilă. În paralel, asociațiile pacienților au fost consolidate (de exemplu, *Tribunalul pentru drepturile pacienților*). Pentru a frâna creșterea progresivă a volumului de muncă al instanțelor judecătorești, în 2010 Italia a introdus medierea *obligatorie* pentru cazurile de malpraxis: numai cazurile în care medierea obligatorie (mediere orientată către conciliere) nu a avut succes vor recurge la instanța de judecată.

Cu toate acestea, eficiența acestei inițiative este încă de demonstrat, iar tehnicile de mediere sunt în fază de elaborare și implementare. Printre acestea se numără *medierea transformativă*. Aceasta nu urmărește să ajungă, cu orice preț, la un acord între părțile implicate într-un conflict, ci pur și simplu să restabilească comunicarea/relația dintre pacient și organizație, și reprezintă un instrument *opțional*, care ajută la prevenirea litigiilor. De fapt, multe

dintre acuzațiile de malpraxis apar mai degrabă din cauza unei comunicări inadecvate dintre personalul sanitar și pacienți/aparținători, decât a unei erori de diagnostic sau tratament. În plus, pacienții, din ce în ce mai informați de mass-media cu privire la progresele din medicină, au așteptări din ce în ce mai mari. Prin urmare, este important să se măsoare în mod sistematic calitatea percepută de pacienți în organizațiile de sănătate și să se comunice personalului sanitar rezultatele, astfel încât să se permită îmbunătățirea continuă a organizației, susținută de toți membrii săi.

Deși în prezent accentul este pus pe serviciile de diagnostic și tratament, managementul malpraxisului în domeniul prevenției primare (factori de risc, promovarea sănătății etc.) este la fel de important. Termenul de malpraxis în sectorul prevenției are o semnificație și mai gravă, întrucât are repercusiuni asupra populației sănătoase, cauzând sau evidențind patologii inexistente. Prin urmare, este necesar să dobândim o cultură și instrumente metodologice adecvate, pentru a promova în mod eficient „cele mai bune practici” și în acest sector.

În **Spania**, conform Constituției, utilizatorii administrațiilor publice au dreptul să fie compensați pentru daune materiale sau încălcarea drepturilor lor (cu excepția cazurilor de forță majoră), dacă ele apar ca urmare a funcționării ineficiente a serviciilor publice. Astfel, în cadrul acțiunilor de îmbunătățire a calității îngrijirilor, o atenție deosebită este acordată politicilor de creștere a siguranței pacienților. *Harta riscurilor* este un instrument de management bazat pe un sistem informațional alimentat trimestrial cu date privind răspunderea patrimonială, în scopul aplicării unor acțiuni corective pentru prevenirea repetării erorilor pe viitor.

În concluzie, menționăm că atelierul a fost un bun prilej pentru schimbul de experiențe și a identificat mai multe direcții de acțiune posibile pentru completarea reformei sistemului de management al malpraxisului medical în Republica Moldova. Participarea unor factori de decizie politică la atelier este un avantaj pentru promovarea ideilor și pregătirea condițiilor pentru punerea în aplicare a unor soluții pentru malpraxis în Republica Moldova. De asemenea, participanții la atelier vor analiza posibilitatea de accesare a unor fonduri pentru finanțarea unor proiecte de colaborare, bazate pe schimbul de experiențe internaționale, pentru a contribui la succesul reformei privind malpraxisul în Republica Moldova.

Organizatorii atelierului mulțumesc tuturor autorilor pentru contribuția la această monografie.

SISTEMUL MALPRAXISULUI MEDICAL DIN REPUBLICA MOLDOVA

Constantin EȚCO, Andrei MECINEANU,
Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în
Medicină, USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Medical malpractice system in the Republic of Moldova

In this paper is discussed medical malpractice management system from the Republic of Moldova. In the Republic of Moldova is adopted the "fault system" which represents a tort litigation system. The Moldovan medical malpractice management system is analyzed from legal and normative framework, institutional framework, administrative issues, deterrence, financing, compensation, costs occur to parties involved in malpractice cases, error reporting, etc. The Moldovan tort liability system is a "social insurance of a market society" where patients are compensated when the negligence of the healthcare providers is proved to be the cause of the injury. The results of the medical malpractice management system assessment demonstrated deficiencies in system organization and functioning, namely: lack of specific legislation to define and regulate medical malpractice and medical civil liability, the concept of medical malpractice does not meet the requirements and standards of international doctrine, the approach of medical civil liability is incoherent from theoretical point of view and in consequence from the practical one, compulsoriness to follow the judicial track in order to establish medical malpractice and obtain compensation, existence of enormous financial risks for the health care providers in the conditions of absence of medical malpractice insurance, lack of monitoring and evaluation system of medical errors.

Keywords: medical malpractice, medical liability, tort liability, medical error.

Резюме

Система менеджмента медицинской халатности в Республике Молдова

В данной статье описывается система менеджмента медицинской халатности в Республике Молдова, которая подробно анализируется с точки зрения законодательной и нормативной базы, организационно-административной структуры, финансирования, компенсации пациента, системы отчетности медицинских ошибок и т.д. В Республике Молдова компенсация пациента осуществляется когда доказывается делинквентный вред в сфере медицинской деятельности. Результаты анализа системы менеджмента медицинской халатности выявили серию недостатков в организации и функционировании системы: отсутствие специального законодательства, регулирующего медицинскую халатность и медицинскую гражданскую ответственность, концепт медицинской халатности не соответствует требованиям и стандартам международной доктрины, обязательность обращения в судебные инстанции для установления медицинской халатности и получения компенсации, наличие огромных финансовых рисков для медицинских работников, отсутствие системы мониторинга и оценки медицинских ошибок.

Ключевые слова: медицинская халатность, медицинская ответственность, делинквентная ответственность, медицинская ошибка.

Generalități

Preocuparea legată de practica medicală și de consecințele negative ale acesteia asupra pacientului a existat de mult în istoria Moldovei. Jurisprudența Țării Moldovei abordează malpraxisul medical și răspunderea medicală în temeiul „pierderii meseriei” în caz de „sminteală a bolnavului prin nemeșteșug”. De asemenea, sunt prevăzute și condițiile când medicul este exonerat de răspundere, și anume: dacă bolnavul refuză să-l asculte și să urmeze sfaturile medicale, precum și dacă rănitul refuză îngrijirile medicale („sminteala morții va fi spre cel rănit”).

Aceste aspecte, alături de precizări privind considerația de care beneficiau medicii, apreciindu-se opiniile lor ca precumpănitoare față de alte mărturii, apar în *Pravilele împărătești* ale lui Vasile Lupu, în 1646, și Matei Basarab, în 1652 [1]. Importante sunt și prevederile care fac diferențierea dintre răspunderea penală și răspunderea civilă, precum și cele care stabilesc cuantificarea despăgubirii pentru reparația prejudiciului, în funcție de întinderea acestuia.

Dezvoltarea conceptelor și principiilor de răspundere medicală a avut loc, în special, în baza dreptului civil. Astfel, Codul Callimachi (1817), Codul civil al Moldovei reglementează „epitropia casei doctorilor” și stabilește condiții pentru responsabilitate: „oricare din doctori, fără mustrare de cuget (...) va călca acest legământ, făcându-se aceasta cunoscut la stăpânire, se va scoate din numărul doftorilor și tocmeala lui se va strica și întru nimic nu se va socoti” [180]. Mai târziu, Regulamentul organic, legile sanitare stipulează condiții cu privire la activita-

tea desfășurată de medici și a căror încălcare atrage răspunderea penală și/sau civilă.

Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică reprezintă valori supreme, ce sunt garantate de Constituția Republicii Moldova [2]. Dispozițiile constituționale privind drepturile omului se interpretează și se aplică în concordanță cu Declarația Universală a Drepturilor Omului, cu pactele și cu tratatele la care Republica Moldova este parte.

Consolidarea drepturilor fundamentale ale omului în sistemul de sănătate este realizată de Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului. Pacientul poate ataca acțiunile prestatorului de servicii de sănătate ce au condus la lezarea drepturilor sale individuale. Or fiecare pacient are dreptul de a fi compensat întotdeauna când a suferit o daună fizică, morală sau psihologică, produsă prin actul medical.

Raporturile privind realizarea și apărarea drepturilor fundamentale ale omului, inclusiv drepturile pacientului, sunt reglementate de legislația civilă. Modalitatea de apărare a drepturilor individuale ale pacientului, în contextul malpraxisului medical, se face prin repararea prejudiciilor.

Sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova este un sistem „în baza greșelii”. Astfel, pentru ca să fie stabilit cazul de malpraxis medical și realizată compensarea pacientului prejudiciat, este necesar ca în cadrul sistemului judiciar să se facă proba greșelii [14].

În Republica Moldova nu există o legislație specifică în domeniul malpraxisului medical care să stabilească și să reglementeze răspunderea civilă a prestatorului de servicii de sănătate. Deci, la momentul actual, în lipsa unui cadru juridic special reglementat în care pacientul poate solicita o despăgubire ca expresie a unui proces de reparație față de încălcarea drepturilor sale individuale, standardelor medicale sau rezultatelor medicale, managementul malpraxisului medical se realizează în cadrul comun al legii civile [15].

În prezent, baza normativ-legislativă a sistemului malpraxisului medical în Republica Moldova este formată de reglementări în domeniul sănătății, într-o măsură mai mică, și reglementări nespecifice domeniului sănătății, într-o măsură mai mare. Astfel, managementul malpraxisului medical este realizat de un cadru normativ reprezentat de Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263-XVI din 27.10.2005, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic nr. 264-XVI din 27.10.2005, Legea cu privire la expertiza judiciară, constatările tehnicoștiințifice și medico-legale nr. 1086 din 23.06.2000, Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218 din 24.10.2008, Codul civil al Republicii Moldova nr.

1107 din 06.06.2002, Codul de procedură civilă al Republicii Moldova nr. 225 din 30.05.2003, Codul penal al Republicii Moldova nr. 985 din 18.04.2002, Codul de procedură penală al Republicii Moldova nr. 122 din 14.03.2003, Codul-cadru de etică al lucrătorului medical și farmaceutic și alte acte normative care se referă la acest domeniu. Fiecare dintre aceste acte normative furnizează elementele juridice necesare organizării și funcționării sistemului malpraxisului medical în baza principiului probării greșelii.

Conduita prestatorului de servicii de sănătate are relevanță juridică doar în cazurile în care se găsește sub incidența normelor juridice. În acest sens, cadrul legislativ în vigoare stabilește condiția juridică în care prestatorul de servicii de sănătate realizează o conduită ilicită în raport cu pacientul, și anume *eroarea medicală*, care este definită ca fiind activitatea sau inactivitatea conștientă a prestatorului de servicii de sănătate, soldată cu moartea sau dauna cauzată sănătății pacientului din imprudență, neglijență sau lipsă de profesionalism [3]. Această noțiune capătă particularizări în conformitate cu prevederile legislației contravenționale, civile și penale, corelative caracterului și conținutului faptei ilicite.

Plecând de la definiția și elementele constitutive ale malpraxisului medical precizate de doctrină, considerăm pasibile de malpraxis medical următoarele contravenții: divulgarea informației confidențiale privind examenul medical de depistare a contaminării cu HIV; vătămarea ușoară a integrității corporale; neasigurarea păstrării sângelui donat, a derivatelor și a preparatelor din sânge, precum și condițiile corelative caracterului uman al profesiei medicale – injuria, vorbele sau faptele care înjosesc onoarea și demnitatea persoanei (pacientului) [4].

Atât timp cât se impune o înțelegere a malpraxisului medical așa cum este definit de doctrina și practica internațională, prin prisma tuturor formelor de vinovăție și nu doar prin prisma culpei, considerăm că poate exista malpraxis în cazul următoarelor infracțiuni: clonarea ființelor umane, lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia), lipsirea de viață din imprudență, vătămarea intenționată gravă a integrității corporale sau a sănătății, vătămarea intenționată medie a integrității corporale sau a sănătății, vătămarea gravă ori medie a integrității corporale sau a sănătății cauzată din imprudență, constrângerea persoanei la prelevarea organelor sau țesuturilor, provocarea ilegală a avortului, efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale, efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul pacientei, neacordarea de ajutor unui bolnav, internarea ilegală într-o instituție psihiatrică, încălcarea inviolabilității vieții personale, contaminarea cu maladia SIDA, încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței

medicale, răspândirea bolilor epidemice, falsul în declarații [5].

Repararea prejudiciului generat asupra pacientului prin contravenție poate fi realizată în procedura civilă [4]. Pacientul prejudiciat printr-o infracțiune își poate exercita acțiunea civilă (repararea prejudiciului) în cadrul procesului penal, unde se poate constitui parte civilă, sau poate introduce o acțiune civilă separată, întemeiată pe răspunderea civilă delictuală, la instanța civilă [5].

Temeiul și condițiile generale ale răspunderii în cadrul sistemului malpraxisului medical sunt definite de următoarele condiții: 1) cel care acționează față de altul în mod ilicit, cu vinovăție este obligat să repare prejudiciul patrimonial, iar în cazurile prevăzute de lege – și prejudiciul moral; 2) prejudiciul cauzat prin fapte licite sau fără vinovăție se repară numai în cazurile expres prevăzute de lege.

În cazul în care exercitarea profesiei medicale generează vătămarea integrității corporale sau altă vătămare a sănătății, sau decesul pacientului ca urmare a acestor cauze, prestatorul de servicii de sănătate are obligația să compenseze pacientului vătămat prejudiciul [6]. Deci, în cadrul acestui sistem, pacientul prejudiciat poate beneficia de repararea integrală a prejudiciului cauzat astfel. Se consideră prejudiciu cheltuielile pe care persoana lezată într-un drept al ei le-a suportat sau urmează să le suporte la restabilirea dreptului încălcat (prejudiciu efectiv), precum și beneficiul neobținut prin încălcarea dreptului (venitul ratat).

Totodată, datorită faptului că modalitățile de apărare a drepturilor civile reies din esența drepturilor individuale ale pacientului și din caracterul acestor încălcări, în cadrul sistemului malpraxisului medical din Republica Moldova sunt despăgubite și prejudiciile nepatrimoniale. Prin urmare, în caz de malpraxis medical, conform legii civile, sunt supuse compensării salariul sau venitul ratat din cauza pierderii sau reducerii capacității de muncă, precum și cheltuielile suportate în legătură cu vătămarea sănătății (de tratament, de alimentație suplimentară, de protezare, de îngrijire de către persoane terțe, de cumpărare a unui vehicul special, de reciclare profesională etc.) [6].

Acest drept de reparare a prejudiciului este stipulat expres în Legea ocrotirii sănătății (art. 19) și în Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (art. 15-18). În expresia legii de bază a sănătății, pacienții au dreptul la repararea prejudiciilor aduse de unitățile medico-sanitare prin încălcarea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare, care agravează starea de sănătate, provoacă infirmitate permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu

moartea lui [7]. Apărarea drepturilor pacientului prin repararea prejudiciului este reiterată și în legea privind pacienții, care asigură calea extrajudiciară și judiciară.

În contextul sistemului malpraxisului medical „în baza greșelii” este necesar de menționat un aspect destul de critic. Cadrul extrajudiciar de apărare a drepturilor pacientului, în modalitatea în care este organizat și funcționează, vizează drepturile sociale ale acestuia și, în consecință, nu poate asigura repararea prejudiciului produs printr-un act de malpraxis medical. Prin urmare, conchidem că respectivul cadru extrajudiciar nu este parte a sistemului malpraxisului medical.

Constatarea malpraxisului medical și răspunderea juridică

Sistemul „în baza greșelii” presupune că orice pacient care este prejudiciat prin malpraxis are dreptul de a reclama modul în care a fost exercitat actul medical, adresându-se în instanța de judecată. Intentarea procesului civil se realizează la cererea pacientului prejudiciat de către instanța judecătorească, care va stabili existența actului de malpraxis medical, precum și întreaga întindere a celor două componente (patrimonială și nepatrimonială) ale prejudiciului și va exercita apărarea drepturilor prin somarea la executarea unor obligații [8].

Pentru a fi constatat cazul de malpraxis medical în cadrul sistemului din Republica Moldova, este necesar ca instanța de judecată să cerceteze direct și nemijlocit probele, să asculte explicațiile părților, concluziile experților etc. Condiția că pentru stabilirea circumstanțelor ce pot avea importanță probatorie sunt necesare cunoștințe speciale în domeniul medicinei reprezintă temeiul pentru dispunerea și efectuarea expertizei judiciare sau constatării medico-legale [9]. Conform cadrului normativ în vigoare, la efectuarea constatărilor medico-legale se aplică aceleași reguli și metodici și se utilizează aceleași utilaje ca și la efectuarea expertizei judiciare, iar rezultatele acestora au aceeași valoare juridică. Expertiza judiciară sau constatarea medico-legală se efectuează prin ordonarea de către instanța de judecată sau la cererea părților. Datorită faptului că probarea greșelii prestatorului de servicii de sănătate este în sarcina pacientului prejudiciat, anume acesta sau reprezentantul său legal va fi titularul cererii pentru realizarea expertizei judiciare sau a constatării medico-legale.

Expertiza judiciară pe cazul de malpraxis medical se efectuează de către experții instituțiilor specializate de stat din sistemul Ministerului Justiției și/sau Ministerului Sănătății, precum și de către alte persoane competente, desemnate de instanța judecătorească. Expertiza judiciară poate fi efectuată

și de către experții particulari incluși în Registrul de stat al experților judiciari atestați. Expertiza medico-legală se efectuează de către Centrul de Medicină Legală, instituție în subordinea Ministerului Sănătății, în baza regulamentului aprobat de guvern, iar expertiza psihiatrico-legală se efectuează în unitățile medico-sanitare din sistemul Ministerului Sănătății. Totodată, din punct de vedere normativ și procedural, expertiza medico-legală este efectuată de experții judiciari medici-legiști titulari și medici-experti delegați, care episodic îndeplinesc statutul de expert sau consultant, având aceleași drepturi, obligații și grad de responsabilitate [10].

Nominalizarea expertului sau a grupului de experți pentru realizarea expertizei judiciare sau medico-legale în caz de malpraxis medical se face de către instanța de judecată sau de către conducătorul instituției de expertiză judiciară [9]. În cazul în care, la efectuarea expertizei judiciare sau medico-legale, apare necesitatea de a antrena un expert netitular, conducătorul instituției de expertiză judiciară solicită instanței de judecată acordul pentru antrenarea expertului.

În cadrul sistemului malpraxisului medical din Republica Moldova, procesul de expertizare, în funcție de complexitatea cazului, poate lua forma unei expertize individuale, expertize în comisie, expertize complexe, expertize suplimentare, repetate și a unei contraexpertize.

Expertul nominalizat, în cazul stabilirii expertizei individuale, asigură examinarea preventivă a materialelor cazului de malpraxis medical în termen de 2-3 zile, iar în cazurile simple se pronunță imediat asupra existenței sau inexistenței motivelor de autorecuzare, suficienței sau insuficienței obiectelor cercetării, necesității antrenării unor specialiști netitulari pentru soluționarea deplină a problemelor puse în fața expertizei judiciare sau constatării medico-legale. Expertiza individuală se finalizează cu întocmirea unui raport în care sunt formulate concluziile expertului.

Expertiza în comisie pe un caz de malpraxis medical se efectuează de persoane competente în același domeniu de activitate. Membrii comisiei de expertiză stabilesc scopurile, succesiunea și volumul cercetărilor, în funcție de caracterul cazului de malpraxis.

În contextul cazurilor de malpraxis medical în care pentru elucidarea faptelor sau circumstanțelor sunt necesare cunoștințe din mai multe domenii, va fi efectuată o expertiză complexă, fiecare expert realizând cercetări în limitele competenței sale. Raportul de expertiză pentru un asemenea caz de malpraxis medical va conține tipul cercetărilor efectuate de către fiecare expert, volumul acestora, experții care au formulat răspunsuri la întrebări și concluziile la care s-a ajuns.

În cazul în care concluziile expertului sunt insuficient de clare sau incomplete, ori în urma unor cercetări incomplete au apărut întrebări suplimentare care au importanță pentru emiterea hotărârii instanței pe cazul de malpraxis, se dispune efectuarea unei expertize suplimentare de către același expert sau de un altul. Dacă concluziile expertului nu sunt întemeiate sau există îndoieli privind veridicitatea, exactitatea și argumentarea acestora, sau dacă există contradicții între concluziile mai multor experți, se dispune efectuarea expertizei repetate de către alt expert sau experți, numărul acestora nefiind mai mic de trei.

Termenele de efectuare a expertizei judiciare sau a constatărilor medico-legale sunt stabilite conform regulamentelor privind organizarea și efectuarea acestora, ținându-se cont de termenele de procedură prevăzute de legislație și de termenele solicitate de instanța de judecată.

Raportul de expertiză pe cazul de malpraxis este apreciat, în conformitate cu legislația de procedură, sub aspectul exactității, obiectivității și plenitudinii cercetărilor, precum și al eficienței și caracterului fundamental al metodelor de cercetare folosite la efectuarea expertizei. Concluziile expertului nu sunt obligatorii pentru instanța de judecată, însă respingerea lor trebuie să fie motivată.

Procesul constatării de către instanța de judecată a cazului de malpraxis medical presupune întrunirea condițiilor angajării răspunderii civile medicale. Sistemul „în baza greșelii” prevede existența unor condiții obligatorii pentru angajarea răspunderii civile medicale, și anume: conduita ilicită – faptul ilicit, prejudiciul – rezultatul produs, legătura cauzală dintre conduita ilicită și rezultatul produs, vinovăția subiectului actului ilicit, inexistența cauzelor sau împrejurărilor care înlătură răspunderea juridică [11]. Ori, într-o altă formulare: 1) trebuie să existe o îndatorire a prestatorului de servicii de sănătate față de pacient; 2) respectiva obligație trebuie îndeplinită la un anumit nivel-standard, în funcție de specialitatea, specializarea și experiența corespunzătoare categoriei în care putem include lucrătorul medical titular al obligației; 3) trebuie să existe o încălcare a obligației menționate, în sensul neîndeplinirii sau al îndeplinirii ei defectuoase, prin raportarea la standardul aferent; 4) s-a cauzat un prejudiciu pacientului; 5) între încălcarea obligației și prejudiciul cauzat pacientului există un raport de tipul cauză–efect [12].

Baza legislativ-normativă a sistemului malpraxisului medical din Republica Moldova prevede următoarele îndatoriri profesionale ale medicului față de pacient: să respecte cu strictețe drepturile și interesele legitime ale pacientului; să asigure tratamentul până la însănătoșirea pacientului sau

până la trecerea lui în îngrijirea unui alt medic; să evite îmbolnăvirile iatrogene; să păstreze secretul informațiilor personale de care a luat cunoștință în exercitarea profesiei, cu excepția cazurilor prevăzute de legislație; să acorde primul ajutor medical de urgență, indiferent de timpul, locul și de alte circumstanțe ale situației; să obțină consimțământul scris al pacientului pentru orice intervenție medicală.

Un aspect destul de important se referă la condițiile instituirii respectivelor obligații profesionale ale medicului. Îndatoririle profesionale iau naștere odată cu instituirea raportului medic – pacient pe dreptul la opțiune al pacientului. Obligatorietatea furnizării serviciilor de sănătate de către medic este una legală, acesta fiind în drept să refuze realizarea actului medical, cu excepția situațiilor de urgență medicală, în următoarele cazuri excepționale: lipsa unei competențe profesionale în domeniu sau a posibilităților tehnico-medicale necesare realizării actului medical, în cazul unor contradicții între realizarea actului medical și principiile etico-morale ale medicului, în cazul imposibilității creării unui contact terapeutic cu pacientul. În toate situațiile menționate, medicul păstrează obligativitatea de a readresa pacientul către un alt medic.

Datorită faptului că realizarea actului medical implică participarea și altor persoane abilitate cu dreptul de a practica activitate medicală și farmaceutică, elucidarea îndatoririlor acestora prezintă o importanță echivalentă celei în cazul medicului pentru stabilirea angajării răspunderii civile medicale în cadrul sistemului malpraxisului medical. Analiza cadrului normativ în vigoare relevă faptul că actul legislativ care stabilește îndatoririle de ordin profesional ale asistenților medicali, moașelor și lucrătorilor farmaceutici este Legea ocrotirii sănătății, unde este stipulat că farmaciștii și alți lucrători medico-sanitari sunt obligați să păstreze secretul informațiilor referitoare la boală, la viața intimă și familială a pacientului de care au luat cunoștință în exercițiul profesiei, precum și că poartă răspundere pentru incompetența profesională și încălcarea obligațiilor profesionale. Îndatoririle asistentului medical și ale lucrătorului farmaceutic sunt stabilite într-un volum mult mai mare de Codul de etică al lucrătorului medical și farmaceutic. Totuși, per ansamblu, se constată că raporturile pacient – lucrător farmaceutic și pacient – asistent medical nu sunt pe deplin reglementate, fapt ce creează imposibilitatea de a evalua corespunzător activitatea acestora.

Angajarea răspunderii medicale presupune probarea că îndatoririle prestatorului de servicii de sănătate trebuiau îndeplinite la un anumit standard. În acest context, expertiza numită trebuie să elucideze încălcarea obligației profesionale prin existența

unei practici în domeniu pe care medicul nu a adoptat-o. Cadrul normativ în vigoare ce fundamentează sistemul malpraxisului medical aduce o precizare importantă legată de stabilirea obligativității existenței și aplicării sistemului de standarde medicale în acordarea serviciilor de sănătate.

Prin prisma condiției de vinovăție sunt avute în vedere toate formele de vinovăție cu care un prestator de servicii de sănătate ar putea săvârși o faptă ilicită, de natură contravențională, civilă sau penală. De regulă, în materie civilă, forma vinovăției nu prezintă importanță, întrucât prestatorul de servicii de sănătate vinovat este obligat să repare integral prejudiciul, indiferent de modul în care a acționat, deoarece valoarea despăgubirii este stabilită în funcție de întinderea prejudiciului, și nu în funcție de forma de vinovăție. Totuși, forma vinovăției autorului faptei ilicite, în materie civilă, prezintă importanță la stabilirea de către instanță a anumitor efecte în raport cu forma vinovăției. În condițiile în care actul de malpraxis medical cade sub incidența prevederilor legislației penale, diferențierea formei de vinovăție cu care a acționat prestatorul de servicii de sănătate devine esențială în cadrul sistemului „în baza greșelii”.

În cadrul sistemului „în baza greșelii” vinovăția poate îmbrăca forma intenției directe, intenției indirecte, imprudenței sau neglijenței [11]. Astfel, într-un caz de malpraxis medical, în funcție de atitudinea prestatorului de servicii de sănătate, precum și în funcție de actul de conduită culpabil, se distinge culpa profesională medicală *prin lipsă de profesionalism*, cea *prin imprudență* sau cea *prin neglijență*. În funcție de modalitățile efective de realizare a faptei, culpa profesională medicală poate lua naștere prin neprestarea serviciilor de sănătate sau prin prestarea acestora necorespunzător calitativ și/sau cantitativ.

Rezultatul prejudiciabil prin malpraxis medical poate fi produs prin concursul mai multor factori, precum: acțiunile sau inacțiunile mai multor lucrători medicali sau farmaceutici, acțiunile sau inacțiunile pacientului prejudiciat, deciziile administrative ale prestatorului de servicii de sănătate, acțiunile sau inacțiunile altor actori implicați indirect în furnizarea serviciilor de sănătate (producătorii și furnizorii de tehnică și utilaj medical, substanțe medicamentoase, biologice, materiale sanitare și alte consumabile, furnizorii de utilități).

Astfel, dacă prejudiciul generat asupra pacientului printr-un act de malpraxis medical este o urmare a acțiunilor sau inacțiunilor mai multor lucrători medicali sau farmaceutici, atunci aceștia poartă răspundere solidară. În imposibilitatea determinării cotelor despăgubirilor datorate de debitorii solidari, răspunderea va fi stabilită în cote egale.

Principiul *respondeant superior* din doctrina juridică, aplicat în contextul malpraxisului medical,

determină angajarea răspunderii organului ierarhic superior. Astfel, instituția medico-sanitară va fi pasibilă de răspundere civilă medicală pentru un act de malpraxis medical produs de către un angajat al său, iar un medic va fi pasibil de răspundere civilă medicală pentru un act de malpraxis produs de lucrătorul medico-sanitar aflat în subordinea sa. În cadrul sistemului „în baza greșelii”, comitentul are dreptul de regres contra prepusului, care, însă, poate fi exonerat, dacă va dovedi că s-a conformat întocmai instrucțiunilor comitentului.

Dacă în procesul de probare a greșelii medicale se constată că la producerea rezultatului prejudiciabil a concurat și culpa pacientului prejudiciat (atitudinea pacientului prejudiciat, aspectele legate de starea sa de sănătate anterioară incidentului/bolii cunoscute de către acesta, dar neelucidate conștient și intenționat, starea de sănătate precară, care a influențat negativ actul medical), atunci despăgubirea va fi redusă potrivit gradului de vinovăție a persoanei vătămate.

Prejudiciul prin malpraxis medical poate fi produs în lipsa acțiunii culpabile a titularilor raportului pacient – prestator de servicii de sănătate, acesta fiind consecința echipamentelor și produselor defectuoase. În acest sens, nu va exista un prejudiciu determinat de servicii, dar de produse. Aceste cazuri prevăd că răspunderea poate interveni și în lipsa unei anumite forme de vinovăție – răspunderea obiectivă, conform căreia prestatorii de servicii de sănătate nu pot să răspundă pentru malpraxis medical în cazul utilizării unui produs defectuos care a generat un prejudiciu asupra pacientului.

Astfel, conform cadrului normativ în vigoare, va fi angajată răspunderea producătorului pentru prejudiciul cauzat de un produs cu defect. Sarcina probațiunii se menține și în cazul răspunderii obiective, pacientul prejudiciat fiind obligat să aducă proba viciului, prejudiciului și a legăturii cauzale dintre ele. Obligatorietatea reparării prejudiciului de către producător este diminuată sau înlăturată, dacă la producerea prejudiciului a concurat culpa pacientului prejudiciat sau a prestatorului de servicii de sănătate. Dacă se stabilește că pentru același prejudiciu sunt răspunzătoare mai multe persoane, atunci ele vor răspunde solidar.

Sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova stabilește drept condiții pentru înlăturarea răspunderii medicale situațiile de urgență medicală (când lipsa asistenței medicale pune în pericol, în mod grav și ireversibil, sănătatea sau viața pacientului), cazul fortuit și forța majoră.

Instanța judecătorească emite hotărârea pe marginea cazului de malpraxis medical numai în temeiul circumstanțelor constatate și al probelor cercetate și verificate în ședința de judecată. Totodată, instanța de judecată stabilește întreaga întindere

a prejudiciului și modul de reparare a acestuia în funcție de circumstanțe.

Instanța de judecată, adoptând hotărârea cu privire la reparația prejudiciului generat pacientului printr-un act de malpraxis, obligă prestatorul de servicii de sănătate să compenseze integral prin echivalent bănesc prejudiciul cauzat. Cuantumul reparației prin echivalent bănesc se stabilește în funcție de întinderea prejudiciului. Repararea prejudiciului prin echivalent bănesc se face prin încasarea unei sume globale în folosul pacientului prejudiciat sau prin stabilirea unei redevențe. În cazul în care se stabilește o redevență, prestatorul de servicii de sănătate poate fi obligat la depunerea unei garanții. Plata despăgubirilor pentru partea de prejudiciu cauzat prin vătămarea integrității corporale sau prin altă vătămare a sănătății ori prin deces se efectuează în rate lunare. Compensarea cheltuielilor ce vor fi suportate din aceste cauze poate fi stabilită cu anticipație, în baza avizului organelor abilitate. La cererea pacientului îndreptățit de a primi despăgubiri pentru prejudiciul produs prin cauzele menționate, instanța de judecată poate stabili achitarea despăgubirilor în formă de plată unică pentru o perioadă de cel mult 3 ani.

Pacientul prejudiciat prin malpraxis medical poate cere despăgubiri suplimentare pentru prejudiciul care a apărut după pronunțarea acestei hotărâri. Eligibilitatea acestei acțiuni apare dacă capacitatea de muncă a scăzut ulterior față de capacitatea pe care persoana vătămată a avut-o în momentul când i s-a atribuit despăgubirea.

Dacă se face dovada că prin actul de malpraxis medical pacientul a fost prejudiciat moral, instanța de judecată are dreptul să oblige prestatorul de servicii de sănătate la reparația prejudiciului prin echivalent bănesc. Sistemul autohton al malpraxisului medical prevede că prejudiciul moral se repară indiferent de existența și întinderea prejudiciului patrimonial.

Valoarea compensației pentru prejudiciul moral se stabilește în funcție de caracterul și gravitatea suferințelor psihice sau fizice cauzate pacientului, de gradul de vinovăție a prestatorului de servicii de sănătate și de măsura în care această compensare poate aduce satisfacție pacientului prejudiciat. Repararea prejudiciului moral se face și în lipsa vinovăției, faptei ilicite a prestatorului de servicii de sănătate, în cazul angajării răspunderii civile medicale obiective. Aprecierii caracterului și gravității suferințelor psihice sau fizice se face în funcție de circumstanțele ce au cauzat prejudiciul, precum și de statutul social al pacientului.

Sistemul malpraxisului medical prevede pentru acțiunea de reparare a prejudiciului un termen de prescripție de trei ani, începând cu momentul în

care pacientul prejudiciat a cunoscut sau trebuia să cunoască existența prejudiciului și persoana obligată să-l repare. În cazul răspunderii obiective, la fel, se aplică un termen de prescripție de trei ani, începând cu momentul în care cel prejudiciat a luat cunoștință sau trebuia să ia cunoștință de prejudiciu și de identitatea producătorului.

Dacă pacientul prejudiciat consideră că hotărârea instanței nu este temeinică, atunci acesta își poate apăra drepturile prin înaintarea unui recurs într-o instanță superioară.

Sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova prevede realizarea unui contract prin care părțile previn un proces pentru malpraxis medical ce poate să înceapă sau termine un proces în curs. Părțile, pacientul și prestatorul de servicii de sănătate, prin tranzacție, sting în mod reciproc și definitiv pretențiile de ordin patrimonial și de orice altă natură și orice alte posibile litigii viitoare pe același prejudiciu suferit, or cînd părțile au făcut tranzacție și pacientul prejudiciat a primit valoarea despăgubirii convenite, el nu poate reveni în fața instanței pentru formularea noilor pretenții în valorificarea aceleiași pagube suferite. Tranzacția va viza pagubele care erau sau puteau fi cunoscute pacientului prejudiciat la data realizării acesteia.

Instituția erorii medicale reprezintă un pilon central al sistemului malpraxisului medical din Republica Moldova. Probarea malpraxisului medical impune diferențierea erorii faptice de cea de normă a prestatorului de servicii de sănătate. Legiuitorul moldovenesc a definit eroarea medicală ca fiind activitatea sau inactivitatea conștientă a prestatorului de servicii de sănătate, soldată cu moartea sau dauna cauzată sănătății pacientului din imprudență, neglijență sau lipsă de profesionalism [3]. Această definiție, analizată prin prisma teoriei generale a erorilor profesionale, exclude erorile faptice, neimputabile prestatorului de servicii de sănătate. Totodată, analizată prin prisma doctrinei malpraxisului medical, această definiție întrunește circumstanțele asimilabile greșelii medicale (erorii de normă), și anume: imprudența, neglijența sau lipsa de profesionalism.

Este necesar de menționat că elementele malpraxisului actului medical sunt considerate de doctrina și practica internațională ca fiind fapte ilicite și, prin urmare, sancționabile, în măsura în care există prejudiciu și nerespectarea obligației prestatorului de servicii de sănătate (derivate din conținutul raportului juridic) de a acorda asistență medicală, de a păstra confidențialitatea și secretul profesional, de a informa pacientul, de a obține consimțământ în cunoștință de cauză. Prin limitarea condițiilor de conduită ilicită a prestatorului de servicii de sănătate legiuitorul limitează și tipurile de prejudicii genera-

te asupra pacientului. Această necorelare la nivel teoretic dintre noțiunile din sistemul de sănătate și cele din sistemul de drept determină discrepanțe majore în interpretarea malpraxisului medical și, în consecință, dificultăți organice în cercetarea, evaluarea, constatarea malpraxisului, precum și în despăgubirea pacientului vătămat.

Toate aceste lucruri ce vizează domeniul dreptului medical sunt, de asemenea, complementate de lipsa unui sistem de siguranță a pacientului și de raportare a erorilor medicale. Singurul mecanism care este incomplet și instituit doar la nivel teoretic – prevede că fiecare lucrător medical și farmaceutic este obligat, în baza unor îndatoriri morale, să raporteze sau să declare benevol specialiștilor din domeniu comiterea unor greșeli (erori) proprii sau depistarea acestora în lucrul colegilor săi, în cazul în care poate fi afectată viața, sănătatea și binele pacientului.

Răspunderea disciplinară a prestatorului de servicii de sănătate nu este o parte componentă a sistemului malpraxisului medical din Republica Moldova. Examinarea cazurilor de răspundere disciplinară pentru malpraxis medical este realizată în paralel cu procesul de probare a malpraxisului medical și de despăgubire a pacientului prejudiciat. În Republica Moldova, în lipsa existenței unor reglementări legislative privind responsabilitatea disciplinară medicală, aceasta din urmă este realizată în baza prevederilor Codului de etică al lucrătorului medical și farmaceutic [13]. Procedura de judecare a abaterilor disciplinare ale lucrătorului medical și farmaceutic este atribuită Comitetelor de etică, instituite în cadrul instituțiilor medico-sanitare, care reprezintă organe colegiale formate din persoane competente din domeniile medicale și nonmedicale. Comitetul de etică se întrunește la cererea pacientului sau rudelor acestuia, a unui medic sau grup colectiv de medici, a administrației spitalului sau a unor organizații neguvernamentale, sindicate etc. Comitetele de etică au funcție consultativă și vor emite recomandări administrației instituției, care va lua decizii concrete (politici instituționale, sancțiuni etc.). Sancțiunile disciplinare pot fi aplicate și de organele ierarhic superioare. În acest sens, legislația stabilește ca organ responsabil de examinare disciplinară Comisia independentă de expertiză profesională medicală, care se creează și activează în conformitate cu regulamentul aprobat de Ministerul Sănătății.

O caracteristică critică a sistemului malpraxisului medical din Republica Moldova o reprezintă costurile financiare. Costurile financiare de gestiune a acestui sistem sunt acoperite de bugetul de stat și de către părțile implicate într-un proces pentru malpraxis medical. Din punct de vedere teoretic, se atestă existența încă a unui actor implicat în gestiunea costurilor din sistemul malpraxisului medical, și anume companiile

de asigurări. Cadrul normativ în vigoare în domeniul asigurărilor prevede existența condițiilor necesare realizării asigurărilor facultative de răspundere civilă medicală, însă asigurarea de malpraxis medical nu și-a găsit expresia practică. Din aceste considerente, credem că acest actor nu este unul funcțional în gestionarea costurilor din sistem.

O primă categorie de costuri sunt cheltuielile de judecată, compuse din taxa de stat și din cheltuielile de judecare a cazului de malpraxis. Taxa de stat se percepe de către instanța judecătorească de la persoanele în ale căror interese se exercită actele procedurale de judecare a pricinii civile, deci de la pacientul prejudiciat. În acțiunile patrimoniale, taxa de stat se determină în funcție de caracterul și valoarea acțiunii, iar în acțiunile nepatrimoniale și în alte cazuri prevăzute de lege, în proporții fixe, conform Legii taxei de stat. Pacientul prejudiciat este scutit de taxa de stat pentru judecarea cauzei civile privind repararea prejudiciului cauzat prin vătămarea integrității corporale sau prin altă vătămare a sănătății ori prin deces, precum și pentru repararea daunei materiale cauzate prin infracțiune medicală. Cheltuielile de judecare revin, de regulă, părții care a pierdut procesul, iar cuantumul acestora este apreciat de către instanța de judecată.

Cea de-a doua categorie de costuri sunt cheltuielile pentru expertiză. Drept sursă de plată pentru expertizele judiciare, constatările medico-legale și alte lucrări servește partea care a solicitat expertiza sau constatarea.

Costurile legate de despăgubiri revin prestatorului de servicii de sănătate, în calitatea sa de persoană fizică sau persoană juridică, care răspunde cu tot patrimoniul său, cu excepția bunurilor care, conform legii, nu pot fi urmărite.

Concluzii

1. Sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova este un sistem „în baza greșelii”. Astfel, este necesar ca, în cadrul sistemului judiciar, să se facă proba greșelii, pentru ca să fie stabilit cazul de malpraxis medical și, în consecință, realizată compensarea pacientului prejudiciat.

2. Cadrul extrajudiciar de apărare a drepturilor pacientului nu este parte a sistemului malpraxisului medical, deoarece vizează drepturile sociale ale pacientului și nu poate asigura repararea prejudiciului produs printr-un act de malpraxis medical. Prin urmare, în Republica Moldova nu există un cadru extrajudiciar al malpraxisului medical.

3. Analiza cadrului legislativ ce reglementează sistemul malpraxisului medical evidențiază lipsa legislației specifice care să stabilească și să reglemen-

teze temeiurile, contextul și condițiile răspunderii civile medicale. Conceptul de malpraxis medical, în Republica Moldova, nu întrunește prevederile doctrinei și standardelor practicii internaționale, fiind incomplet definit de actele legislative în vigoare. În plus, există necorelarea, la nivel de lege, dintre tipurile de prejudicii generate asupra pacientului și conținutul raportului pacient – prestator de servicii de sănătate.

4. Abordarea responsabilității medicale în cadrul sistemului malpraxisului medical este incoerentă din punct de vedere teoretic și practic.

5. În cadrul sistemului sunt înregistrate riscuri economice enorme pentru prestatorul de servicii de sănătate, în lipsa operabilității asigurărilor de malpraxis medical.

6. Sistemul malpraxisului medical nu include un sistem de monitorizare și evaluare a erorilor medicale, ceea ce determină inexistența măsurilor și instrumentelor de prevenție a malpraxisului medical.

Bibliografie

1. Trif Almos B., Astărăstoae V. *Responsabilitatea juridică medicală în România*. Iași: Polirom, 2000.
2. *Constituția Republicii Moldova*. Nr. 29.07.1994. În: Monitorul Oficial al R. Moldova, 18.08.1994, nr. 1.
3. *Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*. Nr. 263-XVI din 27.10.2005. În: Monitorul Oficial, 30.12.2005, nr. 176-181.
4. *Codul contravențional al Republicii Moldova*. Nr. 218 din 24.10.2008. În: Monitorul Oficial, 16.01.2009, nr. 3-6.
5. *Codul penal al Republicii Moldova*. Nr. 985 din 18.04.2002. În: Monitorul Oficial, 14.04.2009, nr. 72-74.
6. *Codul civil al Republicii Moldova*. Nr. 1107 din 06.06.2002. În: Monitorul Oficial, 22.06.2002, Nr. 82-86.
7. *Legea ocrotirii sănătății*. Nr. 411 din 28.03.1995. În: Monitorul Oficial, 22.06.2005, nr.34.
8. *Codul de procedură civilă al Republicii Moldova*. Nr. 225 din 30.05.2003. În: Monitorul Oficial, 12.06.2003, nr. 111-115.
9. *Legea cu privire la expertiza judiciară, constatările tehnico-științifice și medico-legale*. Nr. 1086 din 23.06.2000. În: Monitorul Oficial, 16.11.2000, nr. 144-145.
10. Baci Gh. *Bazele legislative și procedurale ale activității serviciului medico-legal din Republica Moldova*. În: Info-Med, 2004, nr. 2, p. 9-17.
11. Novac-Hreplenco T., Dodon I. *Bazele legislației în sistemul sănătății publice*. Chișinău: Bons Offices, 2006, 246 p.
12. Simion R. *Malpraxisul medical: oportunitate sau realitate?* București: Humanitas, 2010.
13. *Codul-cadru de etică (deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic*. 2008.
14. Ețco C., Mecineanu A., Rotaru D. ș. a. *Malpraxisul medical: opțiuni pentru schimbări de politici în Republica Moldova*. Chișinău: Edit-Prest, 2011, 64 p.
15. Ețco C., Midrigan V. *Specificul activității medicale. Clasificarea erorilor comise de către lucrătorii medicali*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. Chișinău: Epigraf, 2008, nr. 2, p. 55-59.

RISCURILE DE MALPRACTIS MEDICAL ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Andrei PĂDURE,
Catedra Medicină Legală a USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The Risks of Medical Malpractice in Republic of Moldova

Different sources of scientific literature concerning quality of medical assistance and causes of medical malpractice are examined by the author in this article. Some results of scientific researches regarding forensic medical expertises done for medical assistance quality evaluation in surgical specialities are presented. Also, several results of sociological survey of the surgeons performed for evaluation of their knowledge in medical law and patient's rights are reflected. Deficiencies committed by physicians are presented like causes and risks of the medical malpractice.

Keywords: *medical assistance quality, patient's rights, medical malpractice.*

Резюме

Риски возникновения ненадлежащего оказания медицинской помощи пациентам в Республике Молдова

В статье представлен анализ научной литературы, посвящённой проблеме качества медицинских услуг, оказанных пациенту в современном обществе, и причин возникновения случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи. Автором представлены некоторые результаты научного исследования заключений судебно-медицинских комиссионных экспертиз, в связи с оценкой качества медицинских услуг в специальностях хирургического профиля, и результатов социологического опроса врачей хирургических специальностей с целью установления уровня знания ими прав пациента и законодательства, регулирующего врачебную деятельность в стране. Освещены допущенные врачами недостатки при оказании медицинской помощи, являющимися факторами риска возникновения ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: *качество медицинских услуг, права пациента, ненадлежащее оказание медицинской помощи.*

Introducere

Viața și sănătatea omului sunt valorile sociale și juridice supreme, iar grija față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui stat, deoarece acestea constituie valoarea cea mai de preț și componenta indispensabilă a prosperării sociale [9]. O contribuție directă în ocrotirea acestor valori o are asistența medicală oportună și calitativă.

Elaborarea normelor juridice de reglementare a drepturilor și obligațiilor personalului medical și ale pacientului, îmbunătățirea calității serviciilor medicale, dezvoltarea culturii juridice tuturor subiecților implicați în actul medical, realizarea dreptului cetățenilor la asistență medicală calitativă și oportună sunt probleme prioritare pentru societatea contemporană [3, 23, 28]. O atare tendință este proprie inclusiv sistemului sănătății din Republica Moldova. În această ordine de idei, reformele politico-sociale și legislative din domeniul sănătății publice ce au avut loc în republică după proclamarea independenței au schimbat radical viziunile și principiile de acordare a asistenței medicale, statutul medicului, relațiile lui cu pacientul, societatea și Statul.

Reglementarea legislativă a activității medicale, de rând cu implementarea asigurărilor obligatorii în sistemul sănătății, în contextul trecerii țării la economia de piață, au indus modificări inclusiv în relația dintre furnizorii de servicii de sănătate, pe de o parte, și pacient, pe de altă parte, atribuindu-i și un aspect economic. Deci, pacientul, achitând serviciile medicale, solicită asistență medicală calificată și nu acceptă un alt rezultat decât cel scontat.

Toate aceste reforme au contribuit la creșterea interesului pacienților față de calitatea serviciilor medicale acordate, mai cu seamă în cazurile eșuării tratamentului și apariției complicațiilor [17, 26] și, respectiv, la sporirea cazurilor de tragere a personalului medical la răspundere juridică, atât pe plan mondial, cât și pe plan național. Astfel, după datele noastre [8], în ultimii ani, în Republica Moldova este în continuă creștere frecvența antrenării personalului medical în diverse litigii judiciare.

În condițiile economice, sociale și culturale contemporane, pacientul nu este dispus să accepte rezultate negative în ceea ce privește îngrijirile medicale, ci, din contra, solicită efectuarea verificărilor asupra comportamentului personalului medical, gradului de corespundere științifică a cercetărilor și tratamentului. Mai mult decât atât, cunoscuta categorie de „pacient” a evoluat într-o figură modernă de „beneficiar-client” [7]. Drept urmare, a sporit brusc interesul savanților din întreaga lume față de problema calității asistenței medicale și prevenirii malpraxisului, fenomenul fiind abordat de pe poziții medico-legale [2, 8, 14, 18,], clinice [4, 5, 24], manageriale și juridice [3].

Conform datelor științifice, frecvența malpraxisului medical este diferit și variază – după diverse surse – între 35% și 76% [18, 21, 27], majoritatea cazurilor fiind înregistrate în specialitățile profilului chirurgical și îndeosebi în chirurgie și obstetrică-ginecologie [23, 27]. Cele mai multe obiectii sunt aduse specialiștilor din staționare și, respectiv, tot în activitatea acestora sunt identificate cele mai multe neajunsuri [21, 23, 27]. Totodată, cea mai înaltă frecvență a erorilor soldate cu consecințe grave se înregistrează în unitățile de terapie intensivă, sălile de intervenții chirurgicale și departamentele de urgență [13]. O atare situație este lesne explicată prin metodele de diagnostic și curative cu caracter invaziv, utilizate în specialitățile chirurgicale.

În contextul existenței drepturilor pacientului, precum și ținând cont de faptul că medicina este o activitate periculoasă în sine, predispusă la riscul apariției diverselor complicații, este de atenționat că medicul este absolut neprotejat în fața riscului de comitere a unor greșeli profesionale. În lumina celor expuse, menționăm că la momentul actual lipsește un mecanism național concret de protejare a medicului în fața riscului de apariție a malpraxisului.

Evaluarea calității asistenței medicale are un efect stimulator benefic asupra tuturor subiecților implicați în acest proces [12]. Problema calității asistenței medicale și prevenirii malpraxisului medical se află demult în vizorul comunității medicale și științifice și a început a fi studiată mai intens în cea de a doua jumătate a sec. XX [8, 12, 19, 20, 22].

Este demonstrativ faptul că anume medicii-legiști au „bătut alarma” în privința gravității problemei pentru comunitatea medicală și societate și au început studiarea activă a aspectelor medicale și de drept ale malpraxisului [25]. Această situație este ușor explicabilă prin faptul că anume expertiza medico-legală este unica pârgie legală care analizează calitatea ajutorului medical și furnizează instanței de judecată probe concludente cu referire la devierile admise în procesul acordării asistenței medicale. Prin urmare, experiența medicinei legale este extrem de importantă, deoarece aceasta dispune de un bogat volum de informații referitoare la malpraxis, astfel încât să poată contribui activ la ameliorarea calității asistenței medicale și la prevenirea cazurilor de malpraxis.

Este de menționat aportul adus de Institutul de Medicină al Academiei Naționale de Științe din Statele Unite ale Americii, care a publicat în anul 1999 raportul *To Err Is Human*, care a determinat comunitatea medicală internațională să-și concentreze atenția asupra problemei greșelilor și malpraxisului în activitatea medicală [13]. De pe poziția acestui raport, greșeala medicului a fost recunoscută în calitate de element ce însoțește inevitabil activitatea medicală. Această poziție este împărtășită și de comunitatea științifică medicală, deoarece activitatea respectivă,

chiar și impecabilă, are capacitatea de a produce daune pacientului.

Astfel, la momentul actual comunitatea medicală este îndemnată a nu ascunde greșeala, dar a o supune unei analize clinice critice, în scopul învățării din aceasta. Însă, pentru ca profesioniștii să înceapă denunțarea greșelilor proprii, este necesară o schimbare culturală radicală, o trecere de la cultura vinovăției la cea a comunicării și învățării din greșelile comise [11].

Toate aceste eforturi denotă faptul că studierea cauzelor și condițiilor de apariție a eșecurilor și deficiențelor în procesul acordării asistenței medicale populației, precum și prevenirii acestora este o problemă actuală și un imperativ al societății contemporane.

Material și metode

A fost realizat un studiu de tip *descriptiv*, iar conform volumului eșantionului – *integral și selectiv*. Au fost supuse analizei două loturi: a) un lot integral de expertize medico-legale în comisie, realizate de Centrul de Medicină Legală în perioada 1998-2008, în scopul evaluării calității asistenței medicale de profil chirurgical din țară (226 de expertize), și b) un lot selectiv de medici, reprezentanți ai profilului chirurgical (351), calculat și stratificat în conformitate cu numărul și structura medicilor cu profil chirurgical din țară, conform Anuarului Statistic *Sănătatea Publică în Moldova* [10].

Pentru asigurarea reprezentativității statistice, lotul medicilor cu profil chirurgical a fost calculat în baza formulei pentru sondajul aleatoriu fără repetare [6], ajustat la 10% de nonrăspuns. Pentru studiul sociologic a fost elaborat un chestionar cu 37 de întrebări, dintre care: 31 – de tip închis, 3 – de tip semideschis și 3 – de tip deschis. Informațiile obținute din rapoartele de expertiză și din chestionarele sociologice au fost introduse în calculator pentru prelucrare statistică, prin intermediul chestionarelor electronice de introducere a datelor elaborate în acest scop. Au fost utilizate metodele matematică, comparativă, de expertiză, sociologică și statistică de cercetare.

Rezultatele cercetării

Analiza situației la momentul actual a constatat că preocuparea pacienților de calitatea asistenței medicale este determinată de: reformele ce au loc în sistemul sănătății, apariția reglementării juridice a relațiilor dintre medic și pacient, reformarea continuă a cadrului legislativ, apariția și dezvoltarea medicinei prin asigurare, cultura juridică în creștere a pacienților, activitatea mass-media; sporirea cerințelor față de calitatea asistenței medicale, așteptările excesive ale unui rezultat pe care medicul nu este capabil să le garanteze, existența unei disproporții vădite dintre tempourile rapide de dezvoltare a

tehnologiilor contemporane și înzestrarea slabă a instituțiilor medico-sanitare cu aparataj modern [2, 7, 11, 17, 24, 25].

E bine cunoscut faptul că medicina este una dintre cele mai complicate, dar și responsabile domenii, iar medicul este pus, în procesul activității cotidiene, în condiții extrem de dificile. În procesul acordării asistenței medicale, medicii se confruntă cu o serie de dificultăți determinate de multitudinea de factori care se interpun în diverse combinații, personalizând fiecare caz. În fruntea acestor factori se află pacientul cu toate particularitățile sale anatomo-fiziologice, care reacționează absolut individual la manoperele medicale. Aceste condiții încearcă să explice cauzele apariției în practica medicală a complicațiilor nedorite și a consecințelor nefavorabile.

Totuși, de rând cu caracteristicile individuale ale pacientului și particularitățile evolutive ale maladiei, în dezvoltarea consecințelor un rol decisiv îl au eventualele deficiențe sau acțiuni incorecte ale personalului medical în procesul acordării asistenței medicale. De fapt, greșeli pot fi înregistrate în orice activitate umană, însă în nici un alt domeniu acestea nu capătă o importanță atât de mare precum în medicină.

Temeinicia obiecțiilor aduse personalului medical este confirmată prin identificarea deficiențelor profesionale. Deficiențele sunt unul dintre indicatorii de bază în estimarea calității asistenței medicale.

Dar cât de frecvent în țară sunt identificate deficiențe în activitatea medicală și care sunt cauzele apariției lor? Cercetările științifice au scos în evidență următoarea structură și frecvență a deficiențelor din activitatea medicală din R. Moldova.

Tabelul 1

Frecvența și tipul deficiențelor constatate în asistența chirurgicală

Nr.	Deficiențe	Frecvența	t	p
		P±ES%		
1.	Organizatorice	12,64±10,02	1,3	p>0,05
2.	De diagnostic	55,17±7,18	7,7	p<0,001
3.	Tactice	56,32±7,09	7,9	p<0,001
4.	Curative	68,97±5,97	11,5	p<0,001
5.	Tehnice	18,39±9,69	2,0	p>0,05
6.	Documentare	33,33±8,75	3,8	p<0,001

După cum reflectă indicii din *tabelul 1*, frecvența neajunsurilor arată, cu regret, o predominare semnificativă a celor ce țin de diagnostic, de ordin tactic și curativ. În acest context, ținem să subliniem că principiile generale de acordare a asistenței medicale constau anume în stabilirea diagnosticului clinic, elaborarea tacticii curative și aplicarea măsurilor de tratament. Tocmai din această cauză considerăm drept alarmantă situația constatată, deoarece aceste neajunsuri afectează în mod evident însăși esența actului medical.

Acești indicatori ne-au îndemnat să încercăm să identificăm cauzele ce determină greșelile și malpraxisul medical. Având în vedere predominanța deficiențelor de diagnostic și celor curative, s-a acordat o atenție deosebită studierii condițiilor de apariție anume a acestor neajunsuri.

În general, în literatura specială cauzele generatoare de deficiențe și malpraxis în activitatea medicală sunt divizate în *obiective* și *subiective*. Cauzele obiective sunt determinate de circumstanțe independente de personalul medical, în timp ce cauzele subiective sunt generate în totalitate de capacitățile și aptitudinile lucrătorilor medicali.

Tabelul 2

Frecvența cauzelor deficiențelor de diagnosticare

Nr.	Cauze subiective	Frecvența		t	p
		abs.	P±ES%		
1.	De apreciere a datelor subiective (anamneză, acuze)	12	25,00±12,50	2,0	p<0,001
2.	De examinare clinică	23	47,92±10,42	4,6	p<0,001
3.	De apreciere a datelor paraclinice	25	52,08±9,99	5,2	p<0,001
4.	Subestimarea gravității patologiei	12	25,00±12,50	2,0	p<0,001
<i>Cauze obiective</i>					
1.	Evoluție atipică a bolii / stare gravă a pacientului	13	27,08±12,33	2,2	p<0,001
2.	Manifestare redusă a maladiei / timp insuficient	16	33,33±11,79	2,8	p<0,001
3.	Stări ce maschează tabloul clinic	15	31,25±11,97	2,6	p<0,001

După cum constatăm din *tabelul 2*, în calitate de cauze obiective ce determină complicațiile nefavorabile în procesul acordării asistenței medicale pot fi: raritatea procesului patologic, evoluția atipică a maladiei, manifestarea „săracă” a maladiei, existența bolilor concomitente care „maschează” evoluția bolii de bază, patomorfoza firească, combinarea sau concurența formelor nosologice, starea gravă a pacientului, aflarea de scurtă durată a pacientului în unitatea medico-sanitară, lipsa condițiilor de acordare a ajutorului medical în instituția medico-sanitară, gravitatea bolii, particularitățile individuale ale bolnavului și maladiile lui concomitente. Drept cauze obiective generatoare de deficiențe medicale profesionale mai sunt considerate și imperfecțiunea cunoștințelor medicale, a metodelor de diagnosticare și de tratament.

Uneori însă neajunsurile au la bază nerespectarea unor norme și principii sau atitudinea neglijentă a personalului medical față de obligațiile sale profesionale. Totodată, drept factori subiectivi ai malpraxisului mai pot fi indicați: culegerea incompletă

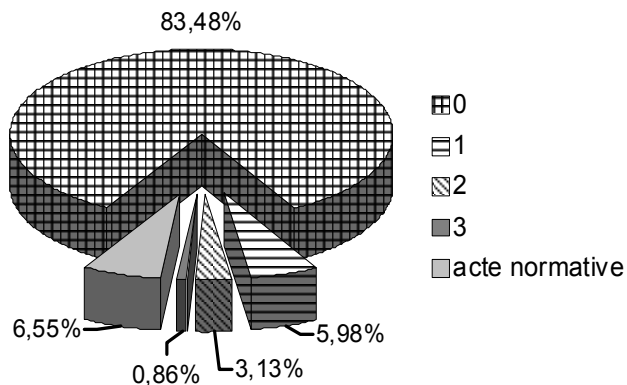
a anamnezei, interpretarea eronată a simptomelor clinice, examinarea incompletă sau inoportună a pacientului, subestimarea sau ignorarea rezultatelor examinării bolnavului, examinarea necorespunzătoare în dinamică a stării lui. Gradul de calificare și instruire a personalului medical este o condiție nu mai puțin importantă în favorizarea apariției deficiențelor, deoarece performanțele individuale ale medicului influențează în mod direct riscurile și beneficiile oricărei proceduri medicale.

Un rol deosebit de important în evaluarea calității asistenței medicale și în respingerea învinuirilor de malpraxis îi revine documentației medicale, care este sursa principală de informații cu caracter probatoriu pentru instanță. De calitatea informațiilor conținute în fișa medicală va depinde în mare măsură capacitatea medicului de a-și justifica acțiunile. Spre regret, medicii comit frecvent diverse abateri de la regulile de completare a documentelor medicale, fapt determinat de atitudinea lor neglijentă sau de necunoașterea valorii acestuia în demonstrarea corectitudinii și plenitudinii acțiunilor lui.

În procesul exercitării obligațiilor profesionale medicii formează anumite relații cu pacienții și cu rudele lor. Problema protecției drepturilor pacienților este actuală pentru toate țările, indiferent de nivelul de dezvoltare a sistemului de sănătate. Trebuie de ținut cont de faptul că în condițiile societății contemporane pacientul nu este doar un consumator de servicii, ci un participant activ la realizarea actului medical, și de aceea trebuie implicat în procesul de luare a deciziilor cu privire la starea sănătății personale în toate cazurile.

Din aceste considerente, cunoașterea de către medici a legislației ce le reglementează activitatea profesională și responsabilitatea este imperativă în societatea contemporană. Cercetările noastre au arătat că, spre regret, în privința cunoașterii legislației din domeniul ocrotirii sănătății și drepturilor pacienților medicii din republică au curențe serioase. Astfel, $83,48 \pm 2,17\%$ ($p < 0,001$) dintre medicii chestionați nu au putut specifica nici o lege din domeniul sănătății din republică, iar răspunsurile corecte referitoare la drepturile pacientului au variat între 49,29% și 90,88%.

Cunoașterea actelor legislative din domeniul ocrotirii sănătății de către chirurghi



Nerespectarea drepturilor pacientului și curențele de informare a acestuia complică procesul de comunicare dintre medic și pacient și adeseori devin cauză a dezvoltării conflictului. Tocmai din aceste considerente, bolnavii tind să explice eșecurile de tratament prin acțiunile incorecte ale personalului medical. Studiile sociologice realizate în această direcție arată că pacienții nesatisfăcuți de calitatea serviciilor medicale destul de frecvent opinează despre implicarea lor joasă (14,47%) de către medici în procesul de luare a deciziilor și informarea superficială (38-60%) în procesul realizării actului medical [4, 15].

De fapt, informarea pacientului despre toate riscurile posibile și perfectarea acordului informat devine o formă de asigurare a protecției juridice a medicului. Cu toate acestea, neajunsurile de perfectare a acordului informat, manifestate prin completarea incorectă sau incompletă a acestuia, sunt extrem de frecvent înregistrate în documentele medicale, după datele noastre având o frecvență de $33,26 \pm 3,90\%$ ($p < 0,001$).

Pe lângă greșelile medicale, încălcarea regulilor de diagnosticare și tratament, drept cauză a apariției plângerilor pacienților și a litigiilor judiciare mai servesc încălcările normelor etice, manifestate prin comportament brutal al lucrătorilor medicali cu bolnavul și cu rudele acestuia, lipsa atenției, lipsa receptivității, aprecierile negative ale prestației colegilor de breaslă, făcute în prezența pacienților sau rudelor acestora.

Unul dintre factorii determinanți ai riscului de apariție a erorii medicale și importanți în dezvoltarea consecințelor nefaste este vârsta pacientului. Studiile științifice realizate în acest sens au demonstrat existența unui risc avansat de vătămare cauzată de complicații nedorite la bolnavii cu vârsta de peste 64 de ani față de cei tineri [16]. Autorii leagă observația dată cu existența la pacienții vârstnici a maladiilor concomitente.

O condiție nu mai puțin importantă în apariția erorilor este considerată de către savanți durata aflării pacientului la tratament, în special în staționare. Astfel, L.B. Andrews și coaut. previne că fiecare zi petrecută în spital crește riscul dezvoltării complicațiilor nedorite, inclusiv generate de asistența medicală defectuoasă, cu 6% [1].

Concluzii

Totalizând cele expuse mai sus, am putea conchide că în condițiile sporirii numărului de obiectii și acțiuni în judecată din partea pacienților nesatisfăcuți de calitatea serviciilor, medicii trebuie să acorde o deosebită atenție acțiunilor întreprinse. Doar controlul riguros asupra acțiunilor proprii îi poate permite medicului să evite tragerea la răspundere în legătură cu eventualele neajunsuri în activitate. Îmbunătățirea profesionalismului și responsabilității,

crearea condițiilor și respectarea tuturor regulilor de acordare a asistenței medicale pot contribui la preîntâmpinarea greșelilor.

Totodată, utilizarea standardelor de tratament, formarea medicală continuă, nivelul înalt al cunoștințelor în domeniul legislației sanitare, corecta perfectare a documentației medicale, respectarea drepturilor pacientului, inclusiv la informare, obținerea consimțământului informat al pacientului și comunicarea îmbunătățită cu acesta sunt mijloace care vor diminua esențial cazurile de malpraxis și de învinuire a personalului medical.

În final, este necesară activitatea în echipă, în scopul dezvoltării unui sistem cu adevărat deschis, care să micșoreze frecvența malpraxisului, să recunoască riscurile, să permită specialiștilor să învețe din propriile greșeli și care să înlocuiască blamarea cu oportunitatea de învățare și formare medicală.

Bibliografie

1. Andrews L.B. et.al. *An alternative strategy for studying adverse events in medical care*. In: Lancet, 1997, nr. 349, p. 309-313.
2. Astărăstoae V. et. al. *Medical mistakes and their impact on medical care*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2-5 June 2005). Constanța, 2005, p. 86.
3. Baci Gh. *Particularități ale standardizării și valorificării activității medicale*. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2008, nr. 1 (23)/2008, p. 11-14.
4. Belii A., Lungu O. *Calitatea asistenței anestezice: studiu-pilot*. In: Curierul Medical, 2009, nr. 3 (309), p. 33-37.
5. Mereuță I., Gațcan Șt., Roșculeț L. *Responsabilitatea penală în activitatea medicală*. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2004, nr. 3 (6)/2004, p. 29-38.
6. Mureșanu P. *Manual de statistică sanitară*. București: Editura Medicală, 1989, 360 p.
7. Palmiere C. et.al. *Carenza delle strutture sanitarie: a chi la responsabilita?* In: Difesa sociale, 2004, nr. 2(2004), vol. LXXXIII, p. 99-114.
8. Pădure A. *Evaluarea medico-legală a deficiențelor din asistența medicală de profil chirurgical*. Chișinău: CEP Medicina, 2011, 141 p.
9. *Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova (2007-2021)*. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 17.08.2007, nr. 127-130.
10. *Sănătatea Publică în Moldova, anul 2007*. Centrul Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății. Chișinău, 2008, 322 p.
11. Tartaglia R., Picazio T., Fenyas S. *L'analisi degli errori in medicina: opportunita per migliorarsi o problema per possibili conseguenze giudiziarie?* In: Toscana medica, 2005, nr. 7, p. 56-59.
12. Tetercev V., Ungurean S. *Moartea violentă în spital și greșelile expertale*. În: Materialele I-lui Congres al medicilor-legiști din RM (27-28 septembrie 2001). Chișinău, 2001, p. 96-98.
13. *To err is human: building a safer health system*. Report of Institute of Medicine of the National Academies. November, 1999. <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.aspx> (vizitat 28.02.2010).
14. Ungurean S. *Deficiențe medicale: cauze și consecințe*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2001, 123 p.
15. Vicol C. *Opinia populației rurale și a medicilor-specialiști referitor la calitatea asistenței medicale spitalicești și la medicina prin asigurare*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2007, nr. 6 (21)/2007, p. 155-157.
16. Wilson R.M. et.al. *The quality in Australian health care study*. In: Med. J. Aust., 1995, nr. 163(9), p. 458-471.
17. Yayci N. *The position of the physicians claimed with medical malpractice in Turkey*. In: The IIIrd Congress of the Balkan Academy of Forensic Sciences (2-5 June 2005). Constanța, 2005, p. 87-88.
18. Акопов В.И., Джуха Ю.П., Семочкин Д.В. *Судебно-медицинское значение объективизации качества медицинской помощи при постоянной транзвенозной электрокардиостимуляции*. В: Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе, Москва, 2006, с. 287-288.
19. Арешев П.Г. *К организации экспертизы профессионально-должностных нарушений медработников*. В: Тезисы докл. 10-й науч. сессии Кишинёвского мед. ин-та. Кишинёв, 1953, с. 82-83.
20. Вермель И.Г. *Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности (Вопросы теории и практики)*. Свердловск: изд-во Урал. Ун-та, 1988, 112 с.
21. Головин В.С. и др. *Материалы к вопросу судебно-медицинской экспертизы дефектов оказания медицинской помощи*. В: Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе, Москва, 2006, с. 294-296.
22. Громов А.П. *Права, обязанности и ответственность медицинских работников*. Москва: Медицина, 1976, 227 с.
23. Диллис А.Д., Воропаев А.В., Проскурин В.Н. *Анализ судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел в связи с некачественным оказанием медицинской помощи в Иркутской области*. В: Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе, Москва, 2006, с. 293-294.
24. Егизарова С.В. *К вопросу о компенсации морального вреда в случаях ненадлежащего оказания медицинской помощи*. Официальный сайт межрегиональной ассоциации врачей-офтальмологов. <http://www.eyenews.ru/pages.php?id=69> (vizitat 28.01.2010).
25. Ерофеев С.В., Новосёлов В.П. *Неблагоприятный исход медицинской помощи: изучение проблемы в судебно-медицинской практике*. В: Судебно-медицинская экспертиза, 2008, №1, с. 35-38.
26. Захаров С.О. *Экспертный анализ при производстве судебно-медицинских экспертиз по материалам уголовных и гражданских дел, связанных с ненадлежащим исполнением медицинскими работниками профессиональных обязанностей*. Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва, 2003, 23 с.
27. Исламов Ш.Э. *Производство комиссионных судебно-медицинских экспертиз по профессиональным правонарушениям медицинских работников*. Материалы III съезда Государственной службы медицинских судебных экспертиз (2-5 июня), Минск, 2009, с. 88-89.
28. Кузнецов Ю.Д., Рубина В.В. *Анализ дефектов оказания медицинской помощи хирургическим больным*. В: Альманах судебной медицины, 2002, №2, с. 84-88.

SOLUȚIONAREA
ALTERNATIVĂ A LITIGIILOR
DE MALPRACTIX MEDICAL
ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Andrei MECINEANU, Constantin EȚCO,
Catedra Economie, Management și Psihopedagogie
în Medicină, USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Alternative dispute resolution techniques in medical malpractice litigation in the Republic of Moldova

In this paper are discussed the alternative dispute resolution (ADR) techniques in medical malpractice litigation. In the Republic of Moldova is adopted the „fault system” which represents a tort litigation system. Therefore, patients are compensated when in the judicial framework is proved the negligence of the healthcare providers to be the cause of the injury. The defining characteristics of ADR techniques in medical malpractice litigation determine that implementation of these extrajudicial methods will have a positive impact on the management of medical malpractice in the Republic of Moldova.

Keywords: *medical malpractice, alternative dispute resolution, neutral evaluation.*

Резюме

Альтернативные методы разрешения споров в сфере медицинской халатности в Республике Молдова

В этой статье обсуждаются альтернативные методы разрешения споров (АМРС) в сфере медицинской халатности в Республике Молдова. В Республике Молдова компенсация пациента осуществляется, когда в суде доказывается халатность медицинских работников. Определяющие характеристики АМРС в сфере медицинской халатности доказывают, что внедрение этих внесудебных методов будет иметь положительный эффект как для пациентов, так и для медицинских работников.

Ключевые слова: *медицинская халатность, альтернативные методы разрешения споров, медицинская ответственность.*

Introducere

Soluționarea alternativă a litigiilor (SAL) este un fenomen relativ recent, fiind propusă frecvent în managementul malpraxisului medical, iar utilizarea acestuia în sistemul de drept civil este în evoluție [1-6].

Metodele alternative de rezolvare a litigiilor vin în sprijinul sistemului judiciar și cuprind o categorie de instrumente și proceduri de asistare pentru prevenirea și rezolvarea, în afara instanțelor de judecată, a unui proces care poate să înceapă sau încheierea unui proces în curs. Aceste metode includ: facilitarea, concilierea, negocierea, medierea, arbitrajul, precum și alte tehnici hibride – mediere-arbitraj (med-arb), minitrialul, prevention-parteringul, neutral fact finder, evaluarea neutrală timpurie, evaluarea neutrală a malpraxisului medical etc.

Tehnicile SAL menționate nu au o utilizare exclusivă în managementul malpraxisului medical. Practica internațională în domeniu prevede însă existența unor metode de rezolvare alternativă a conflictelor, elaborate special pentru managementul cazurilor de malpraxis medical – evaluarea pre-istanță, evaluarea neutrală a malpraxisului medical etc.

Din aceste considerente, variantele care pot asigura, în Republica Moldova, managementul extrajudiciar al malpraxisului medical (baza legală a practicii, norme definite de funcționare, garanția legalității, valorificarea înțelegerii părților) sunt reprezentate, în accepțiunea noastră, de conciliere, negociere, mediere, arbitraj și evaluarea neutrală a malpraxisului medical.

Cadrul legislativ cu caracter general, ce asigură realizarea procedurii extrajudiciare în soluționarea litigiilor, este reprezentat de Codul civil al Republicii Moldova nr. 1107 din 06.06.2002 (art. 1331-1338), care prevede procedura de tranzacție prin care părțile previn un proces ce poate să înceapă, termină un proces început sau rezolvă dificultățile ce apar în procesul executării unei hotărâri judecătorești.

Concilierea. Această metodă SAL nu implică demersuri de natură legală. Concilierea presupune realizarea unui consens între interesele părților în cauză – pacient prejudiciat, prestator de servicii de sănătate și/sau compania de asigurări, prin explicarea, de către persoane sau reprezentanți legali acreditați a stării de fapt a lucrurilor în plan medical și legal și a alternativelor concrete pentru cazul de malpraxis medical. Deci, prin intermediul concilierii se încearcă realizarea unui acord de voințe, în limitele normelor generale privind validitatea convențiilor. Acordul de conciliere va presupune înțelegerea asupra întinderii prejudiciului și asupra modalităților efective de despăgubire, convenția încheiată ca rezultat al concilierii având statutul de contract, din care decurg obligații pentru părțile semnate și care cade sub incidența legilor ce reglementează contractele.

În majoritatea sistemelor juridice în care există aplicarea practică a concilierii, se atestă utilizarea acesteia ca etapă obligatorie înaintea arbitrajului. În acest sens, cel mai elocvent exemplu este înțelegerea părților

(pacient prejudiciat, asigurat, asigurător) la survenirea cazului asigurat și acordarea despăgubirii.

Negocierea este metoda alternativă de soluționare a litigiului de malpraxis prin care părțile angajate încearcă să ajungă la un acord de rezolvare a neînțelegerilor, utilizând tehnici aplicate printr-o participare directă [7].

Negocierea, inclusiv într-un caz de malpraxis medical, poate fi pe bază de principii sau pe bază de poziții. În cadrul negocierilor pe bază de poziții, pacientul și prestatorul de servicii de sănătate fac concesii de poziții, până se ajunge la un compromis. Negocierea pe bază de principii constă în generarea opțiunilor axate pe interesele părților, pentru a ajunge la un acord în baza unor criterii obiective. Atât într-un caz, cât și în altul, părțile aflate în conflict sunt parte și controlează procesul de negociere.

De rând cu ipostaza de metodă distinctă SAL, negocierea este și parte componentă a medierii în cazurile de malpraxis medical [8]. Prin negociere, în cadrul procesului de mediere, părțile participante:

- realizează acordurile privind obiectivele procedurale și de conținut, de etapă și de proces;
- formulează regulile de bază după care se desfășoară procesul;
- stabilesc modul și conținutul de utilizare a instrumentelor din proces, programul și termenele sesiunilor de mediere, ordinea în care părțile iau cuvântul, prioritățile în abordarea problemelor, necesităților, intereselor;
- identifică soluțiile potențiale și cele finale în stabilirea obligațiilor și termenelor referitoare la implementarea acordului mediat;
- stabilesc condițiile de egalitate relativă de putere, în care deciziile pot fi luate numai prin înțelegerea dintre părți.

Evaluarea pre-istanță. După cum a fost menționat anterior, această metodă SAL a fost special elaborată pentru managementul extrajudiciar al malpraxisului medical și constă în organizarea unor paneluri care asigură evaluarea pre-istanță a cazului, cu emiterea unui aviz consultativ.

Structura acestor paneluri poate fi exclusivistă – formată doar din lucrători medicali sau juriști, sau mixtă – formată din medici, juriști și persoane din alte domenii.

Evaluarea pre-istanță a cazurilor de malpraxis medical are ca scop trierea acestora, astfel încât să fie identificate cazurile care nu întrunesc cumulativ criteriile de malpraxis medical, precum și încurajarea soluționării litigiului înainte de instanță [9].

Medierea reprezintă o modalitate de soluționare a conflictelor pe cale amiabilă, cu ajutorul unei terțe persoane specializate în calitate de mediator, în condiții de neutralitate, imparțialitate, confidențialitate și având liberul consimțământ al părților.

Procedura de desfășurare a medierii în Republica Moldova, principiile medierii, statutul mediatorului sunt reglementate de *Legea cu privire la mediere* nr. 134 din 14.06.2007.

Medierea se bazează pe încrederea pe care părțile o acordă mediatorului, ca persoană aptă să faciliteze negocierile dintre ele și să le acorde asistență în soluționarea conflictului, prin obținerea unei soluții reciproc acceptabile, eficiente și durabile. Părțile pot recurge la mediere benevol, inclusiv după pornirea unui proces în instanța judecătorească sau arbitrală, în orice fază a acestuia, convenind să soluționeze, pe această cale, orice conflict în materie civilă, contravențională, penală, precum și în alte materii. Autoritățile, inclusiv cele judecătorești, vor informa părțile asupra posibilității și avantajelor folosirii procedurii de mediere și le vor recomanda să recurgă la aceasta pentru soluționarea conflictelor dintre ele.

Medierea se efectuează în baza principiilor accesului liber și egal la această procedură, liberului consimțământ, confidențialității, imparțialității, neutralității, independenței și liberei alegeri a mediatorului [10].

Experiențele practice existente demonstrează ideea că medierea este un procedeu mult mai complex, fundamentat de următoarele caracteristici: a) modalitate practică de intervenție într-un diferend; b) procedură de gestionare a unui conflict; c) procedură extrajudiciară de soluționare a unui litigiu; d) ideologie de pacificare socială pe o bază consensuală și negociată [11].

Ca procedură de gestionare a unui conflict, medierea apare în ipostaza unei tehnici de tip deschis. Mediatorul nu are autoritate de judecător și, prin urmare, nu poate obliga furnizarea de informații, precum și impune propriile criterii, soluții sau decizii [11]. Mediatorul se limitează să evalueze cauzele neînțelegerilor în contextul actului de malpraxis medical, precum și interesele și motivațiile proprii pacientului prejudiciat, pe de o parte, și cele ale prestatorului de servicii de sănătate, pe de altă parte, pentru a identifica și înainta soluții în baza unui dialog, a cărui evoluție depinde de interesele părților și de gradul de receptivitate a acestora [8].

Statutul de mediator poate fi obținut în condițiile în care sunt întrunite cumulativ următoarele: capacitatea deplină de exercițiu și lipsa antecedentelor penale. Persoanele care doresc să desfășoare în mod profesionist activitatea de mediator sunt obligate să absolvească cursurile de pregătire inițială a mediatorilor și să fie atestați de către Consiliul de mediere.

În condițiile în care, în urma procedurii de mediere, părțile acceptă condițiile formulate, ele semnează un acord de împăcare, care se contrasem-

nează de către mediator. Mediatorul nu are putere de decizie în privința conținutului înțelegerii asupra căreia vor conveni părțile. Acordul de împăcare va include angajamentele asumate de părți și poate fi afectat de termene și condiții.

Arbitrajul este o modalitate alternativă de soluționare a litigiilor, prin care un juriu de arbitraj, după o procedură legală prestabilită, emite o hotărâre definitivă și executorie, la care părțile se supun în urma unei convenții.

În Republica Moldova arbitrajul este reglementat de *Legea cu privire la arbitraj* nr. 23 din 22.02.2008, care stabilește modul de constituire, de organizare și de funcționare a arbitrajului. În conformitate cu respectiva lege, arbitrajul poate decide asupra unui litigiu care a apărut din raporturile de drept civil în sens larg dintre părțile cu capacitate deplină de exercițiu, în cazul în care litigiul a fost trimis, cu acordul părților, spre soluționare în arbitraj, cu excepția litigiilor în materii în care legea nu permite soluționarea lor pe calea arbitrajului.

Acordul părților, în baza căruia părțile remit spre soluționare în arbitraj litigiile care au apărut sau care ar putea să apară între ele ca rezultat al unui raport juridic contractual sau necontractual, reprezintă *convenția de arbitraj* [12]. Convenția de arbitraj poate fi exprimată sub formă de clauză arbitrală inserată în contract ori sub formă de acord independent.

Obiectul unei convenții arbitrale poate fi orice drept patrimonial, iar o convenție arbitrală cu privire la drepturi nepatrimoniale poate avea efecte juridice în măsura în care părțile sunt îndreptățite să încheie o tranzacție cu privire la obiectul respectivului litigiu [12].

Principiile de bază ale arbitrajului sunt reprezentate de: a) respectarea drepturilor și libertăților fundamentale ale omului; b) legalitatea; c) libertatea convențiilor în arbitraj; d) constituirea arbitrajului în conformitate cu convenția părților; e) contradictorialitatea; f) respectarea dreptului la apărare; g) confidențialitatea.

Arbitrajul este o instituție investită cu funcția de a soluționa litigiile ce apar între persoane fizice și/sau juridice. Arbitrajul poate fi instituit ad-hoc prin acordul părților sau poate fi instituționalizat ca organ permanent pe lângă camere de comerț, burse, uniuni, asociații sau alte organizații, unde funcționează în baza unor regulamente adoptate de acestea. Arbitrajele nu pot fi create pe lângă autoritățile administrației publice centrale și locale.

Astfel, arbitrajul, prin prisma doctrinei juridice, este fundamentat de următoarele caracteristici definitorii: formă de justiție privată, autonomia de voință a părților, respectarea prevederilor imperative ale legii, independența față de instanța de judecată.

Din punct de vedere al naturii juridice, arbitrajul reprezintă o instituție complexă, cu bază atât contractuală, cât și jurisdicțională, întrucât din punct de vedere procedural este evidențiată voința părților, care se reflectă în clauzele convenției supuse dezbatelor, și puterea de decizie a juriului de arbitraj [8; 13].

Din punct de vedere al procedurii extrajudiciare de soluționare, arbitrajul presupune restabilirea și asigurarea echilibrului relației dintre părți, fără a apela la forța de constrângere a Statului, și reprezintă un evident progres atât pe plan juridic, cât și pe plan social, părțile colaborând în vederea stabilirii modalității optime de soluționare a neînțelegerilor.

Hotărârea arbitrală remisă părților are efectele unei hotărâri judecătorești definitive, aceasta fiind obligatorie, urmând să fie executată benevol, imediat sau în termenul indicat în ea, de partea împotriva căreia s-a pronunțat.

Cheltuielile de organizare și desfășurare a arbitrajului, remunerația arbitrilor, cheltuielile de administrare a probelor, remunerația experților, cheltuielile de deplasare și alte cheltuieli sunt suportate potrivit înțelegerii dintre părți. În condițiile în care între părți nu există o înțelegere privind cheltuielile de arbitraj, acestea sunt suportate de partea care a pierdut litigiul, în funcție de admiterea integrală sau parțială a cererii. Dacă arbitrajul a fost organizat pe lângă o instituție permanentă, cheltuielile arbitrale se stabilesc și se plătesc potrivit regulamentului respectivei instituții.

Evaluarea neutrală a malpraxisului medical reprezintă o metodă hibridă de soluționare alternativă a conflictelor, proiectată special pentru managementul extrajudiciar al malpraxisului medical, în contextul operabilității la scară națională a asigurărilor obligatorii de răspundere civilă pentru malpraxis medical.

Evaluarea cazului de malpraxis medical se realizează în cadrul unui organ cu statut de autoritate publică centrală, independentă în exercitarea atribuțiilor. Sesizarea respectivei instituții se face de către pacientul prejudiciat, asigurat, asigurător sau de alte organe cu atribuții în domeniu.

Examinarea și constatarea cazului de malpraxis medical este efectuată de către experți desemnați, care elaborează un raport asupra cazului în termenele prestabilite de regulamentul de procedură.

Prin hotărâre motivată, membrii instituționali ai acestui organ constată existența sau lipsa cazului de malpraxis medical. În cazul constatării existenței cazului de malpraxis medical, hotărârea va conține în mod expres prevederi referitoare la valoarea prejudiciului material și moral, precum și la mărimea despăgubirilor.

Asigurătorul, în baza hotărârii emise, prezintă persoanei păgubite oferta de despăgubire, care se înscrie în limitele răspunderii asigurătorului. Deci, o particularitate distinctă a acestei metode este faptul că ea, de obicei, este precedată și continuată de concilierea și negocierea dintre pacientul prejudiciat, asigurat și asigurător, în scopul atingerii unui rezultat final care avantajează toate părțile.

Evaluarea neutrală a cazurilor de malpraxis medical nu limitează liberul acces la justiție, potrivit principiilor generale de drept. Respectiva procedură extrajudiciară nu reprezintă un concurent al instanței de judecată în managementul cazurilor de malpraxis medical și nici nu presupune limitarea scopurilor și domeniilor acesteia. Aceasta se află în raport de completare cu instanța de judecată și vine în sprijinul justiției tradiționale la soluționarea litigiilor de malpraxis medical.

Importanța evaluării neutrale, ca instrument în managementul malpraxisului medical, este definită de multiplele avantaje pe care această formă de justiție alternativă le prezintă în raport cu justiția tradițională, și anume: flexibilitate, operativitate, confidențialitate, costuri, caracterul executor al hotărârii etc.

Flexibilitatea evaluării neutrale. Evaluarea neutrală oferă, în baza unor norme, o procedură simplificată de evaluare a cazului de malpraxis medical. O caracteristică fundamentală a evaluării neutrale este libertatea părților, ele având opțiunea de a alege sau nu această modalitate alternativă de soluționare a litigiului.

Operativitatea evaluării neutrale. Orice caz de malpraxis medical se evaluează și se constată de panelul de evaluare într-un termen prestabilit de reglementări specifice. Evaluarea neutrală include și stabilirea întregii întinderi a prejudiciului și a valorii despăgubirii.

Confidențialitatea evaluării neutrale. Natura privată a evaluării neutrale exclude principiul publicității. Regulamentul de procedură prevede participarea, pe întreg parcursul procedurii, doar a părților implicate și/sau a reprezentanților legali ai acestora.

Totodată, această condiție de confidențialitate se aplică și hotărârii, aceasta nefiind pronunțată în ședință publică, dar se comunică doar părților implicate. În acest mod, reputația părților participante la procedura de evaluare neutrală rămâne neafectată, indiferent de rezoluția finală pronunțată.

Costurile evaluării neutrale. Un avantaj al evaluării neutrale a cazurilor de malpraxis medical îl reprezintă costurile mai reduse în raport cu costurile în instanță. Reducerea costurilor, de fapt, este specifică tuturor metodelor de soluționare alternativă a litigiilor de malpraxis medical [14; 15; 16].

Caracterul executor al hotărârii. Hotărârea instituției de evaluare neutrală este definitivă și obligatorie pentru părți, putând fi contestată în ordinea contenciosului administrativ.

Implementarea metodelor de soluționare alternativă a conflictelor în managementul malpraxisului medical trebuie să fie în strânsă legătură cu obiectivele vizate de acesta. Scopul managementului malpraxisului medical constă în asigurarea compensării prejudiciului generat asupra pacientului și în prevenirea cazurilor de malpraxis medical. În această ordine de idei, managementul malpraxisului medical are câțiva piloni: evaluarea și stabilirea cazului de malpraxis medical, evaluarea și stabilirea întinderii prejudiciului, compensarea pacientului prejudiciat. Practica internațională în domeniu demonstrează existența celui de-al patrulea pilon – asigurările de malpraxis medical.

Metodele alternative de soluționare a litigiilor de malpraxis medical definite de caracteristici proprii, prezintă o serie de caracteristici de grup, și anume: se realizează în afara contextului contradictoriu, administrare flexibilă, termene reduse, costuri reduse în managementul malpraxisului medical, context de confidențialitate, participare și deținerea unui anumit grad de control din partea părților, compensarea de o manieră mai efektivă a pacientului prejudiciat, neafectarea reputației profesionale a prestatorului de servicii de sănătate, garanția legalității.

În accepțiunea noastră, o metodă de soluționare alternativă a conflictelor este fezabilă și viabilă în contextul malpraxisului medical, doar în condițiile în care asigură „un fir roșu” neîntrerupt între toate cele patru subdomenii ale managementului malpraxisului medical.

Teza menționată anterior este fundamentată de faptul că malpraxisul medical nu reprezintă un simplu conflict dintre pacient și prestatorul de servicii de sănătate, dar implică o serie de aspecte complexe legate de stabilirea unei conduite ilicite din partea prestatorului de servicii de sănătate, inclusiv prin expertiză, stabilirea prejudiciului și a întinderii acestuia, acordarea compensațiilor etc.

Realizarea unei analize a metodelor de soluționare alternativă a conflictelor a determinat următorul tablou. Concilierea și negocierea pot fi aplicate cu succes ca proceduri extrajudiciare de soluționare a conflictelor în condițiile relației pacient prejudiciat – asigurat – asigurător, când există constatarea cu certitudine a survenirii cazului asigurat, a întinderii prejudiciului etc. Acest cadru situațional, prin urmare, asigură stabilirea și raportarea cazului de malpraxis, stabilirea prejudiciului și plata despăgubirilor, stimularea prevenției malpraxisului medical prin aplicarea anumitor instrumente financiare, precum sistemul bonus-malus.

Există situații în care evaluarea și stabilirea cazului de malpraxis medical și, în consecință, stabilirea întinderii prejudiciului necesită intervenții complexe. În asemenea situații, medierea poate fi aplicată doar în condițiile când este stabilit cu certitudine actul de malpraxis medical și întinderea prejudiciului, prin intervenții menite să identifice o soluție reciproc avantajoasă pentru părți. Mai există un aspect care, în viziunea noastră, nu trebuie trecut cu vederea. Într-un domeniu complex și ezoteric, precum este medicina, gestionarea cazului de malpraxis medical prin mediere implică existența unui mediator care posedă cunoștințe științifice și competențe tehnice legate în mod direct de obiectul litigiului. Aceste limitări fac ca, la momentul actual, medierea să nu aibă o aplicabilitate generală.

Din punct de vedere conceptual, aplicarea arbitrajului ca instrument general de management al malpraxisului medical este posibilă, dar din punct de vedere al organizării procedurii necesită unele ajustări.

Legislația în domeniul arbitrajului prevede posibilitatea creării arbitrajelor speciale. Însă, conform aceleiași legi, instituțiile de arbitraj pot exista ca organ permanent pe lângă uniuni, asociații sau alte organizații (de exemplu, a prestatorilor de servicii de sănătate sau a pacienților), unde funcționează în baza unor regulamente adoptate de acestea, și nu pot fi create pe lângă administrația publică locală sau centrală.

Cu referire la această situație putem constata existența în Republica Moldova, la momentul actual, a unor dificultăți funcționale în a crea o asemenea structură. Totodată, existența unei instituții permanente de arbitraj medical, cu sau fără personalitate juridică, ar determina existența unor raporturi de subordonare, inclusiv la capitolul desemnării arbitrilor. Experiența altor state demonstrează că o asemenea practică nu este eficientă, înregistrând carențe majore la capitolul imparțialitate și independență.

O altă prevedere legală, care de asemenea creează anumite dificultăți în aplicarea arbitrajului, este reprezentată de obligativitatea existenței convenției de arbitraj. Pentru ca o cauză să fie susceptibilă de a fi judecată de instanța arbitrală, este necesară fie existența unei clauze compromisorii în cazul litigiilor ce au izvorât dintr-un contract care conține o astfel de prevedere, fie existența unui act independent, chiar dacă nu a fost încheiat un contract, care să stabilească că litigiile dintre părți vor fi soluționate în instanța de arbitraj.

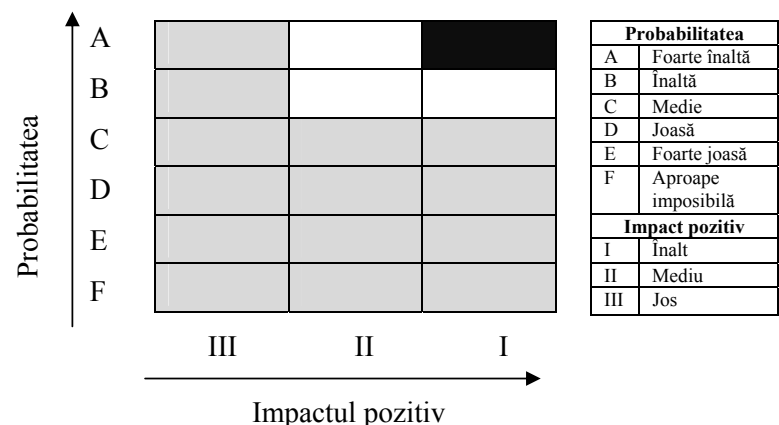
Aplicabilitatea arbitrajului în litigiile de malpraxis medical va fi posibilă doar în cazul în care raportul pacient – prestator de servicii de sănătate va fi de natură contractuală, iar în contracte va fi inclusă clauza de arbitraj, sau în condițiile existenței unei prevederi legale conform căreia pacientul și prestatorul de servicii de sănătate trebuie să supună, în primul rând, arbitrajului toate litigiile ce ar putea să apară între aceștia.

Analiza oportunității, prin aplicarea grilei de estimare a probabilității, elucidează faptul că rezolvarea alternativă a litigiilor de malpraxis are un grad foarte înalt de materializare, întrucât oportunitatea are un caracter cert și este necesară întreprinderea unor măsuri minimale prin amendarea sau adoptarea unor acte legislative; nu sunt identificate incompatibilități de orice fel, iar perioada estimată pentru aplicarea practică este de mai puțin de șase luni.

Caracteristicile definerii cu caracter general ale metodelor de soluționare alternativă a litigiilor de malpraxis medical stabilesc că implementarea acestei oportunități va avea un impact pozitiv major asupra sistemului malpraxisului medical din Republica Moldova.

Per ansamblu, caracteristica prezentei oportunități și aplicabilitatea ei în Republica Moldova denotă o probabilitate de materializare foarte înaltă (A) și un impact pozitiv major (I) pentru managementul malpraxisului medical (vezi *schema*).

Caracteristica oportunității Rezolvarea alternativă a litigiilor de malpraxis medical



Conform schemei, prezenta oportunitate este definită ca fiind o oportunitate de grad înalt (AI) pentru sistemul malpraxisului medical din Republica Moldova.

În cazul *Rezolvării alternative a litigiilor în malpraxisul medical* sunt evidențiate mai multe metode de realizare, situație ce impune selectarea doar a uneia dintre ele pentru implementare.

Concluzii și recomandări

Plecând de la premisa că malpraxisul medical, la etapa contemporană, vizează medicina, dreptul și asigurările, considerăm oportună și chiar necesară utilizarea metodelor alternative de soluționare a litigiilor, inclusiv a tehnicilor hibride, care s-ar integra ușor, rapid și cost-eficient în managementul existent al malpraxisului medical, în sensul sporirii performanței, reducerii costurilor și duratei litigiilor, îmbunătățirii managementului, asigurării schimbărilor pozitive pentru pacient și pentru prestatorul de servicii de sănătate în contextul acestui sistem.

Luând în considerație sistemul malpraxisului medical, particularitățile organizării și funcționării sistemului sănătății, particularitățile organizării și funcționării asigurărilor în Republica Moldova, precum și experiența internațională, propunem ca procedura de evaluare și soluționare extrajudiciară a cazurilor de malpraxis medical să aibă la bază evaluarea neutrală a malpraxisului medical.

În scopul examinării și soluționării extrajudiciare a cazurilor de malpraxis medical, în urma analizei tuturor opțiunilor, considerăm necesară crearea unei autorități publice (organ colegial) responsabile pentru cercetarea, evaluarea, constatarea și monitorizarea cazurilor de malpraxis medical, sau atribuirea respectivelor sarcini Consiliului Național pentru Evaluare și Acreditare în Sănătate. În acest scop, instituția va fi investită cu putere de decizie, de dispensă, de interdicție, de intervenție, de control și de sancționare disciplinară, în limitele stabilite de lege.

Activitatea instituției se va baza pe următoarele principii: obiectivității, legalității, imparțialității, utilității și disponibilității publice, confidențialității, transparenței și va avea drept obiective de bază cercetarea, evaluarea și soluționarea extrajudiciară a cazurilor de malpraxis medical, precum și prevenirea riscurilor de malpraxis medical în activitatea medicală și cea farmaceutică, monitorizarea cazurilor de malpraxis medical. Soluționarea extrajudiciară a cazurilor de malpraxis medical va avea loc prin constatarea existenței acestor cazuri, prin evaluarea prejudiciului produs și stabilirea despăgubirilor.

Autoritatea instituției va fi exercitată pe întreg teritoriul Republicii Moldova și va fi extinsă asupra asigurătorilor, lucrătorilor medicali și farmaceutici, instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice publice sau private, producătorilor și furnizorilor de medicamente și dispozitive medicale, precum și asupra pacienților.

Sesizarea instituției poate fi făcută de către persoana care se consideră victima unui act de malpraxis medical sau, după caz, de reprezentantul legal al acesteia, de succesorii persoanei decedate ca

urmare a unui act de malpraxis medical, asigurător, asigurat, de organele și instituțiile competente (instanța de judecată, procuratura), comitetele de etică din cadrul instituțiilor medico-sanitare, asociațiile profesionale ale lucrătorilor medicali și farmaceutici, Ministerul Sănătății.

În termen de trei zile din momentul înaintării cererii, prin tragere la sorți, va fi desemnat grupul de experți ce va efectua expertiza sau constatarea tehnică a cazului de malpraxis medical. Numirea grupului de experți va fi efectuată prin decizia directorului și va depinde de complexitatea cazului cercetat, însă nu va constitui mai puțin de 3 membri.

Unica sursă de informații referitoare la persoanele specializate în expertizarea și constatarea tehnică a cazurilor de malpraxis medical va fi Registrul Național al Experților Medicali [17]. Registrul va fi gestionat exclusiv de Ministerul Sănătății și va conține informația cu privire la: (a) numele, prenumele expertului medical; (b) domeniul de specializare a acestuia; (c) actul în baza căruia i s-a acordat statutul de expert, numărul și data emiterii acestuia; (d) datele de contact ale expertului. Publicitatea datelor din Registrul, cu respectarea secretului datelor cu caracter personal, va fi asigurată prin publicarea acestuia pe pagina web a ministerului și în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, de cel puțin 2 ori pe an.

Experții desemnați vor avea acces la toate documentele medicale aferente cazului ale căror cercetare o consideră necesară și vor avea dreptul de a audia și înregistra depozițiile tuturor persoanelor implicate. Într-un termen de 30 de zile, experții vor întocmi un raport asupra cazului de malpraxis medical pe care îl vor înainta spre aprobare. În cazuri deosebite, termenul de realizare a raportului poate fi prelungit cu cel mult o lună, fapt despre care vor fi informate părțile implicate.

Prin hotărâre motivată va fi constatată existența sau lipsa cazului de malpraxis medical. Hotărârea va fi adoptată într-un termen care nu va depăși 3 luni din momentul depunerii cererii inițiale, dar nu mai mult de 30 de zile din momentul înaintării raportului de expertiză. Hotărârea se comunică tuturor părților implicate în termen de 5 zile calendaristice. În cazul constatării existenței cazului de malpraxis medical, hotărârea va conține în mod expres prevederi referitoare la valoarea prejudiciului material și moral (întreaga întindere a prejudiciului), mărimea despăgubirilor, persoana căreia îi este atribuită despăgubirea.

Fiecare parte interesată va avea dreptul să primească o copie a raportului experților și documentelor medicale ce au stat la baza acestuia, precum și a hotărârii emise.

În termen de 15 zile calendaristice de la data comunicării hotărârii, asiguratorul are obligația de a prezenta persoanei păgubite o ofertă de despăgubire, care se va înscrie în limitele răspunderii acestuia, și poate fi sub forma unei sume cu titlu de despăgubire sau a unei rente viagere. Persoana păgubită comunică asiguratorului și instituției acceptarea sau respingerea ofertei. În cazul acceptării ofertei de despăgubire, cazul va fi considerat închis.

Pentru recuperarea daunelor excluse din asigurarea obligatorie de răspundere civilă și asigurarea obligatorie de răspundere civilă profesională, persoana păgubită este în drept să intenteze în instanța de judecată acțiune civilă împotriva persoanei răspunzătoare de producerea prejudiciului.

Hotărârea devine executorie după 30 de zile din momentul emiterii acesteia. Ea poate fi contestată de persoana care consideră că, prin respectiva hotărâre, drepturile sale au fost lezate în ordinea contenciosului administrativ, în termen de 30 zile din momentul emiterii acesteia.

Prețul serviciilor de evaluare și constatare a cazurilor de malpraxis medical este stabilit de către instituție în raport cu complexitatea cazurilor și aprobat de guvern. Costurile serviciilor de evaluare și constatare a cazului de malpraxis medical, dar și cele de stabilire a prejudiciului și despăgubirilor vor fi suportate de asigurator.

Întreaga procedură de tranzacție, până la momentul sesizării instanței, este confidențială. Încălcarea obligației de confidențialitate atrage sancțiuni disciplinare și administrative conform actelor normative în vigoare și regulamentelor aprobate. Obligația de confidențialitate este opozabilă tuturor subiecților implicați în procedura de tranzacție.

Termenul de prescripție pentru intentarea procedurii extrajudiciare de stabilire a cazurilor de malpraxis medical va fi de trei ani din momentul producerii prejudiciului sau din momentul în care succesorii victimei au aflat sau trebuiau să afle despre cauzarea prejudiciului.

Procedura extrajudiciară de stabilire a cazurilor de malpraxis medical, în conformitate cu principiile generale de drept, nu limitează liberul acces la justiție. Sesizarea instanței de judecată de către persoana păgubită, asigurat sau asigurator va duce însă la încetarea imediată a procedurii de tranzacție.

Totodată, în sarcina respectivei instituții va fi elaborarea și publicarea Raportului anual asupra malpraxisului medical.

Bibliografie

1. Barringer P.J. et al. *Administrative Compensation of Medical Injuries: A Hardy Perennial Blooms Again*. In: Journal of Health Politics Policy and Law, 2008, vol. 33, p. 725-760.
2. Mello M. et al. „Health Courts” and Accountability for Patient Safety. In: Milbank Quarterly, 2006, vol. 84, p. 459-492.
3. Elliott E.D., Narayan S.A., Nasmith M.S. *Administrative „Health Courts” for medical injury claims: The Federal Constitutional Issues*. In: Journal of Health Politics Policy and Law, 2008, vol. 33, p. 761-798.
4. Sage W.M. *The forgotten third: Liability insurance and the medical malpractice crisis*. In: Health Affairs, 2004, vol. 23, p. 10-21.
5. Committee of Ministers. *Recommendation Rec (2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care*. Council of Europe, 2006, www.coe.int (accesat 14.12.2010).
6. World Medical Association. *World Medical Association Statement on Medical Liability Reform*. 56th World Medical Assembly, Santiago, Chile, 2005, www.wmanet (accesat 02.02.2011).
7. Brearton J. et al. *Alternative dispute resolution*. American Jurisprudence. New York: Rochester, Lawyers Cooperative Publishing, 1995, p. 7-23.
8. Fraser J. *Medical malpractice arbitration: a primer for Texas physicians*. In: Texas Medicine, 1997, vol. 97, p. 76-80.
9. Drechsler C. *Modern approaches to dealing with malpractice claims*. American Jurisprudence. New York: Rochester, Lawyers Cooperative Publishing, 1981, p. 546-553.
10. *Legea cu privire la mediere*. Nr. 134 din 14.06.2007. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 07.12.2007, nr. 188-191.
11. Simion R. *Malpraxisul medical: oportunitate sau realitate?* București: Humanitas, 2010.
12. *Legea cu privire la arbitraj*. Nr. 23 din 22.02.2008. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 20.05.2008, nr. 88-89.
13. Nevers A.H. *Medical malpractice arbitration in the new millennium: Much ado about nothing?* In: Pepperdine Dispute Resolution Law Journal, 2000, vol. 1, nr. 1, p. 45-90.
14. Kachalia A.B. et al. *Beyond Negligence: Avoidability and Medical Injury Compensation*. In: Social Science and Medicine, 2008, vol. 66, p. 387-402.
15. Studdert D.M., Fritz L.A., Brennan T.A. *The jury is still in: Florida's birth-related neurological injury compensation plan after a decade*. In: Journal of Health Politics Policy and Law, 2000, vol. 25, p. 499-526.
16. Studdert D.M. et al. *Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation*. In: New England Journal of Medicine, 2006, vol. 354, p. 2024-2033.
17. Ețco C., Mecineanu A., Rotaru D. ș.a. *Malpraxisul medical: opțiuni pentru schimbări de politici în Republica Moldova*. Chișinău, 2011, 64 p.

UTILIZAREA
MEDIERII TRANSFORMATIVE
ÎN APLANAREA CONFLICTULUI
MEDIC – PACIENT (STUDIU DE CAZ)

Carmen TEREANU, Departamentul Medical
de Prevenție, ASL Bergamo;

Silvia BETTEGA, Serviciul Social Adulți;

Enrico REGALIA, Unitatea de Transplant Hepatic;

Roberto MAZZA, Biroul de Relații cu Publicul;

Margherita GRECO, Unitatea de Psihologie;

Claudia BORREANI, Unitatea de Psihologie;

Luigi SAITA, Unitatea de Cure Paliative și Terapia Durerii;

Laura LOZZA, Unitatea de Radioterapie pentru Cancerul de Sân

Summary

Using transformative mediation in settling the conflict between doctors and patients (case study)

Transformative mediation has been adapted (by Me.Dia.Re association) and experienced for the first time in the Italian healthcare sector in 2005. Since then it has been proposed and applied in selected cases in most public healthcare structures in northern Italy, to prevent and reduce litigation. Transformative mediation (not mandatory) encourages each party to understand the needs, interests and views of the opposite party, aiming to transform relations between the parties. Thus it contributes to reduce litigation. In this article, the mediation team of the National Institute of Cancer in Milan describes and illustrates the transformative mediation tool, through two real cases from the experience of the Mediation Service, created in 2010.

Keywords: transformative mediation, litigation, experience.

Rezumat

Utilizarea medierii transformative în aplanarea conflictului medic – pacient (studiu de caz)

Medierea transformativă a fost adaptată (de către asociația Me.Dia.Re) și experimentată pentru prima dată în sectorul sanitar italian în 2005. De atunci a fost propusă și aplicată, în cazuri atent selecționate, pentru prevenirea și reducerea contenciosului în majoritatea structurilor sanitare publice din nordul Italiei. Medierea transformativă (care nu este obligatorie) încurajează fiecare parte să înțeleagă nevoile, interesele și punctele de vedere ale părții opuse, având scopul de a transforma relațiile dintre părți. În acest fel, ea contribuie la reducerea contenciosului. În acest articol, echipa de mediatori a Institutului Național de Tumori din Milano descrie și ilustrează metoda medierii transformative, cu ajutorul a două cazuri concrete din experiența Serviciului de Mediere, creat în 2010.

Cuvinte-cheie: mediere transformativă, contencios, experiență.

Introducere

În ultimul deceniu, contenciosul dintre pacienți și medici în Italia a crescut cu 145%, iar costurile pentru organizațiile de sănătate se ridică în prezent la circa 500 de milioane € pe an [1]. În general contenciosul este cauzat de aspecte tehnico-profesionale, aspecte legate de asistență sau relaționale. Unele dintre aceste situații conflictuale sunt în mod clar de malpraxis. Multe, în schimb, sunt cauzate de o comunicare inadecvată sau de o relație medic – pacient care a eșuat, fără să fie la mijloc vreo eroare medicală. Indiferent dacă acuzațiile de malpraxis sunt sau nu sunt fondate, cele două părți (pacient/aparținător și medic/asistent medical) sunt profund marcate de conflict, iar seninătatea lor este greu de recuperat.

De ce se ajunge la conflict? Pentru că o persoană care caută să obțină satisfacerea unei nevoi sau să realizeze un obiectiv, ori care exprimă un anumit interes intră în contradicție cu dorințele sau scopurile altei persoane. Necesitățile nerecunoscute și negate creează condițiile care generează conflictul și escaladarea acestuia. Conflictul *intern* este conștientizat ca o incompatibilitate între persoană și mediul înconjurător. Acumularea conflictelor ascunse duce la conflictul *extern* („vârful ghețarului”). „Înainte de a ajunge la Tribunal, conflictul arde în mințile și în inimile părților” [2]. Cel puțin una dintre părți este convinsă că ea a fost nedreptățită și reacționează la nedreptate cerând dreptate. Convingerea ca ea are dreptate alimentează conflictul.

Recunoașterea emoțiilor înseamnă a pătrunde în locul unde sălășluiesc emoțiile, scoțând-le la iveală, una câte una. Acest lucru ne permite, pe de o parte, să dezamorsăm bomba conflictului și să restituim persoanei versiunea cea mai probabilă a conflictului, iar pe de altă parte, să reducem reactivitatea emotivă (și deci anxietatea) și să avem un bun control al situației. Un instrument util care poate fi utilizat în acest scop este *medierea transformativă*.

Folosită cu succes în reducerea conflictelor în alte sectoare (familial, relații de vecinătate etc.), medierea transformativă, descrisă de Robert A. Baruch Bush și Joseph P. Folger în 1994 [3], a fost adaptată de formatorii Asociației Me.Dia.Re. (<http://www.me-dia-re.it/>) și experimentată pentru prima dată în sectorul sanitar din Italia în anul 2005, în Regiunea Emilia Romagna [4]. Ca urmare a rezultatelor încurajatoare al acestui experiment, în 2008, Institutul Național de Tumori din Milano decide să formeze și el (cu ajutorul Asociației Me.Dia.Re.) un grup de profesioniști pentru a putea aplica medierea transformativă în prevenirea și reducerea contenciosului. Institutul Național de Tumori din Milano devenea astfel a doua organizație de sănătate din Regiunea Lombardia (circa 9 milioane de locuitori), care a ales să investească în acest instrument.

Obiectivul acestui articol este de a ilustra aplicarea metodologiei medierii transformative în sectorul sanitar, cu ajutorul a două cazuri reale în care a fost utilizată cu succes.

Material și metodă

Metoda medierii transformative

Aceasta reprezintă o tehnică prin care o persoană terță (mediatorul) lucrează cu părțile, pentru a le ajuta să schimbe calitatea interacțiunii lor conflictuale, de la negativă și distructivă la pozitivă și constructivă. Etapele medierii (descrise amănunțit în alt articol [5] și prezentate sintetic în continuare) sunt: introducerea, sesiunile individuale cu fiecare parte, sesiunile comune de mediere și urmărirea (follow-up). Întregul proces este strict confidențial.

1) *Introducerea* este utilă pentru a explica părților în ce anume constă procesul, pentru a prezenta mediatorii părților și a face cunoscut rolul lor. Este necesar să se sublinieze faptul că obiectivul este acela de a oferi părților un spațiu (care nu este Tribunalul) în care să poată vorbi despre conflict și durerea care le macină și să poată fi ascultate, fără a fi judecate (atitudine de neutralitate), fără a se căuta vinovați și fără a urmări ajungerea la un acord cu orice preț, dacă părțile nu doresc acest lucru.

2) *Sesiunile individuale* durează circa 90 de minute fiecare. Pot fi organizate de la una la trei sesiuni individuale cu fiecare parte. În timpul sesiunilor individuale, atenția participanților se mută la nivel de emoții și sentimente, nu de revendicări. De exemplu, poate fi vorba de: așteptări care nu au fost realizate, necesități relaționale nesatisfăcute, demnitate pierdută, încredere trădată, furie, rachiună etc. Trebuie păstrată discreție maximă, fără a solicita detalii pe care părțile nu sunt dispuse să le dezvăluie din proprie inițiativă. Mediatorul ascultă persoana și, ca o oglindă, încearcă să „reflecte” (adică să restituie), numindu-le una câte una, emoțiile pe care le desprinde din ceea ce povestesc părțile, pe măsură ce le recunoaște. Mediatorul nu interpretează, nu dă explicații, nu investighează, nu judecă pe niciuna dintre părți.

3) *Sesiunile de mediere* decurg la fel ca și sesiunile individuale, cu diferența că sunt prezente ambele părți, iar echipa de mediatori este compusă din 3 profesioniști în loc de 2, așa cum era în timpul sesiunilor individuale.

4) Ultima etapă, cea de *follow-up*, are scopul de a verifica, în timp (de obicei, după 2 săptămâni), dacă rezultatul obținut la sfârșitul sesiunilor care au avut loc s-a menținut sau nu. De obicei, are loc telefonic. Dacă este necesar, se poate organiza o nouă sesiune (individuală sau de mediere, de la caz la caz). Totuși, nu este recomandată depășirea numărului de trei sesiuni.

Serviciul de Mediere al Institutului de Tumori din Milano

A fost înființat la sfârșitul anului 2010 și actualmente deține 7 mediatori, dintre care doi sunt coordonatori ai activității grupului. Coordonatorii Serviciului evaluează cererile de mediere formulate de colegii de la Biroul de Relații cu Publicul și Biroul Legal al Institutului. Cazurile selectate sunt distribuite echipelor de mediatori. Aceștia contactează fiecare dintre cele două părți implicate în conflict (pacient sau aparținător și profesionist) și le invită la o sesiune individuală. În cazul în care, după ce au ascultat atât pacientul/aparținătorul, cât și profesionistul în sesiuni separate, mediatorii constată că cele două părți sunt dornice să participe la o sesiune comună, atunci organizează o sesiune de mediere. După fiecare sesiune, este scris un scurt raport. Odată ce s-a încheiat ultima etapă a procesului (follow-up), cazul este arhivat.

Cazurile prezentate în continuare au fost selectate de către autori din cazistica Serviciului de Mediere al Institutului de Tumori din Milano.

Rezultate și discuții

Cazul A

Biroul de Relații cu Publicul (BRP) primește o plângere scrisă de la pacient. În plângere, pacientul vorbește despre: timpul de așteptare excesiv pentru vizita pe care o avea în ambulatoriu, reacția exagerată a medicului căruia i-a cerut informații (pe care a trăit-o ca pe o „mustrare” la adresa sa), lipsa de înțelegere a medicului față de starea emotivă a pacientului (vizita într-un spital oncologic), lipsa de comunicare la nivelul structurii.

În răspunsul la plângere, personalul BRP manifestă înțelegere față de dificultățile întâmpinate de pacient, asigură că reacția medicului nu a fost intenționată, recunoaște dificultățile organizatorice atât pentru pacienți, cât și pentru personalul sanitar. După ce îi răspunde pacientului în scris, personalul BRP este contactat telefonic de către pacient, care își manifestă insatisfacția și mânia față de răspunsurile primite și anunță că va scrie o nouă plângere în care va semnala comportamentul inadecvat al personalului sanitar.

Ca atare, constatând persistența conflictului, BRP propune cazul Serviciului de Mediere, oferind pacientului ocazia de a fi ascultat de personal special pregătit.

Sesiunea individuală cu pacientul

Pacientul relatează că și el lucrează în sectorul sanitar. De asemenea, afirmă că a avut neplăcuta ocazie să experimenteze pe propria piele incompetența medicilor într-un alt spital. În cazul său, fiind vorba de o recidivă a patologiei, a ales Institutul de Tumori din

Milano, bazându-se pe excelenta reputație a acestui spital. A stabilit relații bune cu medicii care l-au urmărit în Institut până la prima vizită de control. Atunci a descoperit că urma ca vizita să fie efectuată la un medic diferit, pe care nu îl cunoștea și care urma să sosească cu întârziere, pentru că era foarte ocupat. „Nu m-am simțit niciodată atât de umilit”, afirmă pacientul. Aducă că atunci când a ajuns, în sfârșit, la vizită, medicul era nervos, probabil din alte motive. „Eu sunt un pacient deprimat, deja în tratament pentru mobbing” și, „când lucram în sistemul sanitar, eram foarte atent la comunicarea cu pacientul” spune el. Mai relatează că, pentru că și soția sa fusese diagnosticată cu un cancer, în ziua respectivă aveau o vizită programată și pentru aceasta... Pacientul conchide că ar dori să fie tratat în continuare în Institut, însă ține neapărat să-l întâlnească pe medicul respectiv ca să clarifice cu el situația neplăcută pe care a trăit-o și „să împiedice ca acest lucru să li se mai întâmple și altor pacienți”.

Sesiunea individuală cu medicul

Medicul relatează că este pentru prima dată când se simte „agresat” de către un pacient. Spune că a întârziat, pentru că era într-o altă secție, pentru o urgență. Afirmă că este departe de el gândul că „un pacient care are cancer este capabil să suporte orice”. Aducă că se simte jignit de acuzațiile aduse stilului său de lucru și că este supraîncărcat în activitatea pe care o desfășoară. Mai spune că el are un contract pe o perioadă determinată, cu posibilitatea de reînnoire, dar fără nici o garanție în acest sens, ceea ce nu îl face să se simtă tutelat în niciun fel. Medicul este de acord să-l întâlnească pe pacient pentru o clarificare, însă preferă ca întâlnirea să aibă loc într-un context protejat, nu în secție.

Sesiunea de mediere

Pacientul povestește că medicul a ajuns în ambulatoriu extrem de furios. „Există secții de prima serie și secții de seria a doua”, mai spune, făcând aluzie la faptul că pacienții nu se bucură toți de aceeași atenție sporită din partea medicilor, așa cum crede el că ar fi normal. Mai completează, spunând că „este obositor să suporti și să accepți caracterul invalidant al acestei boli” (cancerul).

Medicul explică faptul că trebuia neapărat să viziteze și pacienții colegului din cealaltă secție, care era absent. Aducă că și mama sa suferă de această boală nemiloasă, care este cancerul, și de aceea înțelege dificultățile de organizare ale acestor bolnavi. Mai aduă că, după ce a fost interpellat de către BRP pentru a i se aduce la cunoștință nemulțumirea și supărarea pacientului, și-a pierdut seninătatea și satisfacția cu care își exercita profesia.

Mediatorii au constatat că ambele părți au fost mulțumite de posibilitatea de a-și exprima propriul

punct de vedere și, pentru prima dată de când a izbucnit conflictul, s-au putut privi în ochi, ascultându-se reciproc. Mediatorii le-au restituit faptul că suferința lor era expresia unui sistem de organizare care, din păcate, nu tutelează nici pacientul și nici medicul. Tonul agresiv de la începutul sesiunii comune a dispărut, făcând loc unei întrevederi între două „persoane care n-au nimic de împărțit”, nu între „doi dușmani”.

Follow-up post-mediare

Pacientul și-a exprimat satisfacția față de modul în care s-a desfășurat întâlnirea. Marturisește că va merge la următoarele vizite de control mult mai liniștit și relaxat, fără să-i fie teamă că va fi iar întâmpinat de medicul furios. Dacă ar avea ocazia, i-ar face plăcere să bea împreună o cafea.

Medicul multumește pentru oportunitatea pe care i-a dat-o Serviciul de Mediere. Recunoaște că venise la întâlnire cu teamă și că la sfârșit a plecat „ușurat”. Nu se mai gândește la incident, și-a recuperat seninătatea cu care lucra înainte ca acesta să aibă loc. Mai aduă că va vorbi despre activitatea grupului de mediere și beneficiile sale și altor colegi.

Cazul B

Biroul de Relații cu Publicul (BRP) primește o scrisoare de la avocatul soției unui pacient, în care aceasta acuză personalul de „absență de responsabilitate față de pacienți”, „grijă și interes față de pacient insuficiente”, „lipsa unei informări corecte a pacienților”. BRP informează medicul de salon și șeful de secție despre această plângere și le solicită un răspuns în scris la acuzațiile aduse. De îndată ce primește scrisoarea, soția pacientului telefonează furiosă la BRP, manifestându-și nemulțumirea și indignarea față de răspunsurile primite, amenințând că „va da în judecată” medicul pentru decesul soțului.

Cu această ocazie, personalul BRP propune soției pacientului o întâlnire cu colegii de la Serviciul de Mediere.

Prima sesiune individuală cu soția pacientului

Soția pacientului este furioasă și dezamăgită. „Soțul meu a murit din cauza neglijenței medicilor”, spune ea. „Nu și-au dat deloc interesul pentru acest pacient”, mai aduă. Povestește că ea și soțul au avut mereu un comportament civilizată și că acesta din urmă avea deplină încredere în echipa care l-a îngrijit. „Mă aștept ca medicii să recunoască că au greșit. Am venit aici pentru că vreau neapărat să pot vorbi cu acești medici”, conchide ea.

Prima sesiune individuală cu medicul

Medicul care l-a îngrijit pe pacient, profund marcat, relatează că pentru el a fost un faliment să aibă un pacient în remisiune completă care până la urmă a decedat. Povestește că se simte mereu

sub presiune, că acest mod de lucru nu este cum ar trebui să fie. „Nu este adevărat că nu ne-a păsat de acest pacient”. Mai adaugă că soția pacientului era foarte agresivă și că după deces i s-a comunicat că aceasta nu dorește să-i vorbească. „Acest lucru este foarte greu de suportat”, mai spune medicul, care apoi adaugă că trăiește cu remușcări, pentru că ar fi trebuit să nu se lase înșelat de simptomele pacientului. Atunci când este întrebat dacă ar dori să o reîntâlnească pe soția pacientului, medicul afirmă că ar fi de acord, dacă acest lucru „ar servi la ceva”, chiar dacă lui personal nu-i face plăcere...

A doua sesiune individuală cu soția pacientului

Soția încă mai este furioasă. De asemenea, se simte descurajată, pentru că acțiunile sale nu au dat nici un rezultat... A recurs la un avocat, a mai scris o plângere și către directorul sanitar, se gândea serios să „dea în judecată” medicul și să ceară despăgubiri... Recunoaște că a rămas „de una singură în această bătaie”, întrucât rudele au sfătuit-o de mult „să renunțe la ele și să se resemneze”. Mai adaugă că faptul că nu a fost ascultată de către medicii care l-au îngrijit pe soțul ei a înfuriat-o la culme și că cel puțin dacă ar asculta-o, s-ar simți mai bine.

A doua sesiune individuală cu medicul

Medicul pare mai liniștit, însă este aparent încurcat. Nu reușește să înțeleagă ce vrea exact soția pacientului, însă percepe un comportament agresiv.

Este disponibil să o întâlnească, dacă soția pacientului crede că acest lucru îi poate fi util. Susține că el însuși nu simte această nevoie și că „este sceptic asupra rezultatului”. În plus, își exprimă teama că soția pacientului ar fi folosit cuvintele sale împotriva lui și se arată neîncrezător, spunând că nu prevede nimic pozitiv.

Sesiunea de mediere

Soția pacientului exprimă o emotivitate puternică. Medicul reacționează mai puțin, ascultând cu mare atenție cuvintele acesteia. Fiecare dintre ei exprimă, rând pe rând, dificultățile întâmpinate în gestionarea pacientului. Soția pacientului recunoaște la final că nu are nimic personal cu medicul și că îl consideră o persoană sensibilă. A apreciat faptul că acesta a acceptat să o întâlnească. Medicul asigură că cuvintele rostite de soția pacientului reprezintă un imbold importat la reflecție în ceea ce-l privește.

Follow-up post-mediare

Soția pacientului se simte ușurată. „Mi-am luat o piatră de pe inimă” spune aceasta. Medicul simte că nu mai este atât de expus unei eventuale acțiuni în justiție. Ambele părți recunosc valoarea faptului că s-au putut întâlni și că și-au putut vorbi unul altuia în mod civilizat.

Discuția cazurilor

Conform directivelor regionale, cazurile în care ar fi util să se propună medierea transformativă sunt: cele în care există o suferință puternică (la nivel emoțional) care nu a găsit înțelegere; cazuri complexe, în care are un sens să se aprofundeze ceea ce s-a întâmplat, pentru a clarifica lucrurile; cazuri în care a trecut cât mai puțin timp de la plângere/reclamație [6].

Cazurile ilustrate sunt conforme acestor directive. În fiecare dintre cele două cazuri, disputa a izbucnit din cauza neînțelegerii unor fapte sau aspecte. Părțile erau marcate de emoții puternice, iar Biroul de Relații cu Publicul, care de obicei clarifică cu succes plângerile cetățenilor, nu a reușit să reducă încărcătura emoțională.

„Pacientul vine în Cabinet cu o încărcătură emoțională provocată de durere, de frica față de medic și de diagnosticul/tratamentul ce urmează [...]. Așadar, din start, pacientul are o accentuată stare de angoasă, de crispare și să nu uităm că fiecare bolnav are un anumit grad de toleranță la stres [...] și o reacție diferită [...]”. Tocmai aici intervine rolul și talentul medicului. Un cuvânt de bunăvoință, de înțelegere, puțin umor, când se poate, au de multe ori darul de a-l relaxa, a-l detensiona pe pacient”. [7] Această mărturie a unui medic (Dr. Georgeta Sfetcu) este mai mult decât elocventă. În cazul A, nevoile pacientului (de a întâlni un medic receptiv și disponibil, care să-i reducă stresul) și ale medicului (de a-și putea duce la capăt toate sarcinile de serviciu din acea zi, în care trebuia inclusiv să suplinească un coleg) au intrat în conflict.

Spre deosebire de cazul A, în cazul B asupra medicului plana riscul unei acțiuni în justiție, întrucât lipsa posibilității unei clarificări satisfăcătoare pentru soția pacientului și pierderea suferită (decesul soțului) au trezit în aceasta suspiciuni privind o posibilă eroare medicală, determinând-o să se adreseze unui avocat.

Un aspect important care trebuie subliniat este că, atunci când există acuzații serioase de malpraxis, iar organizația are motive să creadă că acestea sunt întemeiate, este întotdeauna numită o comisie tehnică care evaluează cazul, intrând în detalii pur medicale. Procesul de mediere se poate desfășura în paralel cu activitatea comisiei, nu se substituie acesteia. Dacă profesionistul sau organizația a provocat daune pacientului, este dreptul acestuia din urmă să ceară despăgubiri, iar medierea transformativă nu trebuie în niciun caz utilizată cu obiectivul de a obstacola acest drept. Ea poate fi folosită pentru a reduce din suferința emoțională a părților, dându-le posibilitatea, dacă doresc, să-și vorbească și să explice ce simte fiecare. Totuși, în cazul B, acuzațiile

aduse medicului erau nefondate, iar organizația nu a considerat că era cazul să se instituie comisia. Modul în care a decurs medierea sugerează ca această decizie a fost corectă. Mai mult, medierea a alinat suferința părților care au manifestat înțelegere una față de alta.

Ambele cazuri au permis o mai bună cunoaștere a unor aspecte legate de organizare și comunicare în Institut, care pot fi îmbunătățite pe viitor. O altă concluzie importantă ce se desprinde din cazurile ilustrate este aceea că activitatea Serviciului de Mediere este un punct de sprijin pentru personalul Biroului de Relații cu Publicul, predispus, prin natura activității sale, să aibă de-a face cu cetățenii care se consideră nemulțumiți de serviciile primite în Institut.

Medierea, fără îndoială, și-a atins obiectivul, întrucât părțile au rămas satisfăcute de rezultat. Cel mai adesea se obțin rezultate pozitive deja după prima (sau primele) sesiuni individuale cu cetățeanul (pacient sau aparținător), fără să mai fie necesar să fie convocat și profesionistul.

Satisfăcuți și ei de rezultat, mediatorii au mărturisit că principalele dificultăți pe care le-au resimțit au fost: menținerea capacității de a asculta, fără a judeca („tehnica oglinzii”); de a se concentra asupra „trăirilor” părților, nu asupra faptelor; de a menține neutralitatea față de fiecare dintre părți.

Concluzii

Mediatorul nu are o autoritate legală (nu reprezintă o putere ca, de exemplu, judecătorul sau arbitrul). În procesul medierii, mediatorul trebuie să fie neutru și imparțial. Medierea transformativă este acel tip de mediere, în care principiul de bază este încurajarea fiecărei părți să înțeleagă nevoile, interesele și punctele de vedere ale părții opuse. Scopul este ca relațiile dintre părți să se transforme și, eventual, să ducă la încetarea conflictului [8]. După primele experiențe de mediere transformativă în sectorul sanitar, desfășurate la nivel regional, metoda a câștigat din ce în ce mai mulți adepți: Direcția Generală de Sănătate a Regiunii Lombardia a extins programul de formare la toate organizațiile de sănătate publice, iar apoi majoritatea acestora au creat un Serviciu/Centru de Mediere pentru persoanele care doresc să beneficieze de acest serviciu.

Încercarea de a introduce medierea civilă *obligatorie* la nivel național în Italia (Decretul Legislativ 28 din 4/03/2010) [9] nu a avut nici pe departe succesul scontat. Datele raportate de Ministerul de Justiție demonstrează eșecul total al introducerii medierii civile obligatorii, arătând că, pe lângă faptul că nu s-a dovedit a fi eficientă ca „filtru” pentru dosarele de responsabilitate civilă ajunse la Tribunal, a cauzat cheltuieli suplimentare și nejustificate. Puține sunt cazurile în care ambele părți s-au prezentat pentru

mediere și, dintre acestea, doar aproximativ jumătate s-au încheiat cu un acord. [10] Ca urmare, Curtea Constituțională a declarat recent nelegitimitatea constituțională, din cauza excesului de delegare legislativă, a Decretului 28 din 4/03/2010 în partea în care prevedea caracterul obligatoriu al medierii civile [11].

În schimb, medierea transformativă rămâne un valoros instrument voluntar (nu obligatoriu), care ajută organizațiile sanitare să aplaneze conflictele cu cetățenii și să recupereze încrederea lor.

Bibliografie

1. ANSA. *Sanità: boom contenziosi, +145% dal 2000, costano 500 mln anno*, 14/06/2011.
2. Muldoon B. *The Heart of Conflict*, Putnam Publishing Group, 1996.
3. Baruch Bush R.A., Folger J.P., *The Promise of Mediation: Responding to Conflict Through Empowerment and Recognition*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1994
4. Quattrocchio A. Il percorso specifico proposto per l'ambito sanitario dell'Emilia-Romagna: la Mediazione Trasformativa dei conflitti in ambito sanitario. Presupposti teorici e operativi del percorso formativo in Bassini V (a cura di) *Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia Romagna. Sussidi per la gestione del rischio* 9, Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna, 2007, DOSSIER 158: pp. 19-47.
5. Tereanu C., Quattrocchio A. *Medierea transformativă în organizațiile de sănătate: o resursă*. Management în sănătate, 2011; XV (1), pp. 17-24.
6. Regione Lombardia. *Indirizzi Operativi attività di Ascolto e Mediazione*, 08/07/2010.
7. Sfetcu G. *Pacientul este mai mult decât un caz clinic*, Săptămâna medicală, 11/01/2012 (<http://www.saptamanamedicala.ro/articole/Pacientul-este-mai-mult-decat-un-caz-clinic.html>, consultat la 20/11/2012).
8. Asociația de Mediere a Conflictelor (<http://www.misit-mediere.ro/>, consultat la 20/11/2012).
9. Albertazzi L. *Fallito il tentativo di reintrodurre la mediazione obbligatoria*, 11/11/2012 (<http://www.articoli-invendita.net/ildirittointasca/fallito-il-tentativo-di-reintrodurre-la-mediazione-obbligatoria/>, consultat la 20/11/2012).
10. Decreto Legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, Gazz. Uff. 5 marzo 2010 n. 53.
11. Comunicato Stampa del Palazzo della Consulta, *La Mediazione è incostituzionale!* La sentenza della Corte Costituzionale, 24 ottobre 2012. (<http://www.leggioggi.it/2012/10/24/la-mediazione-e-incostituzionale-il-verdetto-della-corte-costituzionale/>, consultat la 20/11/2012).

Carmen Tereanu

Tel. 0039 333 161 37 98

E-mail: carmentereanu@gmail.com

MALPRACTICE E GOODPRACTICE NELLA PREVENZIONE DELLA SALUTE

Luca SALA,

Direttore Dipartimento di Prevenzione, AslBI, Italia

Summary

Malpractice and good practice in healthcare presentation

Legislative Decree No. 229 of June 19, 1999, has established the Prevention Departments of the Local Health Authorities. At the Prevention Department physicians, veterinarians, prevention health care professionals and technicians, nurses and administratives work all together. Our strategy consists in replacing "the expensive" and "now unbearable" answer to citizens, which mainly includes specialist tests and drug treatments, with much more effective and moderate answers afferent to the Health behaviour and lifestyle, to health care paths etc. Our tools are health care education, health care promotion, laws, and social marketing. Facing problems erroneously, with inappropriate tools to reach the goal, or investing resources in "false problems" represent a sort of malpractice for health care prevention. On the other hand, the highlighting and analyzing the health care problems in a country, segmenting the recipients of our interventions in risk categories and for each category to study and apply targeted strategies of safe efficacy, making advocacy, orienting Citizens toward adoption of healthy lifestyles, researching partnerships, can be resumed with the good-practice meaning.

Rezumat

Malpraxis și bune practici privind prevenția în sănătate

Decretul legislativ nr. 229 din 19 iunie 1999 a stabilit înființarea Departamentelor de Prevenție în cadrul Autorităților Locale de Sănătate. În Departamentul de Prevenție lucrează împreună medici, medici-veterinari, alți profesioniști formați în domeniul prevenției, tehnicieni, asistente medicale și personal administrativ. Strategia noastră constă în a răspunde cetățenilor înlocuind ceea ce este "scump" și "nu-și pot permite astăzi", adică teste de specialitate și tratament medicamentos, cu alternative mai eficace și cost redus privind comportamentul și un stil de viață sănătos, traseele de îngrijiri etc. Instrumentele noastre sunt educația pentru sănătate, promovarea sănătății, actele normative și marketingul social. Abordarea problemelor în mod greșit, cu instrumente inadecvate pentru atingerea obiectivului, sau investirea resurselor în "false probleme" reprezintă un fel de malpraxis pentru prevenția în domeniul sănătății. Totodată, evidențierea și analiza problemelor de sănătate într-o țară, segmentarea beneficiarilor intervențiilor noastre în categorii de risc, studierea și aplicarea unor strategii cu eficacitate sigură pentru fiecare categorie de risc, advocacy, orientarea cetățenilor către adoptarea unor stiluri de viață sănătoase, căutarea de parteneriate reprezintă de fapt practici bune de urmat ("goodpractice").

Introduzione

La prevenzione della salute: i Dipartimenti di Prevenzione

In Italia il Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999 ha istituito i Dipartimenti di Prevenzione (DP), strutture operative dell'Unità Sanitaria Locale (ASL), che garantiscono la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, la prevenzione delle malattie e della disabilità, il miglioramento della qualità della vita. All'interno dei nostri DP sono individuate tre macroaree: la Sanità Pubblica nelle sue articolazioni, la Tutela della Salute negli Ambienti di Lavoro, la Sanità Pubblica Veterinaria e che queste operano con l'unico obiettivo di prevenzione della salute dei Cittadini. Nella casa comune del DP sono quindi collocati, almeno in Piemonte, il Servizio d'Igiene Pubblica (SISP), il servizio d'Igiene degli Alimenti e nutrizione (SIAN), il Servizio di Prevenzione della Salute nei luoghi di lavoro (SPRESAL), i Servizi di Sanità Pubblica Veterinaria A, B, C (SSPV), la Medicina dello Sport, la Medicina Legale (figura 1)

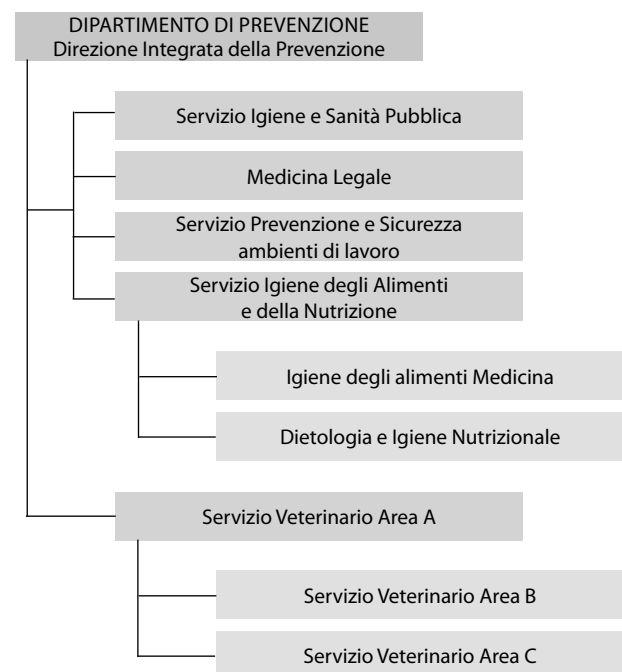


Figura 1. Le principali articolazioni del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Biella

A titolo di esempio, nell'ASL di Biella, che si estende su un territorio 900 Km quadrati dove vivono 180.000 abitanti, il nostro DP comprende 115 persone: quaranta fra dirigenti medici e veterinari, quaranta fra tecnici della prevenzione e personale infermieristico e trentacinque colleghi amministrativi.

Le principali attività dei Servizi o Strutture sono:

- a) Il SISP: vaccinazioni per le diverse fasce di popolazione; promuove azioni nei confronti delle Malattie Sessualmente Trasmesse; gestisce l'ambulatorio di medicina dei viaggiatori; gestisce il Centro Immigrati (ISI); coordina e gestisce progetti in ambito di sicurezza stradale, prevenzione alcol e fumo, sicurezza nei luoghi di vita; coordina il gruppo dipartimentale interdisciplinare per le valutazioni d'impatto ambientale, si esprime sull'idoneità dei luoghi di vita;
- b) Il SIAN: controllo delle acque, controllo degli alimenti, vigilanza nei confronti degli esercenti, alimentazione e nutrizione, dietologia, controllo delle mense, alimentazione assistita, intossicazioni alimentari, Malattie Trasmesse con Alimenti;
- c) Lo SPRESAL: malattie professionali, sicurezza nei luoghi di lavoro, attività di polizia giudiziaria;
- d) I SSPV: sanità animale, igiene urbana, benessere animale, alimentazione animale, farmaco veterinario, *rendering*, controllo dei prodotti origine animale dalla stalla alla tavola, malattie infettive e trasmissibili da animali-uomo e viceversa, produzioni animali, riproduzione animale;
- e) La Medicina dello Sport: visite sportive per agonismo, movimento contro l'obesità, attività fisica per i diversi gruppi di popolazione, promuove gruppi di cammino;
- f) La Medicina Legale: visite per il rilascio delle patenti, visite disabilità, valutazioni per le sospensioni di patente, attività di medicina mortuaria.

Finanziamenti

Nell'ambito del Dipartimento è la prevenzione primaria, che si identifica nella prevenzione della salute attraverso la promozione di corretti stili di vita su una popolazione sana; agiamo in un regime di monopolio pagato, per la gran parte delle prestazioni, totalmente dal cittadino contribuente. Soltanto alcune attività del DP risultano a pagamento diretto del Cittadino. Fra queste: il counselling e gli interventi vaccinali per i viaggiatori, le certificazioni richieste per interesse del privato, la diagnostica e la certificazione per la compravendita animali, i prelievi di materiale biologico in animali da reddito e compagnia per esa-

mi attestanti lo stato di salute per certe malattie, gli interventi mirati alla verifica di inconvenienti igienico sanitari richiesti per interesse dei privati Cittadini, le autorizzazioni sanitarie ecc., per le quali è richiesto il pagamento diretto di un ticket.

Materiali e metodi

La normativa di riferimento per le nostre attività

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 prevede alcuni grandi capitoli: la Medicina predittiva, la Prevenzione universale, la Prevenzione nella popolazione a rischio, la Prevenzione delle complicanze.

Per quel che riguarda la prevenzione universale, il PNP, salvaguardando i principi dell'integrazione, della contestualizzazione e dell'efficacia già ricordati, chiama ad intervenire nelle seguenti aree:

L'area della sicurezza, finalizzata alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico;

- *la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici*, che comprende:
 - le malattie suscettibili di vaccinazione e le infezioni correlate all'assistenza sanitaria;
 - le malattie causate da alimenti e bevande;
 - le malattie professionali ed in ambito lavorativo;
 - le malattie correlate all'inquinamento;
- *la prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari*
- *la prevenzione oncologica anche attraverso gli screening*

La prevenzione universale ha come obiettivo, rivolgendosi alla comunità, quello di creare un contesto favorevole, esplicito e chiaro nei confronti di pericoli e rischi, ad orientarsi verso stili di vita sani. *La Prevenzione selettiva* ha come obiettivo quello d'identificare le persone vulnerabili, cioè quelle esposte maggiormente a stili di vita pericolosi e rischiosi.

La strategia consiste nel sostituire la "costosa" ed oramai insostenibile risposta ai cittadini, che comprende principalmente esami specialistici e cure farmacologiche, con efficaci e sobrie risposte afferenti all'area dei comportamenti e degli stili di vita, ai percorsi di salute ecc. In questo il DP è profondamente distante dal punto di vista operativo dalle altre discipline mediche o che comunque convivono in Sanità che prediligono l'orientamento al prodotto e alla produzione. La medicina di attesa ospedaliera/specialistica e dei medici di medicina generale punta per il proprio successo sulle conoscenze detenute dal personale sanitario e sullo sviluppo e aggiornamento di nuove "tecniche", in passato era marcatamente orientata alla "vendita" delle prestazioni e attualmen-

te, per ragioni contingenti di crisi economica, alla riduzione della spesa. In altri ambiti si pone molta attenzione al processo di produzione ed erogazione al fine di ridurre gli sprechi, modulare l'offerta alle risorse disponibili e massimizzare la valorizzazione delle prestazioni. In questo caso si individuano le prerogative del settore amministrativo e del controllo di gestione. L'ambito del DP si può invece definire un orientamento al marketing: questo è caratteristico di chi pone enfasi sulle esigenze del cittadino che modulano la progettazione dell'offerta non solo sulla domanda ma principalmente sullo studio dei bisogni di salute. Questo è il vecchio/nuovo ruolo e ambito d'azione del Dipartimento di Prevenzione.

La differenza sta nell'azione: il clinico e lo specialista "aspettano" il paziente, cliente, utente...; l'operatore della prevenzione, analizzati i bisogni, li va a cercare.

Perseguendo questa *mission* abbiamo avuto la necessità di perfezionare i nostri strumenti a seconda delle situazioni e dei contesti in cui ci troviamo ad operare. Fra questi alcuni che seppure utili possono risultare a volte datati o di ridotta efficacia quali l'*educazione alla salute* efficace nei casi in cui le persone manifestino già una certa propensione verso abitudini salutari, ovvero "quando i benefici del comportamento raccomandato sono sufficientemente attraenti, quando le barriere all'azione sono abbastanza ridotte o quando i comportamenti alternativi offrono vantaggi relativamente minori"; gli *interventi normativi* che trovano giusta applicazione quando vi è resistenza nei confronti del modo di agire che si intende promuovere. Negli ultimi tempi, però, tanto in letteratura che all'interno delle comunità scientifiche del nostro settore si è ravvisata la necessità di adottare strumenti più attuali al mercato, fra questi il marketing che quando applicato alla Sanità Pubblica s'identifica come il *marketing sociale*: questo si situa in una posizione intermedia rispetto ai due sopracitati, in quanto interviene sulle barriere di tipo ambientale, socio-economico e personale che rendono più difficoltoso mettere in atto sani stili di vita.

Alcuni concetti utili ad individuare la genesi di malpractice in prevenzione

Consideriamo le azioni basate sull'abilità si riferiscono a compiti svolti in modo automatico e semplice per chi abbia acquisito una particolare abilità. La formazione in questo caso ha lo scopo d'insegnare a svolgere l'azione in modo da effettuarla correttamente pur non conoscendo le ragioni sottostanti. Mediante la formazione l'attore diventa sufficientemente abile da compiere le azioni senza necessità di istruzioni (ad esempio: indossare la divisa da lavoro, mascherina, sovrascarpe, cuffia ecc.).

Le azioni basate sul seguire una regola conseguente a una precedente esperienza o a un'istruzione specifica entrano in azione quando fallisce l'azione basata sull'abilità ed il soggetto ha bisogno di fare riferimento ad un set di istruzioni esplicite o regole che ha a disposizione. L'attore esamina ed interpreta la situazione e sceglie la regola che meglio risolve il problema (ad esempio praticare una terapia infusiva mediante iniezione endovena).

Le azioni basate sul ragionamento, inferenza, giudizio e valutazione: se il processo basato sull'abilità non risolve il problema si deve fare riferimento al sistema basato sul ragionamento (in generale si tende a preferire le soluzioni che si basano sulle regole poiché richiedono minor sforzo cognitivo), ciò avviene quando si affrontano situazioni nuove o poco conosciute o quando regole di cui si dispone non sono sufficienti ed adeguate (ad esempio intervenire su un quadro clinico insolito).

Un caso a parte rappresentano le *violazioni*, ovvero tutte quelle azioni che vengono eseguite anche se una direttiva un regolamento ne impedisce l'esecuzione. Questo avviene perché il mandato professionale del Medico si scontra con le necessità di bilancio economico. In relazione ai tre tipi di azione si possono verificare errori del tipo *slips* e *lapses*.

Slip: è un'azione non in accordo con le intenzioni. La pianificazione è valida ma l'esecuzione è carente. Si tratta di errori di azione commessi nello svolgimento di attività routinarie. L'automatismo dell'azione fallisce quando un qualcosa di non previsto interferisce con l'azione.

Lapsus: è un errore conseguente un fallimento della memoria che non si manifesta necessariamente nel comportamento oggettivo e che risulta evidente solo per la persona che lo esperisce.

Mistake: è un errore nella pianificazione. Le azioni si realizzano come sono state pianificate ma è il piano stesso a non essere valido. Si tratta di errori di intenzione (giudizio, inferenza, valutazione) conseguenti a giudizi e valutazione sbagliate da cui ne consegue una pianificazione delle azioni non idonea al raggiungimento dell'obiettivo.

I *Mistake* possono essere di due tipi:

- a) Il *mistake* basato su di una regola avviene quando è scelta la regola sbagliata a causa di un'errata percezione della situazione (es. farmaco sbagliato rispetto alla patologia da trattare) oppure nel caso di uno sbaglio nell'applicazione di una regola (il farmaco è adeguato ma le dosi e il tipo di somministrazione non è corretta);
- b) Il *mistake* legato alla conoscenza è conseguente o alla mancanza di conoscenze o alla loro scorretta applicazione. Il risultato negativo dell'azione risiede nelle conoscenze sbagliate

che l'hanno determinata. Tale errore è insito nella razionalità limitata o comunque nella difficoltà di dare risposte a problemi che presentano una ampia gamma di possibili scelte.

In tale contesto si possono configurare due tipi differenti di azioni che possono violare la sicurezza (figura 2):

- azioni non secondo le intenzioni
- azioni secondo le intenzioni

Alla prima categoria appartengono gli *slips* e *lapses*, alla seconda i *mistakes* e le violazioni vere e proprie. Tra queste ultime rientrano le violazioni di routine (spesso conseguenti a norme e regole difficili da applicare o da osservare), le violazioni eccezionali e gli atti di sabotaggio (di rara evenienza).

In questo contesto ci si limiterà ad approfondire *slips*, *mistakes* (basati sulle regole e basati sulla conoscenza) e violazioni di routine.

Tali errori possono essere definiti errori attivi. Dietro a ciascuno "errore attivo" devono essere individuate le cause di "errore latente", attribuibili al sistema ed alla gestione organizzativa.

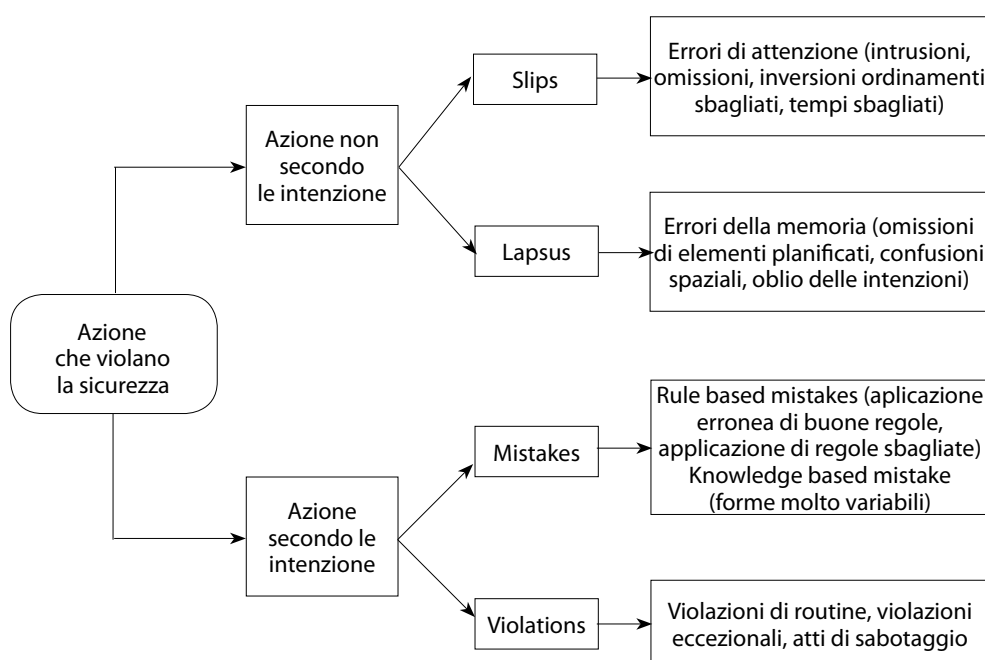


Figura 2. La tipologia delle azioni che violano la sicurezza

Sulla base del presente modello è necessario quindi distinguere due differenti tipi di errore umano responsabile degli incidenti: *errore attivo* e *latente*.

Gli *errori attivi* sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea ed i loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili.

Gli *errori latenti* sono attività distanti (sia in termini di spazio che di tempo) dal luogo dell'incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

Rappresenta oramai da decenni opinione condivisa che gli incidenti che si verificano sono di fatto solo la punta dell'iceberg e che per ogni incidente che ha avuto luogo ce ne sono stati molti altri che per un caso fortuito non sono accaduti, i cosiddetti **near miss events**.

Da questa visione sistemica, nasce la convinzione che il verificarsi di un incidente sia frutto di una combinazione e concatenazione di eventi che hanno superato tutte le difese che erano state predisposte.

Infine, considerando che gli errori attivi non potranno mai essere eliminati, è pertanto necessario incrementare un sistema che possa influire sugli errori e

criticità latenti, sulle quali gli errori attivi si innescano.

Il *risk management*, che in italiano possiamo tradurre in "gestione del rischio", secondo una tra le più accreditate definizioni, rappresenterebbe lo "strumento che identifica, valuta e gestisce gli eventi e le azioni che possono colpire la capacità delle organizzazioni di raggiungere i propri obiettivi".

Risultati e discussione

La prevenzione della salute, fra le sue caratteristiche principali riconosce *l'orientamento all'equità*. Un progetto di prevenzione/promozione della salute dovrebbe occuparsi di un problema di salute frequente che coinvolga gruppi fragili; avere pari efficacia fra gruppi sociali diversificati; considerare l'accettabilità dei risultati sui diversi target; dovrebbe prevedere strumenti utili al superamento di barriere di accesso per i più socialmente svantaggiati. Per meglio entrare nel dettaglio si propone un esempio di non equità in ambito europeo: nei 15 Stati Membri UE (ante 2004) le persone hanno già raggiunto l'aspettativa di vita di 85 anni, prevista per il 2050 per tutta la Regione Europea. Di contro negli altri

Membri di più recente arruolamento si sono raggiunti i 75 anni. Vi sono anche differenze significative fra donne e uomini: 13 anni il gap registrato nella Federazione Russa e 4 anni nella UE.

Per alcune patologie di nuova e di vecchia conoscenza sarebbe necessaria una revisione della strategia di intervento.

Ad oggi, il 3-7% dei bambini in età scolare soffre di ADHD (attention deficit hyperactivity disorder). Questi bambini sono considerati "ad alto rischio" per un limitato livello di realizzazione negli studi, comportamento delinquenziale, basso livello di sviluppo. I bambini ADHD hanno una riduzione del volume della corteccia cerebrale prefrontale, riduzione di sostanza grigia e bianca e asimmetrie cefaliche. L'etiologia di ADHD rimane sconosciuta ma recenti evidenze emergono circa il fatto che non si tratti soltanto di predisposizione genetica, ma anche stato sociale, il sesso, e l'esposizione al fumo durante la vita intrauterina. Alcuni studi ipotizzano anche l'esposizione prenatale ai telefoni cellulari!

Le malattie cardiovascolari (MCV) costituiscono la prima causa di morte nella regione europea (57 Stati). Sono responsabili di più del 50% dei decessi nella UE. Nella Regione europea il 26% dei DALYs (disability adjusted life years) è perso nei Paesi a basso reddito pro capite, contro una percentuale del 16% in quelli ad alto reddito. Dal momento che il 61% dei decessi per MCV è imputabile a 8 fattori di rischio: alcool e tabacco, ipertensione, sovrappeso, ipercolesterolemia, iperglicemia, consumo di frutta e verdura insufficiente e inattività fisica, occorre individuare la popolazione target su cui investire attraverso azioni di marketing della salute o della prevenzione. Occorre essere in grado di posizionarsi sul mercato dell'offerta di salute promuovendo il cambiamento nella popolazione individuata ed in quella che in qualche modo può influire sulle sue scelte: per la corretta nutrizione dei ragazzi in età scolare è necessario offrire soluzioni "vantaggiose" verso comportamenti "buoni" invece che "cattivi". Occorre sfruttare, esattamente come fa la concorrenza, l'industria e la distribuzione, che producono ed immettono sul mercato ad esempio bevande gasate zuccherine, merendine, dolcetti, ecc. canali pubblicitari, arruolare *testimonials*, fare leva sul senso di appartenenza dei ragazzi sfruttandolo a favore di scelte più consapevoli. Naturalmente le famiglie e gli altri componenti che possono influenzare le scelte (la scuola, il prete ecc.) devono essere raggiunti dal messaggio che va formulato a seconda del livello culturale, età, del linguaggio ecc. Non è da escludere un coinvolgimento di gruppi che operano privatamente e che potrebbero collaborando con la Sanità

Pubblica, promuovere il consumo di propri prodotti salutari a vantaggio delle loro vendite. Questo approccio è definito come "Coopetition".

Robuste evidenze indicano che la prevenzione della depressione, la principale causa singola di malattia nel mondo, è fattibile e economicamente valida. La depressione è associata a morte prematura, riduce la durata delle famiglie, produce elevatissimi costi economici in cure mediche e perdita di produttività. Può essere efficacemente ridotta attraverso prevenzione e precoce identificazione. Prove di evidenza supportano l'adozione di azioni nel corso della vita degli individui, con azioni precoci nei bambini, con lo stressare comprensioni sociali ed emozionali, col promuovere capacità. Inoltre si raccomanda di promuovere corrette relazioni fra genitori e figli.

Il 21-esimo Secolo è caratterizzato da molti profondi importanti cambiamenti ambientali che richiedono una concezione allargata in merito ai determinanti di salute. Questa include una perdita su larga scala del capitale ambiente, che si manifesta con cambiamenti climatici, buco nell'ozono, inquinamento dell'aria ed effetti sull'ecosistema: l'acidificazione delle acque superficiali, la degradazione nelle produzioni di alimenti, la riduzione nelle riserve d'acqua, la perdita di biodiversità e l'invasione di specie parassite. Questi cambiamenti riducono la capacità della biosfera a sostenere la salute umana. L'impatto sulla salute provocato dall'ambiente nella regione europea è stimato essere fra il 15-20% delle morti e del 10-20% dei DALYs perduti.

Investire in educazione è investire in salute! I Paesi che investono in formazione hanno ritorni importanti in termini di comportamenti salutari e anni di vita guadagnati. Per esempio l'aumento degli anni di scolarità obbligatoria ha ridotto i tassi di obesità e fumo dipendenza nei giovani.

Conclusioni

Le attività di prevenzione primaria svolte dal DP possono essere riassunte secondo il loro grado di efficacia:

- Attività oggi svolte per vincoli di legge che rispondono a problemi reali e prioritari di salute;
- Attività oggi svolte per scelte delle ASL che rispondono a problemi di salute;
- Attività oggi svolte per vincoli di legge che non rispondono a problemi di salute;
- Attività oggi svolte per scelte delle ASL che non rispondono a problemi prioritari di salute;
- Attività oggi non svolte che risponderebbero a problemi importanti e prioritari di salute.

Ciò che si vuole sottolineare è che affrontare i problemi di salute in modo non corretto, con stru-

menti inadatti al raggiungimento dell'obiettivo o investire risorse in "falsi problemi" rappresenta per la prevenzione della salute *malpractice*.

Evidenziare ed analizzare i problemi di salute di un territorio, segmentare i destinatari dei nostri interventi per categorie di rischio e per ogni categoria, studiare e porre in atto strategie mirate e di sicura efficacia, fare advocacy presso i decisori affinché adottino scelte politiche sociali ed economiche che vadano nella direzione di ridurre il carico di malattia, orientare i Cittadini verso l'adozione di stili di vita salutari, ricercare alleanze finalizzate al raggiungimento di tutti questi obiettivi, può essere riassunto nel significato di *goodpractice*.

Bibliografia

1. Associazione Italiana di Oncologia Medica. *Progetto Ambiente e Tumori*, 2011.
2. Azienda Sanitaria Locale Biella. *Bilancio sociale e di missione 2009-2010* (http://www.aslbi.piemonte.it/upload/CE/bilancio_sociale_2009_2010.pdf)
3. Cantù E. *Rapporto OASI 2011. L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*. SDA Bocconi, EGEA, Milano, 2011.
4. Capitanio F., Mucciolo C. *L'UE e i consumatori: uso e abuso degli antibiotici*. *Alimenta*, 2012; XX (5)
5. Di Mambro A. *Epidemie alimentari l'UE si attrezza...* *L'Informatore Agrario*, 2011; 30:17.
6. *EFSA Ricette collaudate per la comunicazione del rischio*, 2012.
7. EMMAS. *SDA Bocconi 2011/2012*. Materiale didattico.
8. Fondazione Smith Kline. *Rapporto Prevenzione 2010. La formazione alla Prevenzione*. Il Mulino, 2010.
9. Fondazione Smith Kline. *Rapporto Prevenzione 2011. Le attività di Prevenzione*. Il Mulino, 2011.
10. Mallarini E. *Fiducia in Sanità. Non solo marketing*. EGEA, Milano, 2004.
11. *Management in Sanità*. SDA Bocconi 2011. Materiale didattico
12. Martirano L. *Quanto ci costa non decidere sugli OGM*. *L'Informatore Agrario*, 2011; 43.
13. Aldad T.S. et al. *Scientific Reports* 2/312.
14. Tartaglia R., Tomassini C.R., Abrami V., Nerattini M., Turco L. *L'approccio sistemico e cognitivo all'errore umano in medicina*. *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*. (http://www.renalgate.it/errore_cognitivo.htm)
15. *The new European policy for health 2020*.
16. WHO. *Persistent Organic Pollutants: Impact on Child Health*. 2010.

IL SISTEMA SPERIMENTALE
DI RILEVAZIONE DELLA QUALITÀ
PERCEPITA E LA GESTIONE AZIENDALE
DEI RECLAMI COME STRUMENTI INTEGRATI
NELLA PREVENZIONE DELLA MALPRACTICE

Dania BRIOSCHI¹, Margherita BORELLO²

¹Professionista sanitario, Soc. Formazione e Comunicazione AslBI, Italia;

²Posizione Organizzativa Comunicazione Istituzionale, Soc. Formazione e Comunicazione AslBI, Italia

Summary

The experimental Customer Satisfaction and the conflict integrated Management Systems as tools apt to the Malpractice Prevention

The Local Health Authority of Biella (Piedmont Region) provides health-care services to 180.000 citizens through 2 Districts and 1 Hospital (400 beds). In 2009 a new experimental Customer Satisfaction management system has been integrated with a complaint management system, in order to develop a network of data collecting, processing and reflection to Malpractice Prevention. Questionnaires and Focus Groups were used to assess Customer Satisfaction. A network based on the Public Relation Office was established to receive complaints. A group of "listening and mediation of conflicts" has been introduced, to solve the cases with a strong relational involvement and to deeply analyze variables leading to the complaint in the customers' perception.

Customer Satisfaction has always been used for external performance communication. The hospital experimental Customer Satisfaction management system has been innovatively conceived for internal "bottom-up" communication, emphasizing professionals' organizational culture.

The network of selected and qualified points for complaints reception equally widespread between hospital and territory allows: 1) to receive the customers in the moment they express their disappointment and to solve it out; 2) a continuous information exchange among the professionals involved in critical situation. It facilitates targeted communication actions and improvement interventions for Malpractice Prevention.

Rezumat

Sistemele experimentale de evaluare a satisfacției clientului și de gestiune a reclamațiilor ca instrumente integrate pentru prevenirea malpraxisului

Autoritatea Locală de Sănătate din Biella (Regiunea Piemonte) furnizează asistență medicală pentru 180.000 cetățeni, prin 2 districte și 1 spital (400 paturi). În 2009, un nou sistem experimental de management al satisfacției clienților a fost integrat cu un sistem de management al plângerilor, în scopul dezvoltării unei rețele de colectare a datelor, prelucrare și reflecție pentru prevenirea malpraxisului. Pentru evaluarea satisfacției clientului s-au utilizat chestionare și grupuri-țintă. Pentru primirea plângerilor s-a înființat o rețea bazată pe Biroul de Relații cu Publicul. Un grup de "ascultare și mediere a conflictelor" a fost introdus pentru rezolvarea cazurilor, cu o puternică componentă relațională și analiza aprofundată a variabilelor care au determinat plângerea conform percepției clienților. Satisfacția clientului a fost dintotdeauna utilizată pentru determinarea externă a performanței. Sistemul experimental de management al satisfacției clientului în spital a fost conceput ca instrument inovativ de comunicare internă "de jos în sus", ce dezvoltă cultura organizatorică a profesioniștilor. Rețeaua de puncte selectate și calificate pentru primirea plângerilor distribuite echitabil între spital și teritoriu permite: 1) primirea clienților atunci când își exprimă dezamăgirea și rezolvarea plângerii; 2) schimbul continuu de informații între profesioniștii implicați în situații critice. Aceasta facilitează procesul specific de comunicare și intervențiile de îmbunătățire pentru prevenirea malpraxisului.

Introduzione

Sempre più spesso si sente parlare di casi di malasanità dovuti a errori medici, distrazione, poca esperienza del corpo medico, inadeguatezza degli impianti e molto altro. Recenti stime attestano in media circa 90 morti al giorno per casi di malasanità; decisamente troppi per un paese come l'Italia. In questa direzione, nel corso degli ultimi trent'anni, si è assistito ad una grande evoluzione del nostro Sistema Sanitario Nazionale. La prima tappa di tale evoluzione è stata la rincorsa all'efficienza che poneva l'attenzione prevalentemente sugli aspetti economici della sanità e, quindi, alla realizzazione delle attività attraverso un risparmio in termini di risorse impiegate.

Il passo successivo è stato la diffusione di una nuova attenzione rivolta all'efficacia, ossia alla realizzazione di quelle attività che fossero "quelle giuste" per il paziente o utente del sistema.

L'ultima fase di questa evoluzione, quella che sta attualmente vivendo il sistema sanitario, è rivolta a perseguire la qualità dell'assistenza sanitaria associandola ad una razionalizzazione dei costi, ovvero a ricercare il continuo miglioramento di ciò che il sistema sanitario realizza per la persona assistita. È ovvio che con la qualità dell'assistenza sanitaria si faccia ancora riferimento al perseguimento dell'efficienza e dell'efficacia, ma vengono introdotti ulteriori elementi quali la sicurezza, l'appropriatezza, l'equità di accesso e la partecipazione degli utenti attraverso la rilevazione della loro soddisfazione, la Customer Satisfaction. In questo contesto, la rilevazione della Qualità Percepita,

così come la gestione qualificata e tempestiva dei reclami, se opportunamente impiegati, possono, ancora di più integrandosi, costituire uno strumento efficace di prevenzione della Malpractice. A parziale consolazione c'è il fatto che il nostro Paese non è l'unico Stato ad essere colpito da questa piaga sociale. Infatti, sono molti i casi di Medical Malpractice (definizione inglese di malasantità) che affliggono gli Stati Uniti e gli altri Paesi europei. La Medical Malpractice sembra dunque essere un fenomeno sempre più globale e i pazienti non vengono tutelati come dovrebbe essere.

In Italia, le attività di rilevazione ed analisi della Qualità Percepita dei pazienti e di gestione delle loro segnalazioni di disservizio, nell'ambito della Pubblica Amministrazione, e quindi anche all'interno dell'azienda sanitarie pubbliche e private che erogano servizi di pubblica utilità, vengono coordinate dagli Uffici Relazioni Esterne e con il Pubblico (URP), istituiti con dal Decreto Leg.vo 29 del 3 febbraio del 1993, con funzioni di ricerca e analisi finalizzate alla formulazione di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza e di promozione ed attuazione di iniziative di comunicazione pubblica per la conoscenza di normative, servizi e strutture.

Il ruolo fondamentale dell'URP nella prevenzione della Malpractice si gioca quindi, oltre nell'integrazione tra la Customer Satisfaction ed i reclami, in un utilizzo proattivo dei dati raccolti. Il terreno fertile di tale integrazione diventa l'ambito di comunicazione della prevenzione e di lavoro di miglioramento del rapporto medico - paziente, attraverso la partecipazione sempre più attiva del cittadino, in forma singola o associata, all'attività di programmazione e valutazione dei servizi sanitari.

Materiale e metodi

Lo strumento utilizzato presso il nostro presidio ospedaliero per la rilevazione della Qualità Percepita della degenza è il questionario. Il questionario indaga soprattutto le dimensioni degli aspetti organizzativi ed interpersonali ricostruendo il percorso del paziente all'interno della struttura dall'accesso alla dimissione. È anonimo, autocompilato e articolato in venti domande inerenti la valutazione della Qualità Percepita dell'Assistenza ospedaliera per quanto riguarda:

- l'assistenza complessiva percepita;
- l'assistenza alberghiera;
- la valutazione del rapporto con il Personale Medico;
- la valutazione del rapporto con il Personale Infermieristico
- la valutazione del rapporto con le O.S.S

Il questionario comprende anche alcune informazioni di carattere socio-demografico (età, sesso, istruzione del rispondente) ed una domanda sulle informazioni ricevute durante la degenza in merito al rischio infettivo correlato all'assistenza e permanenza in ospedale.

Il questionario viene distribuito a tutti i degenti ricoverati presso i Dipartimenti ospedalieri - Dipartimento di chirurgia, Dipartimento di Medicina, Dipartimento dei servizi, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento di emergenza - da un infermiere o dal coordinatore Infermieristico in prossimità della dimissione. In caso di ricovero giornaliero in Day Surgery il questionario viene distribuito al momento dell'ammissione. Le domande richiedono, per lo più, l'indicazione di un giudizio su di una scala a quattro livelli (Molto, Abbastanza, Poco, Per Nulla), mentre per altre domande la risposta prevista è dicotomica (sì - no). La domanda conclusiva relativa a osservazioni, suggerimenti o critiche è aperta. Il paziente è invitato a compilare il questionario e inserirlo in un apposita cassetta collocata nell'atrio principale del Presidio.

I questionari compilati vengono raccolti e portati all'URP. Ogni questionario viene inserito con lettore ottico ed elaborato con il software SPSS, al fine di creare un database delle degenze organizzato per anno. L'utilizzo di SPSS permette la strutturazione di un database e l'elaborazione semplice/incrociata dei dati per ogni item di valutazione. Mentre l'indagine per la rilevazione della Qualità Percepita della degenza presso il Presidio avviene in modo continuativo, l'elaborazione dei dati avviene trimestralmente. Ogni dimensione presente sul questionario viene elaborata a livello di trend ospedaliero, poi, per le voci del questionario ritenute più significative, viene elaborato a livello di Dipartimento, struttura organizzativa complessa o semplice.

I risultati vengono tutti espressi in forma di percentuale, per favorire la facilità di lettura, l'immediatezza e la diffusione di conoscenza da parte di tutti gli operatori. L'obiettivo primario è fornire ai diversi contesti operativi solo le informazioni per loro necessarie e rilevanti.

Considerando che i questionari sulla Qualità Percepita dell'assistenza, e i dati legati al rapporto con il paziente, forniscono un importante contributo alla performance aziendale, implementano e sostengono una cultura gestionale "centrata sul paziente", facilitano la cultura del confronto attraverso l'analisi per reparto/dipartimento e sviluppano processi di integrazione tra la figura manageriale e quella clinica, si è giunti all'evidenza dell'importanza della realizzazione e dell'utilizzo di relazioni di restituzione dei dati almeno semestrali.

Non appena terminata l'elaborazione dei dati aziendali, le relazioni contenenti i risultati di ogni struttura ospedaliera e sanitaria vengono trimestralmente diffusi ai Medici Direttori di struttura e ai coordinatori Infermieristici di reparto tramite e-mail. La modalità scelta per la restituzione dei dati per struttura ospedaliera e sanitaria prevede: l'andamento ospedaliero rispetto a tutte le voci presenti nel questionario; l'andamento del proprio reparto rispetto alle voci ritenute più significative; le osservazioni e note libere dei pazienti riportate per quella struttura in calce al questionario. La restituzione dei dati deve infatti risultare chiara e significativa per quella realtà, affinché sia possibile tradurre in azioni specifiche e comportamenti organizzativi le informazioni ricevute.

Tale percorso viene poi integrato con una ulteriore funzione di tutela del paziente: la Gestione dei Reclami. La tutela si realizza a livello pratico attraverso il riconoscimento al cittadino della facoltà di presentare osservazioni, denunce e reclami contro atti e comportamenti che negano o limitano la fruizione delle prestazioni sanitarie. All'URP è dunque affidato il compito di raccogliere il reclamo e di gestire le procedure fissate dal regolamento per la risposta ai cittadini. L'inoltro dei reclami viene accettato in forma diretta (di persona o telefonicamente) o indiretta (tramite posta elettronica o fax). I tempi di risposta arrivano ad un massimo di trenta giorni, salvo i casi di maggiore complessità.

Quando la tipologia di reclamo lo consente, può essere opportuno, prima di avviare la procedura formale, tentare una soluzione contestuale del problema.

Una volta concluso l'iter procedurale, tutti i reclami e le segnalazioni vengono classificate principalmente secondo gli aspetti della qualità del servizio cui si riferiscono, quali: qualità tecnica, qualità relazionale, qualità organizzativa, qualità alberghiera o ambientale, tempi di attesa e informazione.

Il reclamo arriva ad assumere un duplice compito: risolvere, quando è possibile, il problema denunciato dal cittadino, evitando di creare corsie preferenziali per coloro che sporgono reclamo, e la promozione della qualità del servizio per evitare la ripetizione dello stesso disservizio, oltre all'avvio di azioni di miglioramento.

La procedura aziendale in alcuni casi prevede, a seconda della tipologia e della gravità del reclamo, il coinvolgimento di altre strutture, quali: la Direzione Medica Ospedaliera, la Direzione delle Professioni Sanitarie, l'Ufficio Qualità, la struttura Assistenza Legale.

Da circa due anni inoltre le Aziende Sanitarie del Piemonte si sono dotate di un ulteriore strumento per la risoluzione di controversie, caratterizzate da una forte componente umana e relazionale: le équipe di Ascolto e Mediazione dei Conflitti. Si tratta di un ulteriore percorso che è stato attivato parallelamente alla tradizionale procedura di Gestione dei Reclami, mirando a far emergere il punto di vista e il vissuto esperienziale di entrambe le parti coinvolte e cioè paziente e/o familiare e operatore.

Il percorso della "équipe" di solito prevede una prima fase di "ascolto" con colloqui individuali rispettivamente con il paziente e con l'operatore e, se entrambi acconsentono, ad una seconda fase di confronto denominata "mediazione", a cui può seguire un eventuale colloquio post mediazione.

Il team di ascolto e mediazione, composto da tre persone, si limita all'ascolto e mantiene una posizione neutrale, garantendo riservatezza, astensione da giudizi ed interpretazioni e da proposte di soluzioni e consigli.

La mediazione raggiunge il suo scopo non se gestisce il conflitto, ma se "mette in movimento" il conflitto, affinché l'apertura all'altro, che caratterizza il dialogo autentico, possa realizzarsi.

Risultati e discussione

La metodologia utilizzata si è rivelata ad alta riproducibilità presso altre organizzazioni sanitarie. Nel 2011 il sistema sperimentale di rilevazione della Qualità Percepita della degenza ha coinvolto 24 strutture sia complesse che semplici, 869 dirigenti e professionisti sanitari, il management aziendale. La valutazione dei risultati del quadriennio ha evidenziato, prima della sistematizzazione della rilevazione della Qualità Percepita e della sua analisi, un lieve trend negativo che ha fatto sì che molte delle voci del questionario dal 2006 al 2008 perdessero in media 3 punti percentuali, con una ripresa media, per contro, nell'anno 2009 che si è mantenuta sia nei trend che nel numero di restituzione dei questionari fino al 2011. La forte riorganizzazione Regionale ed aziendale negli anni, legata alla mancanza regolare della restituzione dei risultati per struttura e la perdita di sensibilizzazione nei confronti di questo strumento di cruscotto manageriale, aveva favorito la perdita di fiducia da parte dell'operatore in questo strumento.

Nel 2011 i degenti che hanno compilato il questionario sono stati 4.781, pari al 25% del totale ricoveri ordinari e DH (N=19.080). Si è evidenziato a tal proposito un trend positivo, vedi *figura 1*, che ha visto il passaggio di restituzione delle schede dal 19% del 2009 al 25% nel 2011.

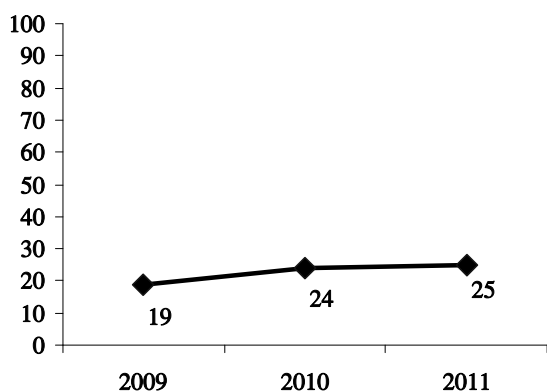


Figura 1. *Andamento della percentuale di ritorno dei questionari (calcolata sul numero dei ricoveri)*

I rispondenti si distribuiscono equamente nelle varie fasce d'età (figura 2), con un trend un po' più marcato nella fascia degli anziani, sopra i 65 anni, rispetto alla distribuzione d'età della popolazione biellese, 47% contro il 25,7%.

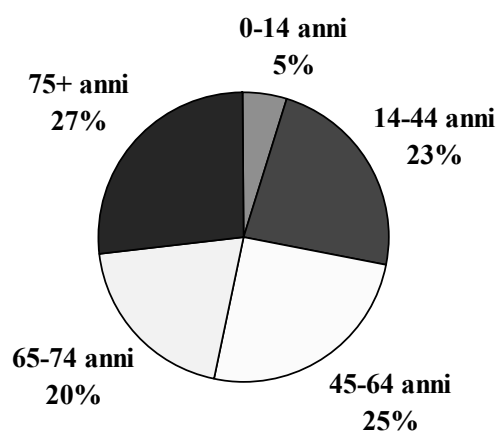


Figura 2. *Distribuzione delle risposte al questionario per fascia di età*

L'istruzione è un dato fondamentale per la costruzione di un questionario, l'interpretazione dei dati e gli interventi comunicativi. Nel 2011 il 67% dei rispondenti ha dichiarato di possedere un titolo di scuola elementare o licenza media. Tale dato ha evidenziato l'importanza di mantenere una comunicazione semplice in ambito sanitario. Per quanto riguarda invece le valutazioni delle singole dimensioni, l'ospitalità ha mantenuto risultati molto positivi e stabili sul 90% nelle voci "facilità all'orientamento" e "cortesia riscontrata all'ingresso in struttura". Di questa dimensione, la voce "informazioni sull'organizzazione del reparto" è quella che ha ricevuto maggiori punti negativi, nonostante comunque il valore globale di soddisfazione sia di circa l'80%. Anche per la dimensione dell'ospitalità i risultati non hanno evidenziato grandi variazioni dal 2009, nonostante sia proprio in questa parte della rilevazione che si registrano i dati più bassi di gradimento di circa il 70% per la "pulizia dei bagni" e

del 60% per "il vitto". Nella relazione con il personale sanitario sia per i medici che per gli infermieri la voce più apprezzata nel triennio è stata "l'educazione e la gentilezza", 90% in media, anche se gli infermieri hanno riportato un trend simile nella valutazione della voce "professionalità". Spesso per il paziente è più facile valutare la professionalità del professionista sanitario non medico che comunque garantisce con la propria vicinanza la continuità della cura durante il ricovero, che quella di un medico che magari viene visto solo al momento della accettazione, dimissione o giro di reparto dopo l'intervento di sala operatoria.

Come riportato e fortemente raccomandato in letteratura scientifica, la possibilità di raccogliere ed analizzare questo tipo di dati d'indagine per piccola unità operativa o struttura incoraggiando ogni reparto ad analizzare i propri risultati, incrementa esponenzialmente la partecipazione pro-attiva dell'operatore e la cultura organizzativa condivisa.

La possibilità di capire come si colloca la propria struttura rispetto all'andamento generale dell'azienda, come mai si hanno determinati risultati superiori/inferiori ad esso per i singoli aspetti, come le note riportate dai pazienti vengono sperimentate anche dagli operatori ed in che modo possono aiutare a migliorare il servizio offerto attraverso lo scambio di pratiche ed informazioni sono obiettivi che si vogliono raggiungere con la diffusione dei risultati. La sistematizzazione di elaborati sintetici che riportino le osservazioni dei pazienti, sia quelle espresse in termini positivi sia quelle espresse in termini negativi, indirizzano il personale coinvolto nell'assistenza rispetto a quanto di positivo o negativo è stato fatto nei tre mesi precedenti.

Per incrementare l'aderenza e la sensibilizzazione da parte degli operatori sanitari al sistema di rilevazione della Qualità Percepita della Degenza sono state inoltre pubblicate sull'Intranet aziendale delle diapositive riportanti le finalità del sistema ed affissi dei Poster presso i reparti.

Per quanto riguarda invece la Gestione dei Reclami, in questi ultimi anni di crisi della Pubblica Amministrazione si è registrato un incremento di maggior richiesta di attenzioni da parte dell'utenza. L'aumento dei reclami e delle denunce non sembra comunque, in generale, essere legato ad un peggioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, bensì a motivazioni più profonde, tra cui senz'altro una diversa percezione del concetto di diritto alla salute da parte dei cittadini, che nutrono sempre maggiori aspettative.

Il nostro obiettivo, quando arriva un utente, è quello di offrire ai cittadini e ai professionisti la possibilità di essere accolti ed ascoltati nelle

situazioni di conflitto, così da integrare i consueti percorsi di accertamento dell'evento segnalato con una maggiore attenzione alla persona, che vale, da un lato, a risolvere i vissuti di tradimento e abbandono sperimentati dal cittadino e i suoi sentimenti ostili verso l'organizzazione e, dall'altro, a far sentire all'operatore che l'ente non lo lascia solo a fronteggiare una situazione critica, ma si preoccupa della sua condizione professionale e personale.

Un aspetto non secondario è rappresentato dal fatto che la letteratura in materia sostiene che questo tipo di approccio associato al "team d'ascolto e mediazione" è in grado di ridurre il numero delle procedure giudiziarie e delle richieste di risarcimento, prevenendo eventuali danni in termini di immagine aziendale e di Malpractice.

Per riuscire ad entrare nello specifico e riuscire ad integrare i due sistemi, Customer Satisfaction e reclami, bisogna tener conto che a fronte di una realtà organizzativa complessa come quella di un'azienda sanitaria, si rende necessario cercar di tradurre in strumenti comunicativi semplici e altamente fruibili dagli operatori i dati raccolti.

Spesso una delle più rilevanti differenze nell'interpretare i dati e, quindi, nell'utilizzarli come informazioni utili al miglioramento e all'apprendimento organizzativo, si manifesta fra il ruolo del "management" e quello dei "clinici", considerando nel primo gruppo tutti quei soggetti che hanno prevalentemente responsabilità gestionali, economico-finanziarie ed amministrative e nel secondo chi è a diretto contatto con il paziente e deve assicurare gli interventi preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, e di promozione della salute e cioè i medici ed il personale sanitario.

Il primo problema di un sistema di rilevazione aziendale della Qualità Percepita della Degenza ospedaliera e della Gestione dei Reclami, che voglia rappresentare anche uno strumento di apprendimento organizzativo, è come arrivare a creare un "ponte" che colmi il "vuoto" sull'interpretazione dei dati tra l'approccio manageriale e quello clinico. La necessità riscontrata quindi dalla nostra organizzazione è stata, in quest'ottica, quella di andare oltre alla semplice misurazione e restituzione di dati relativi alla performance generale aziendale, per arrivare a fornire agli operatori delle informazioni chiare ed immediatamente evidenti sulla propria struttura che permettessero effettivamente di capire in quale punto del processo organizzativo intervenire per raggiungere il miglioramento organizzativo-assistenziale.

Non è semplice tuttavia parlare di "Qualità Percepita della Degenza" o di "Gestione dei Reclami"

data la multifattorialità del concetto. Il complesso rapporto che si instaura tra chi eroga i servizi sanitari e chi li riceve, spesso viene interpretato da punti di vista parziali o secondo chiavi di lettura che privilegiano esclusivamente un solo aspetto dello scambio che si instaura tra organizzazione e contesto esterno, rappresentato dagli utenti/pazienti. All'operatore sanitario è spesso richiesto di gestire più processi assistenziali in contemporanea: il telefono che suona, il paziente che aspetta, il dirigente che gli chiede una prestazione sanitaria urgente. L'operatore si trova quindi spesso in difficoltà nel percepire e rispettare il sentito e le aspettative del paziente. Dal canto suo il paziente spesso finisce per percepire la ricerca dell'efficienza gestionale dei diversi processi come una fredda mancanza di attenzione da parte dell'operatore nei confronti dei suoi bisogni ed aspettative assistenziali.

È frequente quindi che i professionisti sanitari sentano la difficoltà a fare comprendere ai pazienti/clienti aspetti e motivazioni di alcune scelte o alcune prassi, mentre i pazienti e/o le loro famiglie percepiscono di non aver trovato risposte soddisfacenti ai propri bisogni.

Ciascuno infatti interpreta la relazione attraverso le proprie categorie cognitive e il proprio modello interpretativo di "che cosa dovrebbe veramente essere un servizio di qualità". Il concetto di qualità è fortemente influenzato dalla cultura e dal vissuto sia dell'operatore che del paziente. Alla luce di questi importanti fattori diventa quindi fondamentale per l'organizzazione sanitaria facilitare un punto di convergenza tra il "vissuto e sperimentato dal paziente" ed il "vissuto e sperimentato dell'operatore".

Nonostante la normativa insista giustamente sull'importanza di inserire la Customer Satisfaction tra i fattori da rilevare e misurare come performance, è difficile operativamente obbligare un operatore a sensibilizzarsi ed agire di conseguenza. Anche lavorando attraverso lo sviluppo di forti meccanismi operativi organizzativi di tipo gerarchico – supervisione, sistemi incentivanti economicamente o punitivi – i risultati non sarebbero diversi. La normativa non può bastare da sola ad apportare dei cambiamenti in tale ambito, anche a fronte di una forte strutturazione verticale e gerarchica dell'organizzazione sanitaria. I veri cambiamenti si possono ottenere attraverso strumenti comunicativi e formativi che possano agire a livello di cultura dell'operatore sanitario e a livello di cultura organizzativa.

Il modo in cui ciascun operatore si comporta sul posto di lavoro è determinato sia da come lo stesso percepisce l'ambiente di lavoro in cui si trova, sia dal valore proprio di sé come singolo e come immagine

riflessa dall'organizzazione. se l'operatore ritiene di avere un ruolo fondamentale per l'organizzazione e se l'organizzazione è in grado di valorizzarlo per le sue competenze, la relazione che si instaurerà tra lo stesso ed il paziente, nonostante le difficoltà operative, sarà probabilmente di tipo positivo. Se viceversa l'operatore sanitario pensa a se stesso come ad un'appendice non funzionale e periferica dell'organizzazione, sarà difficile che la relazione operatore-paziente possa essere di tipo positivo. L'orientamento all'erogazione di un servizio inizia, quindi, non nel momento stesso in cui si verifica l'interazione con i clienti/pazienti esterni, ma è creata dai comportamenti e dalla cultura delle persone-operatori che trasmettono così ciò che l'organizzazione si aspetta, richiede, apprezza e valuta, ma soprattutto ciò che per l'operatore stesso è un valore.

È proprio tenendo presente anche questa ottica di continuo riscontro paziente-operatore-organizzazione che si è interpretato e costruito il sistema di rilevazione della Qualità Percepita dell'Azienda Sanitaria Locale di Biella e dell'integrazione continua con i dati ottenuti dalla Gestione dei Reclami. In considerazione del fatto che il miglioramento della qualità passa attraverso un riscontro positivo tra l'esperienza dell'operatore e quella del paziente, si è ritenuto fondamentale il coinvolgimento degli operatori nella valutazione dei risultati raggiunti dall'azienda sanitaria.

Gli operatori sanitari non vengono più considerati semplice punto di arrivo di informazioni trasmesse dagli Uffici di staff dell'azienda sanitaria, ma attori primari del cambiamento e miglioramento organizzativo. Sono loro che, grazie al loro vissuto quotidiano attraverso lo scambio di informazioni, pratiche e suggerimenti, aiutano l'organizzazione gerarchizzata a ridefinire e migliorare l'erogazione dei servizi, creando in tal modo una catena di miglioramento continuo che permette di colmare il gap tra le figure dirigenziali amministrative/uffici di staff ed il personale clinico-assistenziale e di arrivare con una loro partecipazione attiva a prevenire la Malpractice.

Affinché ci possa essere un'ottimizzazione dei risultati organizzativi la restituzione o il ciclo di controllo e miglioramento deve operare ai diversi livelli dell'organizzazione, attraverso team individuali, unità o dipartimenti. La figura del Dirigente organizzativo diventa a questo punto fondamentale punto di raccordo delle diverse e singole proposte organizzative. È attraverso la sua figura, ma con un approccio organizzativo "dal basso-verso l'alto", che i risultati e le informazioni ottenute vanno oltre i con-

fini del singolo team organizzativo legato all'unità, reparto o dipartimento di appartenenza, diventando delle prassi aziendali organizzative migliori. Molto semplicemente sono gli operatori che all'interno del proprio team lavorativo con un approccio organizzativo "dal basso verso l'alto" possono cambiare l'organizzazione in modo permanente e continuativo, mentre il Dirigente assume una posizione di "Vigile spartitraffico".

Le valutazioni ed integrazione dei risultati della gestione della Qualità Percepita e della Gestione dei Reclami richiedono uno sforzo importante sia da un punto di vista della pianificazione ed ideazione del progetto sia da un punto di vista della realizzazione ed organizzazione.

L'organizzazione sanitaria è un'organizzazione complessa costituita da numerose strutture che collaborano tra di loro per erogare i servizi. Il modo in cui ciascun operatore si comporta sul posto di lavoro è determinato sia dalla rappresentazione che l'operatore ha del proprio ruolo e del proprio ambiente di lavoro, ma anche da come l'organizzazione si rapporta con lui e lo valuta.

La qualità del servizio non si esaurisce quindi nella semplice erogazione dello stesso, ma è determinata anche dalla cultura organizzativa che deriva dalla visione che ciascun operatore ha del proprio ruolo/funzione e da quello che l'organizzazione gli chiede. Per erogare un servizio di qualità non è sufficiente rilevare la soddisfazione dell'utente/paziente, ma bisogna agire a livello di cultura organizzativa e sul senso e significato che gli operatori danno al proprio fare: il miglioramento della qualità passa anche attraverso un'integrazione tra l'esperienza dell'operatore e quella del paziente.

Quando l'operatore è insoddisfatto è difficile che il paziente possa percepire un servizio di qualità e dare un riscontro positivo.

Un sistema di rilevazione della Qualità Percepita che voglia non solo rappresentare una misurazione fine a se stessa attuata per adempiere alla normativa, deve essere concepito anche come uno strumento di apprendimento organizzativo, in grado di stimolare l'innovazione e il cambiamento.

A tal fine i dati derivanti dalla rilevazione della soddisfazione del paziente/utente devono prima di tutto essere restituiti periodicamente alle strutture, in modo da poter essere oggetto di riflessione da parte degli operatori, i quali li potranno integrare con la loro percezione ed utilizzare costruttivamente per progettare azioni migliorative o di cambiamento, così come per dare un riscontro sullo stesso strumento di rilevazione.

Conclusioni

La restituzione dei dati e la conseguente analisi in seno alle strutture permettono agli operatori di scambiarsi informazioni, pratiche e suggerimenti, innestando processi di riflessione in grado di orientare l'azione operativa del singolo operatore e di contribuire alla creazione di una cultura organizzativa orientata all'apprendimento.

È importante che di fronte ai risultati della rilevazione gli operatori siano stimolati ad essere pro-attivi e a porsi domande.

Per chiudere la catena del miglioramento in un'ottica condivisa di prevenzione della Malpractice, è indispensabile che le risposte a tali domande siano tradotte in possibili azioni e che tali azioni siano proposte ai livelli dirigenziali, affinché l'organizzazione diventi sempre più una realtà sentita da tutti ed in cui tutti possano riconoscersi ed agire.

Bibliografia

1. Anessi Pessina E., Cantù E. *Rapporto OASI 2003. L'azienda e la qualità della sanità in Italia.*, CERGAS, EGEA, Milano, 2003.
2. AslBi, *Bilancio sociale e di Missone 2006-2008*, Biella: 2009.
3. Benn J., Koutantji M., Wallace L., et al. *Feedback from incident reporting: information and action to improve patient safety*. Qual. saf. health care, 2009; 18(1):11-21.
4. Brioschi D., Menegon F., Alastra V. *Il sistema sperimentale di rilevazione della qualità percepita della degenza presso il Presidio Ospedaliero dell'AslBi*, QA, 2010, 20(3).
5. Davies H. *Us health care providers improvement: internal responses to external data by Public release of performance data and quality*. Qual. saf. health care, 2001; 10:104-110.
6. Dickinson E. *Using marketing principles for healthcare development*. Qual health care, 1995; 4:40-44.
7. Elefanti M., Brusoni M., Mallarini E. *La qualità nella sanità. Total Quality Management, Accreditamento, certificazione*. CERGAS, EGEA, Milano, 2003.
8. Faccioli F. *La comunicazione pubblica e cultura dei servizi. Modelli, attori, percorsi*, Carrocci, Roma, 2000.
9. *Focus – customer satisfaction, siamo cittadini o clienti? Riflessioni intorno al tema della qualità dei servizi*. Febbraio 2009. Disponibile su: <http://www.qualitapa.gov.it/customer-satisfaction>.
10. Giovoni C., Mallarini E., Rappini V. *Lo sviluppo della funzione di marketing*. Rapporto OASI 2003. CERGAS, EGEA, Milano.
11. Grandi R. *La comunicazione pubblica. Teorie, casi e profili normativi*. Carrocci, Roma, 2003.
12. Intervista a Patrick Staes e Nick Thijs – eIPA, 2008. Disponibile su <http://www.qualitapa.gov.it/nc/services/news/article/intervista-a-patrick-staes-e-nick-thijs-eipa>
13. IstUD, *Il Marketing in sanità*, 2008.
14. Jenkinson C., Coulter A., Bruster S, Richards N., Chandola T. *Patients' experiences and satisfaction with health aspects of care care: results of a questionnaire study of specific aspects of care*. Qual. saf. health care, 2002; 11:335-339.
15. Kline T.J.B., Wellness C., Ghali W.A. *Predicting patient complaints in hospital settings*. Qual. saf. health care, 2008; 17:346-350.
16. Lovelock C., Wirtz, J. *Services Marketing: People, technology, strategy*. Upper saddle river, Prentice Hall; New Jersey, 2004.
17. Penna A., Fonte GG. *Valutazione della Qualità Percepita dei servizi ospedalieri 2003-2004*. AslBi, Biella.
18. *Presentation abstracts from the International Forum on Quality and Safety*, April 2008, Paris, France. Qual. Saf. Health Care, 2008; 17:4-235 doi:.
19. Reeves R., Seccombe I. *Do patient surveys work? the influence of a quality-improvement initiatives national survey programme on local*. Qual. saf. health care, 2009; 17:437-441.
20. Rovinetti A. *Comunicazione pubblica Sapere e Fare*, Il Sole 24 ore; Libri di Guida Agli Enti Locali.
21. Smith T. *Organisational behaviour, relationship between quality and safety*. Qual. saf. health care, 2002; 11:98-119.
22. Spencer E., Walshe K. *National Quality improvement policies and strategies in European healthcare systems*. Qual. saf. health care, 2009; 18:22-27.
23. Stevens D.P. *Quality Lines*. Qual. saf. health care, 2007; 16(1):1.
24. Wadhwa S.S. *Customer Satisfaction and Health Care Delivery Systems: Commentary with Australian Bias*. The Internet Journal of Health. 2002; 3(1) DOI: 10.5580/47a.

L'ALTERNATIVA
ALL'INTERVENTO DEL GIUDICE
NELLA RISOLUZIONE DEI CONFLITTI NEL
SISTEMA SANITARIO: IL CASO DELL'ITALIA

Monica DE ANGELIS,
Facoltà di Economia
G. Fuà, Università Politecnica Marche

Summary

The alternative to the judge intervention in the revolution of conflicts in the healthcare system: the case of Italy

The alternative dispute resolution (ADR) has proven effective as a mechanism for the resolution of conflicts in many countries, which has led Italy to make its use mandatory in some areas, such as in the health sector. The application of conciliation - one of the ADR models - in this area is still at the beginning (although, over the last few years, there have been instances of implementation of this model both in some Italian regions and in specific professional areas): in fact the data are not good but it is worth noting that the success of conciliation will be greater if there are key conditions, namely a general belief in the suitability of these tools, a direct and indirect involvement of health bodies, the real intention of the parties to resolve the dispute. This holds true without mentioning, then, that the way/model of conciliation is much less expensive than legal proceedings, the first having -however- a purpose of "prevention" in relation to a definitive opposition between parties, the second having a "therapeutic" function against a "pathology" already arisen.

Rezumat

Alternativa la intervenția judecătorului în rezolvarea conflictelor din sistemul sanitar: cazul Italiei

Eficacitatea metodelor alternative de rezolvare a conflictelor (alternative dispute resolution sau ADR) în unele țări a dus la utilizarea acestora și în Italia, fiind obligatorie în anumite cazuri, ca, de exemplu, în sistemul sanitar. Aplicarea concilierii - una dintre metodele de ADR în acest sector - este încă la început, chiar dacă, de câțiva ani, în Italia există unele experiențe la nivel regional sau instituțional. Trebuie însă remarcat faptul că succesul concilierii depinde de cât de puternică este convingerea generală că acest gen de instrumente funcționează, de implicarea directă și indirectă a structurilor sanitare, de voința concretă a părților de a contribui la soluționarea litigiului. Recurgerea la conciliere este, cu siguranță, mai ieftină decât calea judiciară. De altfel, concilierea are ca "finalitate" prevenirea unei contra-poziții definitive a părților, în timp ce cea de-a doua cale are o funcție "terapeutică" față de o "patologie" deja existentă.

Introduzione

Negli ultimi anni le attività di mediazione (in Italia definite tradizionalmente "conciliative") sono aumentate quasi in maniera esponenziale. A parere di molti, la crescita dell'utilizzo di tale strumento è ricollegabile all'esigenza di rispondere alle disfunzioni del modo più tradizionale di fare giustizia. Parlare di composizione stragiudiziale dei conflitti e più in generale di *alternative dispute resolution* (ADR) significa, fondamentale, riferirsi ad una serie di modalità alternative di risoluzione delle controversie, sia giudiziali che stragiudiziali, basate sul minimo comun denominatore di sostituire la pronuncia di un organo giurisdizionale con accordi tra le parti in conflitto che contengono soluzioni soddisfacenti per tutti i contendenti [Varano, 2007].

Va subito rilevato che tutte le fattispecie di ADR non sono di immediata individuazione perché multiformi, spesso non realmente alternative alla giustizia esercitata nella maniera tradizionale. Ad esempio: conciliazione ed arbitrato rientrano entrambi nei metodi ADR, ma sono alquanto diversi. Meglio sarebbe allora associare il fenomeno ADR, più che all'idea di giustizia alternativa, all'idea di *un modo differente di giudicare* [Șuștac, Ignat, 2008].

Le radici del *modo diverso di giudicare* si trovano in USA e risale al lontano 1926 l'istituzione della *American Arbitration Association*, che oggi gestisce un numero assai elevato di arbitrati. La culla della conciliazione (da qui l'utilizzo tradizionale del termine), invece, si trova proprio in Italia, ed esattamente nel primo Codice di procedura civile del 1885, anche se, *de facto*, essa non troverà alcun riscontro - salvo qualche eccezione - nella pratica processuale italiana. In Italia l'*altra giustizia* si è diffusa solo settorialmente: ad esempio, nell'ambito sportivo, ove viene istituita la Camera di conciliazione e arbitrato dello sport. Nel novoro delle esperienze italiane di conciliazione *tout court* va inserita, anche, l'attività conciliativa svolta dall'*ombudsman* e quella svolta dalle Camere di Commercio (CCIAA).

La varietà di strumenti contenuti nella voce unificante di ADR non è - chiaramente - caratteristica solo italiana e, al fine di semplificarne lo studio, ormai da diverso tempo si è affermata, anche a livello internazionale, la tendenza a distinguere tra metodi alternativi cosiddetti *adjudicative* (metodi valutativi che portano ad una vera e propria decisione pronunciata da un soggetto terzo - che però non è un giudice nel senso classico del termine) e *non adjudicative* (metodi conciliativi che affidano la soluzione alla cura delle parti): la mediazione costituisce l'esempio classico del

metodo conciliativo mentre l'arbitrato rappresenta il prototipo di quello valutativo.

Le varie modalità riconducibili al metodo *non adjudicative* hanno avuto, in generale, maggiore successo probabilmente perché si crede nell'assunto secondo il quale per qualunque lite si può tentare la ricerca di una soluzione concordata tra le parti evitando l'imposizione di una decisione arrivata dall'alto, da parte di un organo giudiziale. Anche in sede comunitaria – da anni – viene sottolineata l'importanza e l'eterogeneità dei metodi ADR: i meccanismi segnalati per risolvere le controversie possono andare da decisioni vincolanti ad accordi tra le parti. Le procedure hanno caratteristiche diverse e sono più o meno efficaci a seconda delle circostanze. Quale di tali procedure sia più appropriata dipende dalla natura della controversia da risolversi. In tutti i metodi conciliativi, comunque, l'idea di fondo è che le parti non necessariamente vanno considerate come rivali, con interessi opposti, ma essendo leali avversari possono pervenire ad un accordo equo, facilitato da un terzo che fa da mediatore e la cui azione è volta fundamentalmente a dare coerenza ed equilibrio al rapporto conflittuale. Sulla presunta incompatibilità degli interessi delle parti si applica, in pratica, l'opera *maietica* del mediatore che è tutta tesa alla ricerca di una soluzione. Infatti, si può dire che la conciliazione ha un senso e una probabilità di riuscita in quanto fondata sulla volontà delle parti di pervenire ad un accordo finale destinato a dirimere la lite e sulla professionalità del terzo nel condurre la trattativa.

Nel parlare di modelli extragiudiziali di risoluzione delle controversie, l'elemento della volontà risulta fondamentale. Sulla base di questo canone, si possono enucleare tre diversi modelli di ADR: la *conciliazione*, la *mediazione* e l'*arbitrato*. In Italia la prima sembra essere la più utilizzata. Tuttavia il successo della conciliazione è stato fino a poco tempo fa ben lontano dal livello che il legislatore avrebbe voluto raggiungere e a ben poco è valsa l'introduzione dell'obbligatorietà di esperirne il tentativo (come nel processo del lavoro): ciò probabilmente perché, nel nostro Paese, manca sia una cultura della conciliazione, sia la reale volontà delle parti di raggiungere l'accordo al di fuori dell'antagonismo tipico del processo. Laddove, invece, esiste forte la consapevolezza comune della necessità di risoluzione del dissidio, la conciliazione funziona ed elementi come la velocità del procedimento ed i bassi costi ne agevolano la richiesta e l'impiego (un esempio in positivo è dato, come accennato, dal settore dello sport).

L'arbitrato si colloca al lato opposto rispetto alla conciliazione: in questo modello ci si affida ad un terzo per l'emanazione di una decisione che può avere l'efficacia di una sentenza. L'arbitrato incontra due limiti importanti: non si può imporre per legge perché diversamente si va a limitare l'autodeterminazione delle parti; è spesso associato a un procedimento costoso, soprattutto per le pubbliche amministrazioni [Cassese, 1996]. Vi è infine

la mediazione, definibile quasi *modalità di mezzo*. Il mediatore, il terzo, a differenza del conciliatore che verifica solo se c'è la possibilità di accordarsi, esprime una valutazione sull'esito della lite; ma non è un arbitro in quanto il mediatore non decide nel senso tecnico del termine (infatti se le parti non si accordano si avvia il processo).

Nella dottrina italiana si è cominciato a parlare di mediazione per prendere le distanze da quei modelli di conciliazione già presenti nell'ordinamento ma con poco successo e per avvicinarsi alla *mediation* del mondo anglosassone. Sia la conciliazione che la *mediation*, comunque, sono metodi non formali di risoluzione delle controversie in cui si cercano soluzioni innovative, non codificate: il terzo assiste le parti nell'identificare e articolare gli interessi in gioco, le priorità e i bisogni di tutti. Nel giudizio davanti al giudice, invece, sulla base delle regole processualistiche, è negata la possibilità di un confronto diretto fra i protagonisti; la struttura del procedimento impedisce che gli aspetti relazionali e i vissuti soggettivi delle parti siano affrontati e ricomposti. Nel giudizio, si seguono percorsi che si concludono con una sentenza la quale, pur ponendo fine alla controversia, lascia aperto e irrisolto il conflitto tra i protagonisti. Il ricorso alla *conciliazione* sembra più adatto a fornire risposte adeguate e maggiormente corrispondenti ai bisogni delle parti, creando le condizioni affinché le parti stesse, ristabilita la comunicazione, possano assumere atteggiamenti collaborativi e non più contrapposti. Le potenzialità di uno strumento conciliativo sono molteplici, da qui la decisione del legislatore italiano di impiegarlo in settori che hanno caratteristiche particolari, come il settore sanitario.

Materiali e metodi

Fatta questa premessa, si procede ora ad analizzare brevemente la normativa italiana per verificare come il fenomeno dell'ADR è stato accolto in funzione della sua applicazione nel settore sanitario. Si procederà, quindi, con la presentazione di alcune esperienze che hanno anticipato lo stesso legislatore e che consentono di esprimere una prima valutazione sugli effetti prodotti dall'utilizzo di tali strumenti alternativi.

Non si può negare che una delle prime difficoltà che si incontra al momento di analizzare la mediazione o la conciliazione è quella di definirne i contorni: semplificando si può sostenere che in Italia si riserva il termine conciliazione all'ambito civile, commerciale e del lavoro e quello di mediazione al settore familiare, sociale, educativo e penale; nella prassi, poi, i due termini vengono spesso utilizzati in maniera equivalente. Per la definizione della fattispecie "conciliazione" giova prendere in considerazione quanto indicato nell'art. 1, comma 3 del *Model Law on International Commercial Conciliation*: «Ai fini della presente legge, per "conciliazione" si intende una procedura, a prescindere dal termine con cui ci si riferisce ad essa, quale conciliazione, mediazione

o un'altra espressione di significato equivalente, tramite la quale le parti richiedono l'assistenza di un terzo o terzi nel tentativo di raggiungere un accordo amichevole rispetto ad una controversia derivante da o in relazione ad un rapporto contrattuale o un altro rapporto legale. Il conciliatore non ha il potere di imporre una soluzione della controversia alle parti». La definizione punta a mettere in rilievo le caratteristiche della procedura: l'obiettivo è trovare per tutte le parti un accordo vantaggioso, frutto del processo di mediazione di un *terzo* neutrale. Nel *Model Law Conciliation* emerge quello che sostanzialmente differenzia la conciliazione/mediazione (qui non si fa differenza fra i termini) dal processo ordinario di risoluzione delle controversie (e anche dall'arbitrato): le parti si sforzano di trovare una soluzione comune e si impegnano ad adottarla direttamente, senza alcuna imposizione esteriore di giudici o arbitri. La strategia del *terzo* si deve concretizzare e focalizzare, dunque, nell'evitare che il conflitto si complichino ulteriormente, facendo prevalere un'animosità incontrollata tra le parti; il *terzo* utilizza attivamente diverse tecniche di comunicazione e negoziazione per guidare le parti alla realizzazione di un accordo costruttivo realistico (prendendo ad esempio in considerazione la condizione finanziaria delle parti), adoperando al massimo la tecnica dell'argomentazione: egli deve giocare un ruolo attivo (anche perché, nel quadro delle procedure extragiudiziali, le parti agiscono spesso senza l'assistenza di un consulente legale) che gli consenta di vagliare tutti gli elementi utili alla risoluzione della controversia. Il conciliatore/mediatore deve tenere conto delle persone che ha di fronte, della componente umana e comportamentale e non solo delle ragioni giuridiche per addivenire ad un risultato appagante per tutti. Ed è proprio la soddisfazione delle parti che dovrebbe indirettamente produrre un effetto deflattivo sul contenzioso tradizionale, tanto più nelle società multiculturali moderne (con pluralità di valori, di istanze, di ruoli), dove, peraltro, si possono creare più facilmente conflitti e le regole del diritto possono risultare meno efficaci.

L'influenza delle norme comunitarie

Nella messa a punto delle regole italiane dell'ADR si è tenuto conto delle norme comunitarie, le quali non indicano tassative modalità di strumenti alternativi, né prediligono un metodo piuttosto che un altro. L'attenzione cade sui principi fondamentali della giustizia alternativa fra cui: indipendenza e imparzialità degli organi di ADR; garanzia del contraddittorio; efficacia della procedura (gratuità o costi moderati della procedura, tempi brevi per l'adozione della decisione); consequenzialità fra tutela stragiudiziale e giudiziale (conformemente all'articolo 6 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo secondo cui l'accesso ai tribunali è un diritto fondamentale). Si nota l'incoraggiamento allo sviluppo di un'ampia gamma di soluzioni flessibili proporzionate al problema da risolvere. Una serie di

precisazioni volte a specificare i contorni dei diversi modelli si ritrovano nel Libro verde del 19 aprile 2002: a) viene escluso l'*arbitrato* dalle procedure non giurisdizionali di risoluzione delle controversie condotte da una parte terza neutrale; b) sono escluse dall'ambito di applicazione delle metodiche di ADR le questioni relative ai diritti indisponibili e all'ordine pubblico (diritto delle persone e di famiglia, diritto della concorrenza, etc.); c) i termini utilizzati in modo più corrente nella pratica e nelle legislazioni nazionali - ossia mediazione e conciliazione - vanno impiegati in maniera sistematica solo nel contesto di una legislazione nazionale particolare. La normativa comunitaria, in sostanza, lascia ai singoli Stati la definizione, l'articolazione e la differenziazione delle varie tipologie di ADR, limitandosi a stabilire quelli che sono i principi base cui le diverse procedure devono ispirarsi [Floch, 2007].

La recente normativa italiana

Il legislatore italiano solo recentemente - e precisamente con l'art. 60 della legge n. 69/2009 (*Delega al Governo in materia di mediazione e di conciliazione delle controversie civili e commerciali*) e con il suo decreto legislativo di attuazione, il d.lgs. n. 28 del 2010 - ha offerto una cornice organica alla conciliazione stragiudiziale, a legislazione invariata. Ed infatti, nel prevedere al comma 2 che la riforma "nel rispetto e in coerenza con la normativa comunitaria e in conformità ai principi e criteri direttivi di cui al comma 3, realizza il necessario coordinamento con le altre disposizioni vigenti", genera effetti su tutte le fattispecie conciliative già contemplate nell'ordinamento. Il legislatore precisa poi che l'oggetto delle controversie deve riguardare diritti disponibili, non dovrà essere precluso l'accesso alla giustizia e occorrerà prevedere che la *mediazione, finalizzata alla conciliazione* ("media conciliazione") [Gerardo, Mutarelli, 2009], sia svolta da organismi professionali e indipendenti, stabilmente destinati all'erogazione del servizio di conciliazione: a tal fine verrà istituito presso il Ministero della giustizia un Registro degli organismi di conciliazione. Nello stesso articolo si prevede altresì la possibilità per i Consigli degli ordini degli avvocati di istituire, presso i tribunali, organismi di conciliazione che, per il loro funzionamento, si avvalgono del personale degli stessi Consigli. Organismi di conciliazione potranno essere istituiti anche presso i Consigli degli ordini professionali (quindi medici, infermieri, etc.) per le controversie in particolari materie. È rimarcato poi il dovere dell'avvocato, prima dell'instaurazione del giudizio, di informare il cliente della possibilità di avvalersi dell'istituto della conciliazione. Il legislatore, infine, oltre a prevedere l'efficacia esecutiva del verbale di conciliazione, non manca di includere incentivi, ovvero forme di agevolazione di carattere fiscale o relative alle spese processuali, e di indicare tempi brevi per le procedure (infatti, in osservanza dell'esigenza di diminuire i tempi della giustizia è stabilito

che il procedimento di conciliazione non possa avere una durata eccedente i quattro mesi).

Nel distinguere fra mediazione e conciliazione, il citato art. 60 tende quasi a sovrapporre le due fattispecie, forse con l'intenzione di "voler traghettare" questi due modelli senza traumi verso una terminologia internazionalmente consolidata e stabilizzare definitivamente i principi fondamentali sulla conciliazione sanciti a livello sovranazionale, come la riservatezza, l'efficacia del verbale, la vincolatezza delle clausole, gli incentivi economici, etc.

Con l'emanazione del d.lgs. n. 28 del 2010 si dà attuazione alla delega conferita al Governo (art. 60 citato) relativa all'introduzione della mediazione finalizzata alla conciliazione. Con tale provvedimento si stabilisce, per la prima volta, una disciplina generale sulla materia, apportando alcune importanti modifiche rispetto al contesto normativo precedente. La finalità ultima del decreto è quella di utilizzare questo modello come strumento deflattivo del contenzioso giudiziario ordinario: ciò è evidente scorrendo l'elenco delle materie (art. 5, comma 1) per le quali la mediazione costituisce condizione di procedibilità a partire dai 12 mesi successivi dall'entrata in vigore del provvedimento; si tratta di materie ad alto tasso di litigiosità e per le quali si registra un altissimo ricorso alla giustizia ordinaria: si va dal condominio e le successioni ereditarie, al risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli alla responsabilità medica. In tutte le altre materie la *mediaconciliazione* potrà essere avviata su base volontaria, sia prima che durante il processo: il decreto prevede, infatti, che una delle parti in qualsiasi momento possa depositare una domanda di mediazione presso un organismo accreditato per la risoluzione della controversia. E' altresì previsto che la *mediaconciliazione* possa essere sollecitata dal giudice. In pratica, quando il processo è stato già avviato, il giudice, valutati elementi come la natura della causa e il comportamento delle parti, può invitare i soggetti convenuti a ricorrere agli organismi di mediazione. Se le parti aderiscono all'invito del giudice il processo verrà rinviato per il tempo necessario.

Schematizzando le previsioni del decreto n. 28/2010, è possibile, quindi, distinguere due diverse modalità di mediazione finalizzata alla conciliazione: una prima definibile "facilitativa", nel quale il mediatore aiuta le parti al raggiungimento di un accordo sul loro rapporto; una seconda di tipo "aggiudicativo", che consiste nella proposta di conciliazione da parte del mediatore qualora l'accordo non venga raggiunto spontaneamente.

Resta ovviamente salva la facoltà delle parti di decidere se accettare o meno la proposta e ciò perché, a prescindere dalle modalità con cui si raggiunge l'accordo, occorre tenere sempre in mente che il presupposto logico della conciliazione risulta essere la condivisione dei risultati, per il raggiungimento dei quali bisogna avere la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti (le parti, i consulenti delle parti e il mediatore).

Oltre a tracciare un quadro normativo generale della mediazione e del relativo procedimento e a porre la conciliazione quale condizione di procedibilità, il d.lgs. n. 28 del 2010 disciplina in modo originale anche gli organismi di mediazione e il ruolo svolto dagli ordini professionali: l'art. 16 infatti prevede che gli enti pubblici o privati che diano garanzia di efficienza e serietà, su istanza della parte interessata, possono costituire organismi deputati a gestire il procedimento di mediazione relativa ad una controversia civile e commerciale, vertente su diritti disponibili. In questo ambito un ruolo importante è giocato dagli ordini professionali che, avendo la possibilità di istituire organismi di conciliazione nelle materie riservate alla loro competenza (art. 19), provvederanno alla diffusione e alla concreta applicazione dello strumento della mediazione.

Riassumendo, si può dire che l'attuazione della conciliazione in Italia è il frutto del fallimento della conciliazione giudiziale prevista dal Codice di procedura civile, della perdurante lentezza della giustizia civile ordinaria e della spinta alla diffusione di questo istituto proveniente sia dal livello internazionale che comunitario. Come visto, il codice di procedura civile italiano conosce da sempre l'istituto del tentativo di conciliazione che viene affidato al magistrato (conciliazione giudiziale). Tuttavia, laddove il tentativo è esperito, esso è vissuto come un intralcio, dal momento che la procedura giudiziale è ormai avviata e tendente a perseguire risultati di altro tipo, non certamente conciliativi. Peraltro, tale tentativo è guidato da un soggetto, il giudice, che non ha una specifica preparazione sulle tecniche conciliative: non si può negare infatti che è difficile far convivere nello stesso soggetto l'atteggiamento del conciliatore, il cui scopo precipuo è quello di favorire l'accordo tra le parti, e lo stile del giudice che, in caso di esito negativo del tentativo di conciliazione, sarà chiamato ad esprimersi giudizialmente sulla stessa controversia. L'idea che il conciliatore non appartenga al potere giudiziario trova anche in ciò le sue ragioni: il tentativo di accordo avviene al di fuori di un giudizio e la gestione della conciliazione è affidata ad un soggetto che *professionalmente* funge da mediatore.

Del resto vi era ormai da tempo la consapevolezza della scarsa idoneità dei tradizionali strumenti processuali a garantire una tutela effettiva per quelle posizioni giuridiche soggettive ritenute diritti essenziali di ogni cittadino in quanto consumatore o utente dei beni e servizi immessi sul mercato, ciononostante va notato che la diffusione delle pratiche conciliative si è avuta soprattutto nell'ambito civile e commerciale, con una decisa sproporzione rispetto alla sfera più tipicamente amministrativa: forse perché nel rapporto fra pubbliche amministrazioni e utenti risultano già sulla carta una serie di strumenti volti a filtrare i ricorsi giurisdizionali (difensore civico, carta dei servizi, URP, etc.). L'utilizzo di tali strumenti, tuttavia, non ha prodotto e non produce gli effetti sperati e dunque si potrebbe presumere che presto l'istanza di un maggiore uso delle ADR investirà con più forza le pubbliche amministrazioni.

Risultati e discussione

Si procede ora con la presentazione di una serie di dati relativi all'applicazione della conciliazione nel settore sanitario insieme ad una serie di progetti che hanno precorso l'attivazione per legge di questo metodo ADR.

La conflittualità tra pazienti e operatori sanitari è un fenomeno in crescita al punto tale che si registra un consistente aumento delle richieste di risarcimento danni da presunta responsabilità professionale medica; si ricorre all'autorità giudiziaria, canalizzando tali controversie nei processi civili e penali e si generano pesanti conseguenze (come la cosiddetta medicina difensiva) che incidono sul rapporto fra classe medica e collettività.

Con l'entrata in vigore del d.lgs n. 28/2010, il legislatore italiano ha offerto una ulteriore modalità per affrontare l'assai complesso fenomeno della malasanità. Si introduce, come visto, la responsabilità medica tra le materie per le quali il ricorso alla *media-conciliazione* è obbligatorio a pena di improcedibilità. In realtà l'obbligo sembra estendersi a qualsiasi altra causa che contempli un danno da responsabilità in ambito sanitario: in ogni caso, si apre un varco ad un differente modo di affrontare certi tipi di conflitti, ristabilendo probabilmente la centralità della relazione medico-paziente, una relazione assolutamente ignorata dall'approccio giudiziale. Nel processo davanti al giudice, si seguono percorsi che si concludono con una sentenza la quale, pur ponendo fine alla controversia, lascia aperto e irrisolto il conflitto tra i protagonisti. Il ricorso alla *mediaconciliazione* potrebbe rivelarsi, sotto questo profilo, più adatto a fornire risposte adeguate e maggiormente corrispondenti ai bisogni dei pazienti.

Le potenzialità di uno strumento conciliativo sono molteplici; la sua applicazione in ambito sanitario potrebbe declinarsi in vari modi e trovare impieghi nuovi. Tuttavia il percorso di conciliazione in ambito sanitario è tutto da inventare. Il modello che esiste in Italia, infatti, è quello utilizzato in campo commerciale: si tratta di un modello che può essere preso come base di riferimento, ma va in buona parte riscritto e adeguato alla complessità delle controversie del settore sanitario, tenendo in buon conto le sperimentazioni già avviate nel contesto nazionale. La conciliazione in sanità dovrebbe, comunque, non solo ristabilire la centralità della relazione medico-paziente, ma dovrà riconoscere anche un ruolo di rilievo alle compagnie assicurative, la cui partecipazione è altrettanto centrale e determinante per la buona riuscita dell'intera procedura. L'esperienza acquisita gioca un ruolo chiave, così per costruire il percorso conciliativo migliore nel settore sanitario bisogna

sfruttare le competenze professionali già esistenti in materia di sinistro medico-sanitario: non si può quindi prescindere, ad esempio, dall'apporto dei manager assicurativi e dei dirigenti ospedalieri che da anni si occupano di *risk management*. Il primo nodo da sciogliere, tuttavia, sembra essere la definizione e l'ambito di preparazione del mediatore: dovrebbe essere un bravo *psicologo*, esperto in comunicazione nonché in tecniche di negoziazione e, non da ultimo, capace giurista con doti di saggezza e autorevolezza. Merita sottolineare, infatti, che la conciliazione non si improvvisa, dovendo essere esercitata da figure professionali esperte sia dell'oggetto della lite che delle tecniche di mediazione e che proprio questa caratteristica costituisce il punto di forza del modello ed è tra le principali ragioni del successo raccolto in altri Paesi. Si tratta di una sfida, i risultati della quale potranno essere visti con il tempo.

Le esperienze

Per costruire il modello di conciliazione specifico per il settore sanitario è utile considerare le esperienze fatte e/o in corso.

1. L'esperienza della Regione Veneto

Fra quelle degne di menzione va ricordata l'attività collegata all'attuazione della legge della regione Veneto del 31 luglio 2009, n. 15 "*Norme in materia di gestione stragiudiziale del contenzioso sanitario*". La disciplina reca disposizioni ispirate principalmente dalla crescita esponenziale delle controversie sanitarie in tema di *malpractice* e volte ad arginare il fenomeno della c.d. *overcompensation*, cioè l'aumento dell'entità dei risarcimenti e del contenzioso. L'*overcompensation* produce una ulteriore preoccupante conseguenza riassumibile nella *overdeterrence* della classe medica e della struttura ospedaliera: in sostanza, il rischio di subire procedimenti giudiziari ed eventualmente condanne per il risarcimento dei danni provocati, indurrebbe i medici ad abbandonare le specialità più a rischio o a ricorrere ad esami diagnostici superflui prima di ogni intervento azionando il citato meccanismo della medicina difensiva. Ciò determinerebbe un aumento dei rischi a carico della salute del paziente, dei costi per la spesa sanitaria e dei premi assicurativi o, addirittura, nel rifiuto di assicurare medici operanti nei settori maggiormente esposti al rischio di richieste di risarcimento danni [Pinchi, 2009].

La regione Veneto ha inteso fissare regole volte proprio a porre rimedio all'aumento dei premi assicurativi e a contenere il fenomeno della medicina difensiva: è stato messo a disposizione dei cittadini e delle aziende sanitarie pubbliche e di quelle private accreditate uno strumento tecnico-giuridico di faci-

litazione e di supporto delle trattative che i soggetti interessati possono liberamente intavolare al fine di individuare soluzioni condivise in relazione a pretese risarcitorie nascenti da attività sanitaria, consentendo agli utenti un più rapido soddisfacimento delle proprie richieste ed alle amministrazioni sanitarie una riduzione del peso finanziario ed amministrativo dovuto a lunghi e costosi contenziosi. Su questa legge è intervenuta anche la Corte Costituzionale (Sentenza 14.5.2010, n. 178), stabilendo che le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze, possono predisporre servizi come quello configurato dalla legge veneta prevedendo organi e procedimenti specificamente adatti alla natura delle attività coinvolte, nel rispetto del limite generale della non obbligatorietà delle procedure e della non vincolatività delle proposte conciliative. Si apre legittimamente quindi per le Regioni la possibilità di individuare percorsi di ADR innovativi all'interno delle regole dettate a livello nazionale.

2. *L'esperienza dell'Ordine dei medici di Roma*

Qualche anno fa, nel 2005, l'Ordine dei medici di Roma realizza una specifica procedura conciliativa: il progetto Accordia. Il Progetto si pone l'obiettivo di sperimentare un particolare procedura di conciliazione in molte controversie tra medico/odontoiatra e paziente, abbassando così il livello di conflittualità. Il meccanismo è semplice e si divide sostanzialmente in due fasi. Nella prima fase il paziente che lamenta un danno da responsabilità professionale si rivolge allo sportello Accordia, il quale accoglie la segnalazione e la trasmette entro 30 giorni alla Commissione Tecnica, organo indipendente composto da un magistrato (presidente), due avvocati, due medici legali e un esperto assicurativo. La Commissione svolge un primo esame della richiesta di rimborso, valutandone la fondatezza e l'ammissibilità ed esprime (sempre entro 30 giorni) un parere sulla possibilità di procedere alla definizione amichevole della controversia. Solo in caso di parere positivo si apre la seconda fase, ovvero la vera e propria fase conciliativa, durante la quale vengono interpellati il sanitario e la sua eventuale compagnia assicurativa circa la loro disponibilità ad accettare la procedura conciliativa; in caso di disponibilità, le parti possono attivare la procedura di conciliazione davanti alla Camera di Conciliazione di Roma, istituita presso la Corte di Appello che decide sulla definizione della controversia. Uno degli aspetti più interessanti della sperimentazione è il costo della procedura. Non vi è, infatti, alcun costo, essendo quest'ultimo sostenuto dall'Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri e dalle Compagnie Assicuratrici che aderiscono al progetto. Gli unici costi posti a

carico del cittadino sono quelli relativi agli onorari del legale da cui eventualmente – e facoltativamente – decida di farsi assistere [Vaccà, 2007].

3. *L'esperienza della Regione Emilia Romagna*

Sempre qualche anno fa, un'altra regione, l'Emilia-Romagna, ha lavorato ad un diverso progetto per la gestione del rischio e del contenzioso allargato alla sanità. Più esattamente il progetto che ha visto coinvolte alcune ASL della Regione, in collaborazione con le assicurazioni, sembra indicare risultati incoraggianti rispetto al controllo sia della numerosità, sia del costo dei sinistri. Il progetto si articola su tre aree: mediazione dei conflitti, conciliazione stragiudiziale, ruolo della medicina legale. Per quel che riguarda la mediazione dei conflitti si è tenuto conto del fatto che il principale strumento di costruzione e mantenimento della fiducia e quindi di contenimento del contenzioso sanitario è rappresentato da una comunicazione efficace con l'utente e dalla capacità di instaurare relazioni positive, o di recuperare quelle che si sono interrotte o sono degenerare in reciproche accuse [Basini, 2007]. A partire dal 2005 allora è stata realizzata una consistente attività formativa per dotare ciascuna Azienda sanitaria di mediatori del conflitto che, attraverso le tecniche di ascolto e mediazione apprese e sperimentate, possano creare spazi e tempi appositi per incontrare i cittadini e i professionisti. In riferimento alla conciliazione stragiudiziale, va sottolineato che diverse Aziende sanitarie della regione in oggetto hanno potenziato l'impegno nei settori legali, assicurativi e medico-legali, instaurando un rapporto più stretto con gli incaricati della gestione delle pratiche assicurative, migliorando sensibilmente la soluzione dei sinistri. Inoltre, per riformare la gestione del contenzioso attraverso tecniche di conciliazione, si sta procedendo con la realizzazione di linee guida attraverso: progetti di addestramento/formazione per l'introduzione della funzione di conciliazione nelle ASL; valutazione dell'impatto delle nuove modalità di gestione del contenzioso sul contesto organizzativo aziendale, stipulando accordi specifici con le compagnie di assicurazioni per la cogestione dei sinistri; possibilità di trasferire i risultati del progetto a tutte le Aziende del Sistema sanitario regionale.

Conclusioni

A giugno 2011, utilizzando i dati del ministero della Giustizia, "Cittadinanzattiva" (un movimento di partecipazione civica che opera in Italia e in Europa per la promozione e la tutela dei diritti dei cittadini e dei consumatori) sosteneva che la *mediaconciliazione*, lo strumento nato per aiutare a evitare le cause civili di *malpractice* medica non era ancora decollato in Italia (*tabella*).

Distribuzione degli accordi raggiunti per settore di provenienza dei casi di mediazione

La percentuale di "successo"

Materie oggetto di mediazione obbligatoria	% accordi raggiunti
Contratti bancari e finanziari	36%
Diritti reali	22%
Diffamazione a mezzo stampa	20%
Locazione	16%
Successioni ereditarie	14%
Contratti assicurativi	11%
Responsabilità medica	6%

Fonte: Cittadinanzattiva su elaborazione dati ministero della Giustizia 2011

I dati non entusiasmanti probabilmente sono legati al fatto che si tratta di un'esperienza sostanzialmente nuova per tutti i soggetti coinvolti: medici, assicuratori, singoli cittadini e operatori della giustizia. C'è poi da prendere in considerazione anche la complessità della tipologia conflittuale che comprende non solo elementi di interesse patrimoniale, ma implicazioni di altro tipo come, ad esempio, il "forte elemento di delusione nei riguardi del medico al quale ci si affida e del quale ci si fida". Non va poi dimenticato quanto può pesare il ruolo di alcuni avvocati che spesso spingono il cittadino che difendono a sostenere la pretesa risarcitoria in sede giudiziaria per le controversie per responsabilità medica possono raggiungere valori economici di grande entità. I dati non mettono, però, ancora in dubbio il fatto che questo strumento può diventare un'arma efficace contro la medicina difensiva, riducendo i costi economici e sociali che da essa derivano. E può determinare un effetto deflattivo dei costi assicurativi.

L'efficacia che gli ADR hanno avuto in altri Paesi sul piano della risoluzione dei conflitti dimostra che il successo dell'opera mediatrice e conciliativa sarà tanto maggiore quanto più vi sia una convinzione generale nella bontà di questi strumenti, un coinvolgimento diretto e indiretto delle istituzioni, la volontà concreta delle parti di contribuire alla soluzione della lite. I detrattori della giustizia alternativa sostengono che l'ADR è in realtà un ostacolo alla giustizia stessa perché solo in pochi casi evita l'avvio del giudizio, l'unico in grado di garantire una soddisfazione legittima delle parti contrapposte. Tuttavia, al di là di queste posizioni, non si può non ammettere che la conciliazione può sciogliere la lite, decomponendo i suoi contorni conflittuali, avvicinando i confliggenti

che, dunque, perdono la loro identità costruita antagonisticamente [Moccia, 2012]. La via conciliativa, poi, è decisamente meno costosa della via giudiziale, la prima avendo peraltro una finalità di "prevenzione" rispetto ad una definitiva contrapposizione delle parti, la seconda una funzione "terapeutica" nei confronti di una "patologia" già insorta. Al momento è difficile negare che la conciliazione sia da considerare come una delle risposte alle attuali esigenze di giustizia avanzate dalla collettività: l'incremento medio dell'attività conciliativa nei settori diversi è forse una dimostrazione di come gli utenti richiedano un nuovo modo di avere ragione dei loro interessi lesi [De Angelis, 2009]. Poiché non tutte le conciliazioni sono uguali né tutte soddisfacenti (sono soddisfacenti quelle conciliazioni che riescono a trovare un buon punto di equilibrio tra le parti e una adeguata risposta in termini qualitativi, anche in riferimento a tempi e modi utilizzati per fornirla), occorrerà aspettare ancora qualche anno per valutare gli effetti di questo nuovo modello anche nel settore sanitario, che ha incominciato ad applicare questo istituto a partire dal 20 marzo 2011.

Bibliografia

1. Basini V. *Mediare i conflitti in sanità*. L'approccio dell'Emilia Romagna, disponibile alla pagina 2007, (http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/col-lana_dossier/doss158/link/doss158.pdf)
2. Cassese S. *Arbitrato e diritto comune della pubblica amministrazione*. Giornale di diritto amministrativo, 1996, n. 6.
3. De Angelis M. *La conciliazione in materia di comunicazioni*. CORECOM nuove funzioni e ruolo istituzionale, Macerata, 2011
4. Floch M.J. *Rapport d'information Assemblée Nationale pour l'Union européenne sur la médiation en Europe*, 13.2.2007, (<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/europe/rap-info/i3696.pdf>)
5. Gerardo M., Mutarelli A. *Dubbi sulla compatibilità costituzionale e comunitaria della c.d. mediazione obbligatoria*, in www.lexitalia.it, n. 3/2009, http://www.lexitalia.it/articoli/gerardomutarelli_proci.htm
6. Moccia F. *Le questioni aperte nella mediazione in sanità*. Marinaro M. (a cura di). Responsabilità medico-sanitaria e mediazione delle controversie. Dal diritto alla salute al diritto alla giustizia, Roma, 2012.
7. Pinchi V. *Alternative dispute resolution: esperienze a confronto*. Rivista italiana di medicina legale, 2009, n. 3.
8. Șușțac Z., Ignat C. *Alternative Conflict Resolution Methods (ADR)*. Bucarest, 2008.
9. Vaccà C. *Responsabilità medica e conciliazione: una iniziativa dell'ordine dei medici di Roma*, I Contratti, 2007, n. 10.
10. Varano V. (a cura di). *L'altra giustizia. I metodi alternativi di soluzione delle controversie nel diritto comparato*, Milano, 2007.

IMPORTANȚA
RESPECTĂRII PREVEDERILOR
LEGALE LA NIVELUL PRACTICII MEDICILOR
ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA

Andrei NANU, doctor în științe medicale,
medright experts, România;
Diana NANU, medright experts, România;
Crina RĂDULESCU, asist. dr., Școala Națională de
Studii Politice și Administrative, România

Summary

The importance of respecting legal regulations in the doctors and nurses practice in Romania

Doctors and nurses practice in Romania are exposed to a high risk in terms of possible allegations of malpractice, as demonstrated by the increasing number of complaints of malpractice and maintained by many negative stories, often incompletely or incorrectly documented in the media. The main objective of the survey was to collect detailed information about the conduct of the respondents and their practice in relation to the applicable legal regulations and the secondary objective was to identify key areas of vulnerability of the medical practice in Romania and attitudes that generate violations in each of these areas. The target group consisted of 256 physicians from different specialties and 275 nurses. The overall conclusion of the study is that, in their current activities doctors and nurses surveyed did not fully comply with the legal framework of practice that they perform. At the same time, our research has identified two main areas of vulnerability of medical practice: informed consent and the confidentiality of medical data.

Keywords: malpractice, doctor, nurse, risk.

Rezumat

Practica medicilor și asistenților medicali din România este expusă unui risc crescut în ceea ce privește posibile acuzații de malpraxis, lucru demonstrat de numărul în creștere al plângerilor de malpraxis și întreținut de numeroase relatări negative, frecvent incomplet sau incorect fundamentate, din mass-media. Obiectivul principal al cercetării a fost culegerea de informații detaliate cu privire la conduita medicilor și asistenților respondenți și la practica acestora în raport cu reglementările legale aplicabile. Obiectivul secundar a fost identificarea domeniilor majore de vulnerabilitate ale practicii medicilor, asistenților medicali și moșelor din România, precum și a atitudinilor care generează încălcările legislației în fiecare dintre aceste domenii.

Grupul-țintă a cuprins 256 de medici din diferite specialități, precum și un număr de 275 de asistenți medicali. Concluzia generală a cercetării este că, în activitatea lor curentă, medicii și asistenții chestionați nu respectă în totalitate cadrul legal aplicabil practicii pe care aceștia o desfășoară. În același timp, cercetarea a permis identificarea a doua domenii principale de vulnerabilitate a practicii medicale: consimțământul informat și respectarea confidențialității datelor medicale.

Cuvinte-cheie: malpraxis, medic, asistent medical, risc.

Introducere

Cercetarea de față a pornit de la faptul că practica medicală din România este expusă, din ce în ce mai frecvent, riscului acuzațiilor de malpraxis. De la acuzațiile pentru presupuse fapte de malpraxis, care au umplut paginile ziarelor, și mergând până la analiza plângerilor soluționate în instanță cu sentințe care obligă la plata unor daune de ordinul sutelor de mii de euro, devine clar că riscul este acut și serios.

Domeniul vizat de această cercetare este în mică măsură studiat în România, motiv pentru care nu există suficiente date referitoare la respectarea legislației, a drepturilor pacientului și a normelor bioetice moderne în practica medicală din țara noastră. Preocupări recente în domeniu se concentrează pe definirea unor concepte (greșeala și eroarea în practica medicală, responsabilitatea medicală) și pe percepția lor în rândurile medicilor, asistenților medicali și pacienților.

Întrebările cercetării

- Este expusă practica medicală din România riscului acuzațiilor de malpraxis medical?
- Cunosco medicii și asistenții medicali cadrul legal care le reglementează activitatea, în relația acestora cu pacienții?
- Care sunt posibilele domenii majore de vulnerabilitate ale practicii medicilor și asistenților medicali din România?

Obiectivele cercetării

Obiectivul principal al cercetării a fost culegerea de informații detaliate despre conduita medicilor și asistenților medicali respondenți și practica acestora în raport cu reglementările legale aplicabile.

Obiectivul secundar a fost identificarea domeniilor majore de vulnerabilitate ale practicii medicale din România, precum și a atitudinilor care generează încălcările legislației în fiecare dintre aceste domenii.

Ipoteze de lucru

O primă ipoteză de la care s-a pornit în derularea cercetării a fost că reglementările legale sunt puțin cunoscute și respectate de către medici și asistenți, în condițiile în care aceste reglementări sunt de dată recentă și corespund normelor morale moderne, acceptate la ora actuală pe plan internațional.

O a doua ipoteză a fost că acest lucru nu este conștientizat de către medici și asistenți.

Material și metodă

Cercetarea de față a urmărit identificarea existenței unui fenomen, problematica vulnerabilității practicii medicale în fața legii și precizarea cadrului de desfășurare a unor eventuale programe educaționale ulterioare, adresate domeniului de interes astfel nou apărut.

Grupul-țintă a inclus 256 de medici din diferite specialități, precum și 275 de asistenți medicali din diferite specialități. A fost folosită metoda cercetării cantitative, pentru a identifica și a încadra atitudinea medicilor și asistenților medicali față de exigențele legale, metodă care a permis conturarea principalelor aspecte ale problemei de cercetat, utilizând, ca tehnică de investigare, un chestionar aplicat respondenților.

Tehnicile de investigare au constat din interviuri care au dus la structurarea unui chestionar destinat evaluării riscului de malpraxis în practica medicilor-specialiști din spitale, precum și a asistenților medicali. Chestionarul astfel obținut a fost aplicat grupului-țintă.

Respondenții au fost instruiți să răspundă în funcție de ceea ce fac în mod efectiv în practica lor medicală curentă, și nu luând în calcul ceea ce consideră că „ar trebui” să facă sau că ar fi „corect” din punct de vedere teoretic. De asemenea, respondenții au fost informați că răspunsurile vor fi utilizate exclusiv în scopuri științifice, pentru realizarea unei evaluări obiective a riscului de malpraxis.

Definirea criteriilor de evaluare a răspunsurilor la întrebările din chestionare

Participanții au fost rugați să dea răspunsuri la întrebările din chestionar și la cele directe bazându-se pe practica de zi cu zi, și nu pe cunoștințele teoretice despre subiectele respective. Astfel, interviurile și-au propus să investigheze dacă practica medicilor și asistenților respectă legislația care li se aplică și să identifice domeniile principale de vulnerabilitate.

Pornind de la premisa enunțată mai sus, am evaluat răspunsurile respondenților ca fiind „corecte”, în măsura în care ele indică faptul că practica medicului sau asistentul respondent respectă reglementările legale vizate de întrebare, sau „greșite”, în situația în care răspunsul relevă nerespectarea legii de către medicul sau asistentul respondent în activitatea sa curentă.

În completare, în cadrul analizei interactive a variantelor de răspuns pe durata desfășurării sesiunilor au fost aplicate tehnici de observație participativă activă.

Rezultate și discuții

Rezultate generale

Obiectivul principal a fost de a verifica dacă practica medicală respectă reglementările legale care i se aplică, prin culegerea și interpretarea răs-

punsurilor medicilor și asistenților participanți la întrebările din chestionarul menționat.

Ca rezultat general, nici unul dintre medicii participanți și nici unul dintre asistenții medicali nu a răspuns „corect” la toate întrebările din chestionar. Prin urmare, se poate aprecia că în activitatea lor curentă medicii și asistenții chestionați nu respectă în totalitate cadrul legal aplicabil profesării medicinei.

Rezultate specifice

Obiectivul secundar a fost identificarea domeniilor de vulnerabilitate ale practicii medicale. Pe baza răspunsurilor obținute, am identificat 2 domenii principale de vulnerabilitate a practicii medicale: consimțământul informat și confidențialitatea datelor medicale.

Comentariile care însoțesc prezentarea rezultatelor se referă la atitudinile ce generează încălcările legii și reprezintă concluziile observațiilor făcute prin folosirea tehnicilor de interviu în cadrul sesiunilor participative.

A. Consimțământul informat

Acestui element important al practicii medicale i-au fost alocate 4 întrebări

(numerele 5, 6, 7 și 12), cu scopul de a verifica respectarea în practica medicală a numeroaselor reglementări legale care i se adresează.

Întrebarea nr. 6: „Urmează să efectuați o manevră potențial riscantă pentru pacient. Îi explicați riscurile?”

Variante de răspuns propuse:

- Da, întotdeauna, detaliat.
- Nu, pentru a-l proteja.
- Nu, decizia efectuării manevrei este exclusiv una medicală.

Răspuns corect urmărit (de ales dintre variantele propuse): a)

Majoritatea răspunsurilor medicilor (96%) și asistenților medicali (89%) la această întrebare au fost evaluate ca fiind „corecte”, ceea ce demonstrează preocuparea medicilor pentru comunicarea cu pacienții aflați în situații care prezintă risc. Atitudinea medicilor și asistenților față de acest aspect pare a fi una în concordanță cu principiile moderne ale bioeticii referitoare la autonomie și cu cerințele legale. Pentru a verifica această ipoteză, am dezvoltat următoarele întrebări.

Întrebarea nr. 7: „Ați obținut, în scris, acordul pacienților pentru efectuarea de manevre cu risc?”

Variante de răspuns propuse:

- Nu, este vorba de o decizie care aparține medicului.
- Da, întotdeauna.
- Doar când riscul este major.

Răspuns corect urmărit (de ales dintre variantele propuse):

Deși, aproape în totalitate, medicii și asistenții au menționat faptul că informează pacienții înaintea unei manevre „potențial riscantă”, doar o parte dintre respondenți (66% dintre medici și 61% dintre asistenți) obțin acordul acestora într-o formă scrisă.

Justificarea acestei conduite este legată de aprecierea subiectivă de către medic/asistentul medical a riscului manevrei medicale. Astfel, medicii au menționat că solicită acordul pacienților doar atunci când consideră că riscul este crescut. Chiar și în aceste situații, unii medici consideră că acordul exprimat verbal este suficient.

În același timp, asistenții medicali (21% dintre respondenți) au menționat că solicitarea acordului scris al pacienților este o decizie care aparține medicului.

Sintetizând informațiile obținute, se impune o primă concluzie: medicii și asistenții medicali conștientizează importanța furnizării informațiilor medicale pacienților lor, ca obligație morală și legală. Totuși, atât principiul autonomiei, cât și reglementările legale sunt încălcate prin lipsa solicitării acordului pacientului în anumite situații, pe baza unei selecții subiective (injuste) a cazurilor medicale în funcție de mărimea riscului apreciat unilateral (doar de către medic), precum și prin lipsa solicitării acordului pacientului pentru actele medicale pe care asistenții medicali și moașele le efectuează în baza propriilor acreditări și certificări.

Conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, consimțământul informat al pacientului este obligatoriu, în scris, pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament cu *potențial de risc pentru pacient* după explicarea lor de către medic, medic-dentist, asistent medical/moașă, conform prevederilor legale aplicabile.

Din analiza textului legal rezultă că acordul informat al pacientului este obligatoriu, indiferent de gradul riscului. Explicarea „metode... cu potențial de risc” include, fără a face diferențieri, toate manevrele medicale care pot expune pacienții chiar și unui risc minor.

În susținerea acestei afirmații se impune prezentarea răspunsurilor medicilor și asistenților la următoarea întrebare:

Întrebarea nr. 5: „Probele biologice se recoltează și se analizează:”

Variante de răspuns propuse:

- exclusiv în baza deciziei medicului;
- după obținerea acordului pacientului;
- după consultări cu conducerea unității medicale, în funcție de criterii medicale și financiare.

Răspuns corect urmărit (de ales dintre variantele propuse): b)

Legea prevede în mod explicit obligativitatea obținerii acordului pacientului pentru manevre cu risc medical nu foarte ridicat (recoltarea), precum și pentru păstrarea și folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul pacientului.

Mare parte dintre medicii incluși în studiu (76%) și mare parte dintre asistenții medicali (84%) nu respectă această cerință legală, confirmându-se astfel concluzia enunțată anterior.

O altă atitudine identificată în cadrul interacțiunii cu medicii și cu asistenții a fost aceea a susținerii așa-numitului „acord implicit” (în sensul că simpla prezentare a pacientului la medic implică acordul acestuia pentru orice metodă de tratament sau diagnostic considerată corectă de către medic). În contextul practicii medicale actuale, noțiunea de „acord implicit” poate fi acceptată doar pentru examenul obiectiv sau consultația efectuată pacientului după întocmirea anamnezei, cu scopul de a evalua, la modul general, starea sa de sănătate. Pentru toate manevrele cu scop de diagnostic sau terapeutic, care urmează după examenul obiectiv inițial, însă, este obligatoriu consimțământul (acordul) informat al pacientului.

În plus, 83% din asistenții medicali respondenți au indicat faptul că recoltarea se face exclusiv în baza deciziei medicului. Se impune a se face distincția între două tipuri de acte medicale efectuate de către asistenți: cele autonome și cele efectuate la indicația medicului. Cele două categorii sunt strâns legate de limitarea activității asistenților medicali la propria competență, dobândită prin pregătirea formală și certificată în acest sens de către autoritățile competente (activitatea autonomă). Toate actele medicale incluse în această categorie atrag răspunderea civilă individuală a asistenților medicali.

A doua categorie de acte medicale se efectuează de către asistent doar la indicația medicului care are competența necesară luării deciziei respective. De exemplu, indicația unui medic pentru administrarea injectabilă a unui antibiotic se traduce în practica asistentului medical în cele două componente, care sunt tratate juridic diferit. În ceea ce privește efectuarea tehnică a manevrei terapeutice (injectia), răspunderea aparține în exclusivitate asistentului medical, pentru ca acest act medical intră în sfera sa de competență. Alegerea tipului, căii de administrare și a dozei medicamentului indicat sunt responsabilitatea medicului, pentru că acesta are competența și, implicit, răspunderea indicației terapeutice respective.

În practica medicală există situații în care acordul pacientului nu este necesar. Aceste situații reprezintă excepții de la regula menționată mai sus. Am dorit să

verificăm dacă practica medicală respectă reglementările privitoare la aceste situații excepționale.

Întrebarea nr. 12: „Pacientul nu își poate exprima consimțământul, iar starea sa impune intervenția de urgență. Acordul pacientului este suplinit de:”

Variante de răspuns propuse:

- în situațiile de urgență, acordul pacientului nu este necesar;
- un raport scris, pregătit de medicul care acordă îngrijirea, raport care se atașează foii de observație a pacientului;
- decizia este luată de conducerea unității medicale.

Răspuns corect urmărit (de ales dintre variantele propuse): b)

Această întrebare vizează comportamentul de urmat în situația în care pacienții nu-și pot exprima consimțământul din cauza stării de sănătate. Mare parte din răspunsurile la această întrebare (72% dintre cele obținute de la medici și 75% dintre cele obținute de la asistenți) au fost greșite, medicii și asistenții necunoscând modalitatea prin care pot formaliza conduita în astfel de situații.

B. Confidențialitatea datelor medicale

O altă reflectare în practica medicală a principiului autonomiei o reprezintă păstrarea confidențialității datelor medicale ale pacienților.

Scopul cercetării noastre este de a verifica dacă atât legea, cât și conceptele morale referitoare la obligația păstrării confidențialității operează în activitatea curentă a medicilor și asistenților chestionați.

Întrebarea nr. 2: „Informațiile despre tratamentul urmat de un pacient sunt comunicate terților?”

Variante de răspuns propuse:

- da, către organizațiile nonguvernamentale care sprijină pacienții;
- da, membrilor familiei pacientului;
- nu.

Răspuns corect urmărit (de ales dintre variantele propuse): c)

Conform prevederilor legale în vigoare, medicul sau asistentul medical nu pot dezvălui niciunei alte persoane, decât pacientului, date despre starea de sănătate a acestuia. Mai mult, toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia. Starea de sănătate a pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul urmat, precum și orice informații care ar putea lega identitatea unei persoane de o anumită informație medicală sunt strict confidențiale.

Medicul/personalul medical nu are voie să furnizeze informații de natura celor de mai sus nici

măcar familiei sau prietenilor pacientului, în lipsa acordului acestuia.

În aceste condiții, medicii și asistenții medicali nu au dreptul să comunice date medicale despre pacienți terților. Există și excepții de la această regulă, dar care nu sunt referite în întrebarea de mai sus.

73% dintre medicii chestionați și 69% dintre asistenți nu respectă reglementările legale privitoare la aspectul respectării confidențialității datelor medicale.

Pentru motivarea atitudinii lor, medicii și asistenții invocă motive umaniste, morale, cum ar fi ascunderea unui prognostic grav și comunicarea acestuia doar membrilor familiei sau prietenilor, cu scopul de a proteja psihologic pacientul.

Concluzii

Din cercetarea efectuată se desprind o serie de concluzii specifice, referitoare la fiecare dintre domeniile investigate, dar și o serie de concluzii cu caracter general.

Ca o concluzie generală, se constată că în activitatea lor curentă medicii și asistenții chestionați nu respectă în totalitate cadrul legal aplicabil profesării medicinei.

În urma derulării cercetării, am identificat două domenii principale de vulnerabilitate a practicii medicale: consimțământul informat și respectarea confidențialității datelor medicale.

Reglementările legale referitoare la acordul pacientului informat nu sunt respectate în practica medicală a medicilor și asistenților respondenți. Dată fiind importanța deosebit de mare a obținerii consimțământul informat de la pacienți pentru orice manevră medicală cu scop de diagnostic sau terapeutic, considerăm că este necesară alinierea rapidă a practicii la cerințele legale, pentru a evita consecințele care pot apărea atât în ceea ce privește asumarea răspunderii civile, cât și a neoperării contractului de asigurare civilă profesională (asigurarea de malpraxis). Acest proces poate fi înlesnit de o necesară dezbatere în plan bioetic, alinierea la normele bioetice actuale permițând o mai bună înțelegere și acceptare a cerințelor legale.

Pe lângă implementarea unui sistem prin care medicii și asistenții să obțină și să documenteze acordul pacienților, este necesar ca și conținutul acestuia să respecte toate exigențele legale.

În practica medicală a respondenților, reglementările legate de confidențialitate nu sunt respectate în totalitate. Răspunsurile obținute sugerează că, de fapt, atât legislația, cât și principiile bioetice actuale nu sunt cunoscute, practica medicală a medicilor și asistenților chestionați ținând cont de sistemele de valori individuale ale acestora.

Nerespectarea normelor legale poate duce la tragerea la răspundere a medicului sau a asistentului medical care au produs un prejudiciu pacientului. Acesta poate răspunde, inclusiv cumulativ, pe cale penală, civilă, contravențională sau disciplinară.

O consecință practică, imediată și de maximă importanță a nerespectării normelor legale de către un medic sau asistent este în temei contractul regăsit în proporție de 100% în această materie, neoperarea asigurării de răspundere civilă profesională a medicului. Contractele de răspundere civilă profesională (obligatorii prin lege) care sunt, în acest moment, oferite spre a fi încheiate de orice companie de asigurări medicilor practicieni/instituțiilor sanitare din România cuprind prevederi care statuează că asiguratorul nu acoperă prejudiciul provocat pacientului, dacă malpraxisul a avut loc într-un context în care legea, în sens larg, a fost încălcată.

În aceste circumstanțe, independent de complexitatea sau durata unui eventual proces bazat pe o plângere privind săvârșirea unei fapte de malpraxis medical, medicii nu sunt protejați de asigurarea de răspundere civilă profesională, în ipoteza în care malpraxisul constatat se suprapune unei încălcări a unei norme legale.

Rezultatele cercetării noastre susțin ipoteza că practica medicală nu se suprapune în totalitate reglementarilor legale aplicabile acestui domeniu, expunând astfel personalul medical riscului acuzațiilor de malpraxis.

De asemenea, se constată o discrepanță în plan moral între principiile bioetice actuale și cele cu care operează medicii și asistenții chestionați. În aceste condiții, alinierea gândirii și practicii medicale la conceptele moderne nu reprezintă numai un imperativ moral, ci și unul legislativ, având în vedere faptul că principiile bioetice moderne au corespondență directă în texte de lege, aplicabile practicii medicale din România.

Pornind de la rezultatele și concluziile acestei cercetări, se impune derularea unui program național de educație medicală în domeniu, care să permită accesul personalului medical cu drept de practică din România la informațiile legislative legate de respectarea drepturilor pacienților, să stipuleze condițiile atragerii răspunderii civile a personalului medical, metodele de prevenire a acuzațiilor de malpraxis și de protejare a pacienților împotriva erorilor medicale.

În acest sens, se derulează la ora actuală în România 4 programe-pilot de educație medicală în acest domeniu, dezvoltate în parteneriat de către MedRight Experts, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Medicilor-Dentiști din România, Universitatea de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa din Iași,

Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar și Ordinul Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România (mai multe detalii pot fi găsite la adresa www.medright.ro).

Programul de pregătire este susținut în exclusivitate de formatorii acreditați de Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfectionare în Domeniul Sanitar ca formator în domeniul de educație medicală *Prevenirea și managementul situațiilor de malpraxis*, conform Deciziei Ministerului Sănătății nr. 15392 din 21.07.2009.

Sesiunile de formare sunt însoțite și de o activitate de consultanță pe termen lung, de care beneficiază fiecare participant, și care constă în răspunsuri la întrebările și solicitările de documente legale, actualizarea documentelor legale, furnizarea de informații referitoare la noutățile în tematica malpraxisului și a legislației medicale, informări periodice cu privire la noutățile legislative și impactul acestora asupra practicii medicale a participanților la sesiunile de instruire.

Bibliografie

1. Colegiul Medicilor din Iași. *Vinovați și vină în medicină*. Cercetare sociologică realizată de FixMedia.
2. Georgescu D., Nanu A. *Confidențialitatea datelor pacientului – domeniu de risc în practica medicală*. Medic.ro, 2008; V(42) (www.medic.ro).
3. Georgescu D., Nanu A. *Malpraxisul medical – pericol pentru pacient sau pentru medic?* Revista Pharma Business, 2007 (www.pharma-business.ro).
4. Nanu A. Teza de doctorat *Malpraxisul – consecințe și impact în plan moral și juridic asupra practicii medicale din România*, coordinator științific acad. Victor Voicu, noiembrie 2008, Academia Română, București.
5. Nanu A., Georgescu D., Bulgaru D., Berțeanu M., Rădulescu C. *Using the International Classification of Functioning, Disability and Health in assessing moral damages*. Revista Română de Medicină Legală, 2012; 20 (1): 77-82.
6. Nanu A., Georgescu D., Voicu V., Ioan B. *Locul și relevanța prevederilor legale în contextul practicii medicale din România*. Revista Română de Bioetică, 2011; 9 (4): 31-42.
7. *Legea nr. 46/2003 privind drepturile pacientului*, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 70 din 03.02.2003.
8. Ordinul nr. 386/2004 privind aprobarea *Normelor de aplicare a Legii drepturilor pacientului nr. 46/2003*.
9. *Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății*, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 372 din 28.04.2006.
10. Ordinul nr. 482/2007 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a titlului XV *Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice* din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.
11. Hotărârea nr. 2 din 30 martie privind adoptarea Statutului și a Codului de deontologie medicală ale Colegiului Medicilor din România.

LA GESTIÓN DE
LAS RECLAMACIONES
PATRIMONIALES COMO
UN ELEMENTO PARA MEJORAR
LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Rafael PEÑALVER CASTELLANO¹,
Alfredo RIVAS ANTÓN²

¹ Inspector Médico. Gerencia de Coordinación e Inspección (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha);

² Inspector Médico. Escuela Nacional de Sanidad de España

Summary

The property claims management as a mechanism to improve the quality of healthcare

Objective. To analyze the (medical malpractice) claims from patients of the Regional Health Care Service of Castilla-La Mancha (part of the Spanish National Health Care System) suffering from health care induced injuries, in order to assess if they contain enough information to develop a risk map. This map could be useful tool to alert about risk elements for patients attended by health care services.

Methods. 1310 (medical malpractice) claims records were studied, filed by the citizens of Castilla-La Mancha Region between 2004 and 2009. These claims have been resolved by the Health Care Service (Administration).

The claims were classified by cause, geographical location of the patient, health care level, administrative dependence of the health care centre, and status of the attending health professional.

Results. Risk selection criteria were developed for different levels of health care. These criteria considered the repetition of adverse events capable of causing harm, the reiteration of mistakes in a given process, and the impact of the injuries produced, provided that the end result of negligence and mistakes was the patient's death.

Conclusions. Spanish health care system allows to design and implement a new information system. This system contains enough qualitative, organizational and functional data of the health service to develop a risk map of errors or circumstances leading to avoidable injuries to the citizens, thus becoming yet another tool for health care quality improvement.

Keywords: claims due to medical malpractice; risk map; mistakes; hurt; indemnitation; quality.

Rezumat

Managementul reclamațiilor patrimoniale ca element pentru îmbunătățirea calității asistenței sanitare

Au fost analizate plângerile (malpraxis medical) pacienților care au utilizat Serviciul Regional de Sănătate din Castilla-La Mancha și care au suferit leziuni induse de îngrijirile de sănătate, cu scopul de a evalua dacă acestea conțin suficiente informații pentru a dezvolta o hartă a riscului, utilă pentru alerta privind elementele de risc pentru pacienții care au beneficiat de servicii de sănătate. Au fost studiate 1.310 plângeri înregistrate, depuse de către cetățenii din Regiunea Castilla-La Mancha în perioada 2004-2009, rezolvate de Serviciul de Sănătate (Administrație) și clasificate în funcție de cauză, zona geografică a pacientului, de nivelul de îngrijire a sănătății, de apartenența administrativă a centrului de îngrijire a sănătății, precum și de statutul profesionistului care a acordat asistența. Criteriile de selecție a riscurilor au fost dezvoltate pentru diferite niveluri de îngrijire a sănătății. Aceste criterii au luat în considerare repetarea evenimentelor adverse care pot provoca daune, repetarea greșelilor într-un anumit proces, precum și impactul leziunilor produse, atunci când rezultatul final al neglijenței sau greșelii a fost moartea pacientului. Sistemul de sănătate spaniol a proiectat și a implementat un nou sistem de informații. Acest sistem conține suficiente date calitative, organizatorice și funcționale privind serviciile de sănătate, pentru a dezvolta o hartă a riscului de erori sau circumstanțe care duc la evenimente adverse evitabile pentru cetățeni, devenind astfel un instrument complementar pentru îmbunătățirea calității îngrijirilor de sănătate.

Introducción al concepto de Reclamación Patrimonial.

Cuando una persona física o jurídica causa un daño a otro ya sea intencionadamente, por error o simplemente por el desarrollo normal de la actividad que realiza por los servicios públicos o privados que presta, nace una responsabilidad a cargo de quien ha causado ese daño, consistente en una obligación de reparación, de compensación económica, para tratar de devolver las cosas a su estado anterior a ese daño [1].

Esta obligación de reparación por los organismos e instituciones públicas se denomina **responsabilidad patrimonial de la Administración**, o más bien, de las Administraciones Públicas (Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas, la Administración local, así como las Entidades de Derecho Público con personalidad jurídica propia que dependan de cualquiera de las Administraciones Públicas).

La Constitución Española de 1978 [2] en su artículo 106.2 establece que *“..Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*.

No solo la Constitución española, sino también la legislación administrativa atribuye

responsabilidad a las Administraciones Públicas por toda lesión que sufran los usuarios en sus bienes o derechos siempre que este daño haya sido provocado por el funcionamiento de los servicios públicos, ya sea este funcionamiento normal o anormal y reconoce un derecho a indemnización.

En el desarrollo de Constitución Española referido al derecho de los ciudadanos a la indemnización por daños o lesiones se dictó la Ley 30/1992 [3], de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en la que se establecen los requisitos que han de concurrir para que nazca la responsabilidad patrimonial de la Administración, entre las que se incluye, como no podía ser de otro modo, la Administración Sanitaria.

En Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha la Consejería de Salud y Bienestar Social, se encarga, entre otras funciones, de prestar a los ciudadanos, fundamentalmente a través del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), la asistencia sanitaria que estos requieren [4].

En el desarrollo de la actividad sanitaria que el SESCAM viene prestando a los ciudadanos de la CCAA, uno de estos usuarios puede entender que ha resultado perjudicado, en sus bienes, salud o derechos, por acción u omisión, en relación con una determinada actuación sanitaria llevada a cabo sobre él. Este ciudadano, en ejercicio de sus derechos constitucionales en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, puede presentar una reclamación ante la Administración, que tiene como destinatario final a la Administración Sanitaria Pública [5].

No todas las reclamaciones que hace el usuario son consideradas como reclamación patrimonial, para que exista responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria [6], se deben cumplir una serie de requisitos generales:

- Existencia de una lesión o daño antijurídico** (que no existe deber de soportar) en cualquiera de los bienes o derechos del particular afectado.
- Que el daño sea imputable a la Administración y se produzca como consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos**, entendidos estos en el más amplio sentido de actuación, actividad administrativa o gestión pública, en una relación de causa a efecto entre aquel funcionamiento y la lesión, sin que sea debida a causa de fuerza mayor.
- Que el daño alegado sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.**
- Que la acción de responsabilidad patrimonial sea ejercitada dentro de plazo.** Plazo que prescribe en el plazo de 1 año desde que se produjo el hecho causante, o desde que se manifestó su efecto lesivo.

Material y metodos

El presente estudio sólo ha tenido en cuenta las reclamaciones que se han estimado como tales por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, por haber concurrido en ellas las consideraciones anteriores y que han sido tramitadas en el periodo 2002-2009.

RECLAMACIONES PATRIMONIALES 2002-2009

Provincia	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total	%
Albacete	26	39	40	52	57	36	36	40	326	24,89
Ciudad Real	62	42	48	59	61	48	62	58	440	33,59
Cuenca	10	13	12	8	9	18	17	13	100	7,63
Guadalajara	11	8	14	18	19	11	16	19	116	8,85
Toledo	35	32	47	38	47	40	44	45	328	25,04
Total	144	134	161	175	193	153	175	175	1310	100,00

Fuente: Elaboración propia

Las reclamaciones patrimoniales por parte de los usuarios de la sanidad pública es una actuación que, por las circunstancias que concurren para que se produzca, se puede considerar puntual por su escaso número¹, pero de gran trascendencia, por el impacto que tiene en la sociedad, dado que cada vez que la Administración indemniza [7], con una cantidad importante, a un ciudadano o su familia, por el daño causado por un asistencia o acto sanitario, es frecuente que se transforme en una noticia por con impacto en los medios de comunicación.

¿Cuales son los motivos por los que los ciudadanos reclaman indemnización?

Cada ciudadano que plantea una reclamación justifica que el daño recibido ha tenido su origen en una o varias causas o motivos [8], por ello la realización de un estudio y análisis del conjunto de las reclamaciones aconseja el agrupamiento de motivos:

- Demora diagnóstica:** cuando se ha producido un retraso injustificable de aquellas pruebas necesarias para un diagnóstico correcto en tiempo y forma.
- Demora en el tratamiento:** cuando el daño está generado por un retraso injustificable en la aplicación o realización de un tratamiento adecuadamente prescrito.
- Error diagnóstico:** los daños han tenido su origen en supuestos errores, en los que existe constancia clínica y documentada de un diagnóstico "a posteriori" diferente del diagnóstico inicial.
- Error en el tratamiento:** cuando el ciudadano considera que ha existido un desacierto o mala

¹ - 0.65 reclamaciones patrimoniales por cada millón de asistencias sanitarias prestadas (consultas, intervenciones quirúrgicas, estancias hospitalarias, transporte y urgencias) en una población de 2.081.233 habitantes en 2009. Fuente INE.

utilización de la técnica, tales como extravasaciones, errores en la mezcla de medicamentos o en la vía de administración, medicamentos caducados, fallos en los equipos de reanimación, errores contrarios a la "lex artis" en la aplicación de una técnica quirúrgica o técnica, ...

- **Instalaciones:** también denominados daños estructurales. Son los daños o perjuicios producidos como consecuencia de la utilización y/o explotación de instalaciones en las que se desarrolla la actividad sanitaria.
- **Organizacionales:** en esta ocasión el daño o perjuicio puede tener su origen en una defectuosa gestión administrativa del proceso asistencial.
- **Patronal:** denominamos así a los daños ocasionados a los propios trabajadores de la institución como consecuencia de su desarrollo laboral. Aquí estarían incluidos daños referidos a las secuelas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

MOTIVOS DE RECLAMACIÓN: la visión del ciudadano

Reclamaciones	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total general	%
DEMORA DIAGNÓSTICA	25	21	16	14	16	11	103	9,98
DEMORA TRATAMIENTO	17	11	21	13	16	8	86	8,33
ERROR DIAGNÓSTICO	20	24	35	33	43	20	175	16,96
ERROR TRATAMIENTO	66	79	88	57	59	58	407	39,47
INSTALACIONES	12	10	12	4	9	16	63	6,1
ORGANIZACIÓN	18	23	15	9	2		67	6,49
PATRONAL	3	7	3	1	1		15	1,45
OTROS			3	22	29	62	116	11,24
Total general	161	175	193	153	175	175	1032	100,02

Fuente: Elaboración propia

¿Cómo responde la Administración Pública ante las reclamaciones?

Toda reclamación patrimonial formulada por un ciudadano ante la administración pública española es tramitada siguiendo los procedimientos previstos para reconocer el derecho a indemnización de los particulares por las lesiones que aquellos sufran en cualquiera de sus bienes o derechos siempre que las lesiones o secuelas sean como consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos [9]. Este procedimiento ha de garantizar al ciudadano los principios de objetividad, celeridad, congruencia, oficialidad, audiencia, gratuidad y publicidad.

Para garantizar estos derechos la Administración Sanitaria, en este caso el Servicio de Salud de Castilla La Mancha, ha establecido una guía o manual de procedimiento administrativo [10] que facilita el cumplimiento de los objetivos de equidad y objetividad en la tramitación. El final del procedimiento es una resolución que da respuesta al ciudadano en su reclamación.

La tramitación de la reclamación tiene varias etapas desde la iniciación, subsanación y mejora de la reclamación, designación de instructor que desarrolla unas funciones de peritaje y al que le corresponde la instrucción y propuesta de resolución que finalmente se dictamine. Para este fin, el instructor deberá realizar una relación pormenorizada de los hechos y circunstancias relacionados con el contenido de la reclamación y analizar el contenido de la reclamación, a la luz del conocimiento veraz de los mismos, y de la información científica analizada, con la finalidad de determinar si se dan, en cada caso según corresponda, los requisitos necesarios para determinar la existencia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas. Basándose fundamentalmente, en los informes solicitados al respecto, la Historia Clínica del perjudicado, y la bibliografía científica correspondiente.

La declaración de las resoluciones de los procedimientos pone fin a la vía administrativa, y por tanto, la improcedencia del recurso administrativo ordinario, quedando expedita la vía jurisdiccional contencioso-administrativa que es la única procedente en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, tanto en relaciones de Derecho Público como Privado [11].

En los casos en los que los ciudadanos ejercen este derecho al recurso antes los tribunales de justicia, el expediente no queda definitivamente cerrado hasta que el reclamante ha percibido su indemnización o bien la resolución denegatoria ratificada por la Administración de Justicia. Este motivo justifica que los resultados que se presentan en el presente trabajo estén referidos al periodo más inmediato posible que contemple el mayor número de expedientes finalizados (2009).

La fase de instrucción del expediente disciplinario supone por tanto la fase clave del trámite administrativo y la que va a generar más información sobre las causas y circunstancias que concurrieron en el proceso asistencial objeto de reclamación. .

Resultados del análisis

La revisión y análisis de los 1310 expedientes de responsabilidad patrimonial presentados por usuarios de la sanidad pública, que configuran el presente estudio nos ofrece una amplia información sobre errores y fallos tanto en la organización, como en la estructura de los diferentes servicios asistenciales, como en el desarrollo de los procesos asistenciales, que toda organización debe abordar y corregir para evitar que no se repitan.

Las resoluciones emitidas durante el periodo estudiado por la Dirección general del SESCOG durante el periodo estudiado nos aporta una información objetiva acerca de los hechos reclamados, de cómo se han producido, si se ha actuado de acuerdo a la evidencia científica, si han concurrido

factores que competen o no a la organización, si de las actuaciones instructoras y periciales se pueden o se han podido derivar acciones penales sobre el responsable de los daños y el impacto económico y social del daño para la organización y sobre todo, para el ciudadano y su familia.

1. Fallos en la organización asistencial [12]:

Los más frecuentes están relacionados con la inadecuada derivación de pacientes entre niveles asistenciales o entre especialidades.

El transporte sanitario es otro de los motivos que generan reclamaciones, sobre todo el transporte urgente en relación con la demora para trasladar un paciente con proceso agudo y/o urgente de nominado transporte de emergencia. También generan reclamaciones frecuentes las descoordinaciones de los servicios de transporte y los servicios asistenciales programados.

Las demoras en la asistencia sanitaria, denominadas "listas de espera" características de los sistemas sanitarios públicos, tanto ambulatorias como hospitalarias, de procedimientos, terapéuticos, quirúrgicos, diagnósticos o rehabilitadores, pueden producir y de hecho producen daños irreversibles por inadecuada demora o por la no consideración de los procesos como urgentes o prioritarios.

Fallos en la responsabilización, las organizaciones sanitarias han desarrollado en los últimos años múltiples instrumentos de responsabilidad para la mejora de la seguridad de los pacientes [13], como son los protocolos y guías clínicas, y concretamente en materia de procesos diagnósticos y quirúrgicos el potenciación de la información al paciente sobre los distintos riesgos como es el consentimiento informado. La mala cumplimentación, seguimientos y deficiencias en las mismas hace que se produzcan fallos que pueden producir daños en los ciudadanos [14].

2. Errores humanos [15]: Sin entrar a matizar sobre las causas o motivos de error en la asistencia sanitaria, los informes periciales del instructor ratifican en muchos casos que se cometen errores por los profesionales sanitarios que los hemos clasificado en:

- a. Asistenciales.
 - i. Facultativos médicos o quirúrgicos.
 - ii. No facultativos.
- b. No asistenciales.

3. Errores estructurales/tecnológicos, cuando el origen del daño estuvo motivado por las estructuras físicas de los centros y servicios sanitarios o por el defectuoso funcionamiento de las diversas tecnologías de apoyo y sostén estructural de la práctica asistencial.

La propuesta organizativa para prevenir y detectar estos fallos y errores [16] y disminuir al máximo su efecto es la elaboración metódica y minuciosa de un mapa de riesgos a partir de los datos suministrados tras el análisis de las reclamaciones patrimoniales presentadas ante la administración por daño causado.

¿Qué es un mapa de riesgos?

Es un sistema de información que nos permite conocer los riesgos o daños probables o comprobados en relación con la asistencia sanitaria prestada a través del Sescam para así poder actuar sobre ellos y prevenirlo en el futuro [17].

El concepto de mapa de riesgos surgió en Italia en la década de los 70 en el contexto de desarrollo de una nueva organización laboral. A iniciativa de los sindicatos para establecer desde la óptica de la prevención pautas de actuación que disminuyesen los riesgos laborales.

Con el tiempo el mapa de riesgos se ha transformado en no sólo un instrumento de intervención técnica en múltiples ámbitos, homogeológicos, ambientales, financieros, etc., sino que en salud se han convertido en un instrumento de gestión y participación en la gestión.

Dentro de los mapas de riesgos existen tres instrumentos informativos:

1. Mapas de factores de riesgos.
2. Mapas de los expuestos a los riesgos, en este caso, los pacientes.
3. Mapas de los daños reclamados e indemnizados. Cuando en una reclamación la resolución ha sido desestimatoria por haberse procedido según "lex artis", sirve como anuncio de riesgo pero no consta como elemento analizable para el mapa de riesgos.

¿Qué aportaría un mapa de riesgos de la responsabilidad patrimonial?

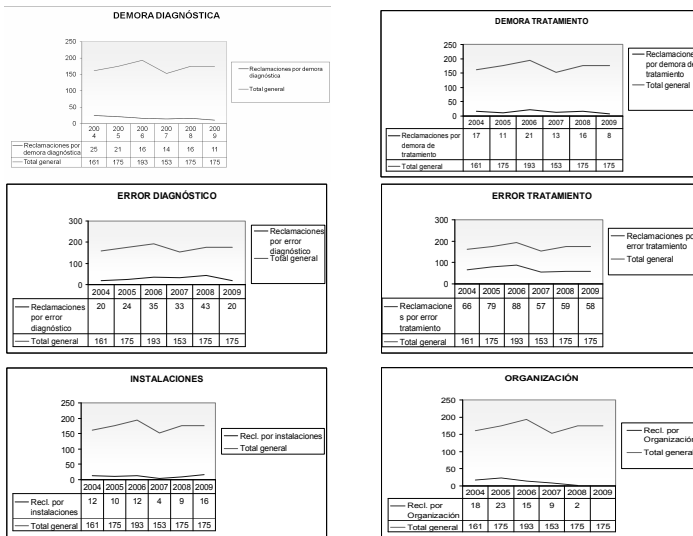
La reclamación patrimonial tiene su origen en la relación que el ciudadano hace entre el daño recibido y su visión de los hechos originarios y del contexto. Por tanto, el propio enunciado de la reclamación nos da información sobre:

1. *Referencias temporales.* Habitualmente el ciudadano hace una relación cronológica de los hechos que le causaron los daños.
2. *Ubicación.* El reclamante nos sitúa siempre en los lugares y espacios físicos o técnicos en los que se ha producido el daño. Es decir, centro sanitario, transporte, quirófano, urgencias.

RECLAMACIONES PATRIMONIALES: UBICACIÓN

Lugar Centro	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL	%
CENTRO CONCERTADO	7	9	9	5	2	8	33	3,79
A. PRIMARIA	9	21	13	29	16	18	97	11,14
HOSPITAL	141	144	168	111	143	116	682	78,30
TRANSPORTE SANITARIO	4		3		2		5	0,57
OTROS		1		8	12	33	54	6,20
Total general	161	175	193	153	175	175	871	100,0

3. De igual forma analiza desde su visión el funcionamiento que la estructuras sanitarias desarrollaron en el momento de producirse los hechos causa de la reclamación.



Esta breve visión de las tendencias y oscilaciones periódicas de las reclamaciones de los ciudadanos nos sirven como indicador de las respuestas que la Administración proporciona ante las reclamaciones.

4. *Personal.* En la mayor parte de los casos, cuando es posible, en la reclamación se identifican personas con su categoría profesional y servicio funcional al que están adscritos.

Para la Administración el expediente de responsabilidad patrimonial le aporta una información objetiva y crítica de los hechos que han causado los posibles daños, y permiten a través del análisis de los mismos, la determinación de una responsabilidad por el funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Conclusiones

Las reclamaciones patrimoniales que los ciudadanos formulan a la Administración para ser indemnizados por la Administración por el daño físico o moral causado y por las secuelas de las actuaciones sanitarias genera un procedimiento reglamentario de actuación que proporciona datos cuantitativos, cualitativos, organizacionales, funcionales y de riesgos de un Servicio de Salud.

Dado el impacto y trascendencia que las resoluciones de la Administración conllevan, es necesario el análisis metódico y continuado de las reclamaciones. Los resultados de estos análisis aportan a los gestores públicos elementos suficientes para poner en marcha actuaciones de prevención y control de riesgos de efectos adversos de la asistencia sanitaria y de las estructuras que la soportan.

La herramienta operativa de este análisis debe ser el desarrollo de un mapa de riesgos con características similares a los que habitualmente se vienen usando para la prevención de riesgos laborales en todos los sistemas públicos de salud.

Bibliografía

- Abogacía General del Estado. Dir. del Servicio Jurídico del Estado. *Manual de Responsabilidad Patrimonial Sanitaria*. Editorial Aranzadi, 2009.
- Cortes Españolas. *Constitución Española 1978*. Publicado en: BOE núm. 311 de 29/12/1978.
- BOE. *Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común*. Publicado en BOE núm. 285 de 27/11/1992. (arts. 139 a 144).
- BOE. *Ley 8/2000, de 30 de noviembre de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha*. Publicado en BOE núm. 50 de 27/02/2001.
- SESCAM. *Manual de Procedimiento para la Tramitación de la Responsabilidad Patrimonial*. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. 2010 – Toledo.
- Ley 4/1999, de modificación de la Ley 30/1992*. Publicado en BOE núm. 12 de 14/01/1999.
- Rivas López, A.L. *Responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, aspectos de su práctica administrativa y procesal*. Madrid: Editorial Marcial Pons, 2012.
- Aranaz J. M.; Aibar C.; Vitaller J.; Mira J.J., Orozco D. *Estudio APEAS: Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de Salud*, resumen, Ministerio de Sanidad y Consumo. Año 2006.
- BOE. Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el *Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial*. Publicado en BOE núm. 106 de 04/05/1993.
- Vincent C., Young M., Phillips A. *Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action*. In: *Lancet* 1994, 343(8913): 1609-1613.
- Longo Francisco. *La responsabilización por el rendimiento en la gestión pública: problemas y desafíos*. ESADE. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0047611>. Consultado el 30 de octubre de 2012.
- Bajo Arenas, José Manuel (mayo de 2011). *Medicina defensiva* (en español). Revista Calidad y Riesgo. Consultado el 2 de noviembre.
- L.T. Kohn, J. Corrigan, M.S. Donaldson. *To err is human: building a safer health system*, 2000.
- Bagian James P., et al. *Developing and deploying a patient safety program in a large health care delivery system*. In: *Jt. Comm. J. Qual. Improv.*, 2001; 27: 522-530.
- García Gómez, M^a Montserrat. *Los mapas de riesgos. Concepto y metodología para su elaboración*. Revista San Hig Púb. 1994; 68: 443-453.
- Martínez López F.J., Ruiz Ortega J.M. *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, S.A., 2001.
- Junta de Andalucía. *Guía para elaborar un Mapa de Riesgos de Seguridad del Paciente*, 2011, <http://www.saludinnova.com/practices/view/867/>. Consultado el 25 de octubre de 2002.

**ASOCIAȚIA ECONOMIE,
MANAGEMENT ȘI PSIHOLOGIE ÎN
MEDICINĂ DIN MOLDOVA – MEMBRU
INSTITUȚIONAL AL ALASS**

Constantin EȚCO, dr. hab. în medicină, prof. universitar, președintele Asociației *Economie, Management și Psihologie în Medicină*; membru ALASS,
Dumitru ȘIȘCANU, dr. în medicină, șeful Secției Consultative a Centrului Perinatologic al IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1, Chișinău, membru ALASS

Summary

The Economy, Management and Psychology Association in Medicine of the Republic of Moldova is a Collective Member of ALASS

In the article the history of origine of the International Latin Association of Health Care System Analysis, its functions and different scientific problems which reflect the health level of population in different countries, is presented.

Besides of that, there are information about Association of the Republic of Moldova, which is a collective member from 2007 and it's 4-8 persons make reports every year. There are given recommendations, how to become Personal or Collective Member of ALASS.

Резюме

Ассоциация Экономики, Менеджмента и Психологии в Медицине Республики Молдова – коллективный член ALASS

В статье описываются история создания Международной Латинской Ассоциации Анализа Системы Здравоохранения, ее задачи и разнообразные научные проблемы, которые отражают состояние здоровья населения, уровень оказания медицинской помощи в различных странах.

Кроме того, приводятся данные об Ассоциации Экономики, Менеджмента и Психологии в Медицине Р. Молдова, которая является коллективным членом с 2007 года и в рамках которой ежегодно участвуют с докладами 4-8 членов ALASS. Даются рекомендации как стать индивидуальным и коллективным членом ALASS.

Despre ALASS

Asociația Latină pentru Analiza Sistemelor de Sănătate (ALASS) a fost fondată la 27 ianuarie 1989, în orașul Lugano din Elveția. ALASS este o asociație științifică și profesională care are ca obiectiv promovarea și dezvoltarea colaborării dintre cercetătorii din diferite țări de cultură latină în domeniul sistemelor de sănătate. ALASS reprezintă o rețea de savanți (profesori și cercetători) și de practicieni (gestionari, planificatori, politicieni) în domeniul sănătății, interesați în a contribui la soluționarea multiplelor probleme ce țin de sistemele de sănătate din țările latine.

ALASS împărtășește convingerea că există o cultură latină comună, care se manifestă inclusiv prin perceperea calității vieții, prin comportamentele în materia de prevenire a bolilor și utilizare a serviciilor de sănătate, fără a ignora particularitățile naționale, regionale și locale. Aceste caracteristici comune facilitează înțelegerea problemelor particulare ale diferitelor țări și permite adaptarea aceleiași soluții la specificul local.

ALASS dorește să reunească sub același cadru asociativ un grup de profesioniști care interacționează și își împărtășesc experiența și aptitudinile, pentru a rezolva problemele sistemelor de sănătate. Domeniile de cercetare ale ALASS sunt multiple și integrează elaborarea de politici, reglementarea, planificarea, finanțarea și gestionarea sistemelor de sănătate, fiind important impactul soluțiilor asupra organizării, gestionării resurselor umane, satisfacției clienților etc.

Valorile ALASS:

- ✓ pluralitatea culturilor
- ✓ utilizarea tuturor limbilor latine (italiană, franceză, spaniolă, portugheză, română)
- ✓ integrarea disciplinelor și metodelor
- ✓ toleranța și deschiderea față de diferite puncte de vedere
- ✓ nesubordonarea față de niciun sistem politic, moral și economic
- ✓ lucrul în echipă și schimbul de experiență
- ✓ relații profesionale și sociale între membrii Asociației care creează legături amiabile și durabile.

Asociația *Economie, Management și Psihologie în Medicină* – membru instituțional al ALASS

Pentru prima dată membrii Asociației *Economie, Management și Psihologie în Medicină* (AEMPM), prof. C. Ețco și doctorandul D. Șișcanu, au participat în septembrie 2007 la Congresul XVIII care a avut loc la Marseille, Franța. Unul dintre evenimentele importante în activitatea ALASS din anul 2008 a fost aderarea a doi membri instituționali noi, printre care și Asociația *Economie, Management și Psihologie în Medicină* din Republica Moldova. Asociația noastră este prima instituție din țară acceptată în familia ALASS. Oficializarea acestui eveniment a avut loc în cadrul celui de-al XIX-lea Congres al ALASS din Bruxelles (Belgia) la 12

septembrie 2008. Președintele Asociației, profesorul Constantin Ețco, a prezentat o scurtă alocuțiune în fața participanților la congres și a înmănat Președintelui de atunci al ALASS, doamnei Ana-Maria Malik, scrisoarea oficială și fanionul cu simbolica AEMPM.

Delegația Moldovei la acest congres a fost reprezentată de Constantin Ețco, Gheorghe Țurcanu, Tamara Țurcanu, Valeriu Oglindă și Dumitru Șișcanu. În cadrul sesiunilor Congresului ALASS din Bruxelles, reprezentanții noștri au făcut două prezentări: *Problematika medico-sociala în perinatalogie: abandonul infantil* (C. Ețco, D. Șișcanu) și *Managementul bolilor respiratorii acute la copiii cu infecții herpetice* (T. Țurcanu).

Aderarea la ALASS este o mândrie pentru membrii AEMPM care promovează valorile acestei organizații internaționale printre managerii și specialiștii-practicieni din instituțiile medicale din Republica Moldova.

Principalele activități ale ALASS sunt congresul anual, cu o durată de trei zile (CALASS), consacrat prezentării rezultatelor științifice, experiențelor practice și realizărilor concrete, și atelierele de lucru pe teme specifice.

Atelierul *Malpraxis medical: actualități și perspective*, organizat în capitala Republicii Moldova la 29 iunie 2012, este prima activitate desfășurată de AEMPM în colaborare și sub egida ALASS-ului. În cadrul Adunării Generale a ALASS, organizate la Lisabona, Portugalia, cu prilejul Congresului anual din septembrie 2012, doamna Ana-Maria Malik, președinte, și doamna Carmen Tereanu, membru al Comitetului ALASS, au adresat călduroase mulțumiri echipei din Republica Moldova pentru excelenta organizare și reușita atelierului de la Chișinău.

Cum puteți deveni membru ALASS

Asociația cuprinde peste 400 de membri individuali. În același timp, ALASS include 27 de membri instituționali din 11 țări. Puteți adera la ALASS, contactând direct secretariatul Asociației cu sediul

la Barcelona, Spania (alass@alass.org). Mai multe informații privind condițiile de aderare și avantajele prevăzute pentru membrii ALASS, individuali sau instituționali, sunt disponibile pe pagina internet a Asociației (www.alass.org).

Asociația *Economie, Management și Psihologie în Medicină* este deschisă pentru toți specialiștii în domeniu din Republica Moldova interesați în colaborarea cu ALASS, oferind informația necesară și asistență privind participarea la congresele și atelierele de lucru organizate – oportunități reale pentru un schimb de experiență cu colegii din alte țări, pentru stabilirea unor relații interpersonale de perspectivă, precum și de instituire a unor parteneriate de colaborare între instituții.

Activitățile ALASS în 2013

Congresul anual al ALASS va avea loc în perioada 29-30 august 2013, la École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) din Rennes, Franța, și va avea tema: *Bolile cronice: o provocare pentru sistemele de sănătate*. În cadrul congresului vor fi organizate și două ateliere-satelit: primul – axat pe promovarea legalității în sistemele de sănătate, iar cel de-al doilea – pe impactul crizei economice asupra sistemelor de sănătate.

De asemenea, de-a lungul anului este preconizată organizarea următoarelor ateliere de lucru:

- *Roluri noi în cadrul profesiei de asistent medical. Experiențe din țările latine ale Europei*, la Bruxelles (Belgia) sau Milano (Italia);
- *Asigurările de sănătate în sistemele de tip Beveridge. Experiența țărilor europene de cultură latină*, la Lisabona (Portugalia) sau Milano (Italia);
- *Gestionarea logistică a pacientului (lean management)*, la Lugano (Elveția) sau Milano (Italia).

Detaliile privind aceste manifestări urmează a fi publicate pe pagina internet a Asociației.

Va așteptăm în sânul ALASS!

SISTEMUL INFORMAȚIONAL
DE SUPRAVEGHERE A MALADIILOR
TRANSMISIBILE ȘI EVENIMENTELOR DE SĂNĂTATE
PUBLICĂ – ELEMENT AL IMPLEMENTĂRII REFORMEI SERVICIULUI
DE SUPRAVEGHERE A SĂNĂTĂȚII PUBLICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Stela GHEORGHÎĂ,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Information system of communicable disease and public health events surveillance – part of Public Health Surveillance system reform implementation in the Republic of Moldova

Informatization of public health service is the process of improving the quality and accessibility to data about the situation and trends in morbidity, optimization of surveillance and control of communicable diseases and public health events to increase the efficiency time, financial and human resources management and this represent an essential key for public health service reform.

Keywords: public health, informatization, surveillance, communicable diseases.

Резюме

Информационная система надзора за инфекционными заболеваниями и событиями общественного здоровья как элемент реформирования службы общественного здравоохранения в Республике Молдова

Информатизация службы общественного здравоохранения является процессом улучшения качества и доступности данных о ситуации и тенденциях заболеваемости, оптимизации надзора и контроля за инфекционными заболеваниями и событиями общественного здоровья за счет эффективного управления временем, финансовыми и человеческими ресурсами и является ключевым элементом реформы государственной службы здравоохранения.

Ключевые слова: общественное здравоохранение, информатизация, надзор, инфекционные заболевания.

Introducere

Sectorul sănătății în multe țări cu economie dezvoltată și în curs de dezvoltare, în contextul modernizării activităților, sporirii performanțelor și îmbunătățirii managementului datelor, resurselor umane și financiare, precum și în scopul optimizării procesului de luare a deciziilor, implementează sisteme informaționale, cum ar fi: registre electronice pe anumite nozologii, liste electronice de programare și așteptare, sisteme de monitorizare a determinantelor sănătății și de supraveghere a maladiilor, care în ansamblu sunt elemente ale sistemului complex de supraveghere a sănătății publice.

La etapa actuală, procesul de informatizare a vieții și societății ia o amploare din ce în ce mai mare, vizând tot mai multe laturi ale vieții și domeniilor profesionale. Guvernul Republicii Moldova, în Programul de activitate pentru anii 2011-2014, reiterează că una dintre direcțiile de administrare responsabilă și eficientă este *e-guvernarea*, scopul căreia este transformarea țării într-un stat modern, performant, interactiv, prin utilizarea tehnologiilor informației și comunicațiilor [13].

Strategia Națională de edificare a societății informaționale în Republica Moldova, în lista priorităților strategice, de rând cu expansiunea rapidă a infrastructurii societății informaționale la nivel național, guvernarea și democrația electronică, educația electronică, știința electronică, cultura electronică, menționează necesitatea utilizării tehnologiilor informaționale și de comunicații în sistemele de sănătate publică și protecție socială, numită *e-sănătate*. Sănătatea electronică reprezintă utilizarea tehnologiilor informaționale și de comunicații în sistemele de sănătate publică [15].

Sistemele informaționale (SI) ce vizează domeniul sănătății publice sunt comprehensive, integrează aplicații complicate și sunt interconectate cu alte sisteme informaționale. Aceste activități sunt determinate de diversitatea domeniilor și funcțiilor de bază, atribuite sistemului de supraveghere a sănătății publice, de la înregistrarea unor caracteristici pentru un eveniment de sănătate publică până la generarea rapoartelor și informațiilor analitice pentru acțiune.

Supravegherea, prevenirea și controlul bolilor transmisibile reprezintă unul dintre domeniile de bază în supravegherea de stat a sănătății publice [6]. În Republica Moldova, supravegherea epidemiologică a bolilor infecțioase și a stărilor de sănătate include colectarea, analiza, interpretarea, difuzarea sistematică și continuă a informațiilor cu privire la 72 de forme nozologice, conform Clasificatorului Internațional al maladiilor, și 6 probleme de sănătate despre particularitățile răspândirii lor în timp, în diferite teritorii și grupuri ale populației și evaluarea factorilor de risc de contractare a acestora, pentru luarea deciziilor de prevenire și combatere [3, 11].

Materiale și metode

Începând cu anul 2008, o echipă de epidemiologi de la Centrul Național de Sănătate Publică și de specialiști în tehnologii informaționale, în cadrul Proiectului *Controlul gripei aviare și gradul de pregătire în caz de pandemie umană și activitățile de răspuns*, finanțat de Banca Mondială, au inițiat elaborarea unui sistem informațional. Platforma electronică de supraveghere a maladiilor transmisibile și a evenimentelor de sănătate publică transpune fluxul de date de la momentul înregistrării unui caz de boală infecțioasă sau eveniment ce poate avea impact asupra sănătății publice, cu analiza datelor prin totalizarea lor în tabele, grafice, elaborarea informației și diseminarea (feedback) ei tuturor instituțiilor medicale și nemedicale, pentru elaborarea și adoptarea unor acțiuni adecvate de reducere a impactului asupra sănătății publice.

Funcționarea SI este asigurată de o serie de instrumente actualizate și standardizate pentru detectarea, înregistrarea, evidența, raportarea și analiza operativă a datelor. În acest scop, a fost studiată eficiența folosirii formularelor statistice în procesarea datelor: a) fișa de notificare urgentă despre depistarea cazului de boală infecțioasă, intoxicație, toxicoinfecție alimentară și/sau profesională acută, reacție adversă după administrarea preparatelor imunobiologice (formularul 058e); b) trimitere pentru investigații/rezultate de laborator (formularele 204/e, 239/e); c) registre de evidență (a bolilor infecțioase – nr. 060/e; investigațiilor de laborator – 376/e etc.) și forme statistice (raportul statistic nr. 2 *Privind bolile infecțioase și parazitare*) [9]. Pentru cercetarea procesului de implementare a SI, au fost folosite metode epidemiologice descriptive și analitice.

Rezultate și discuții

Scurt istoric. Imediat după formarea serviciului sanitaro-epidemiologic în Republica Moldova, la sfârșitul anilor '40-'50 ai secolului trecut, una dintre priorități era combaterea epidemiilor, izbucnirilor și creșterii numărului de cazuri de boli infecțioase, pentru a asigura buna stare sanitaro-epidemiologică a populației. Astfel, a apărut stringenta necesitate de a cunoaște numărul de cazuri de boli infecțioase înregistrate în anumite teritorii, perioade de timp și în mediul diferitelor grupuri ale populației.

Cazurile de boli infecțioase erau raportate de către medicul-clinician pe suport de hârtie, iar ulterior și telefonic la centrul de igienă și epidemiologie teritorial, pentru inițierea anchetei epidemiologice și recomandarea anumitor măsuri antiepidemice și profilactice. Lunar și anual datele raportate se totali-

zau, se analiza situația epidemiologică (morbiditatea, mortalitatea, tendințe, distribuția cazurilor pe vârste, teritorii etc.), iar rezultatele analizei erau folosite pentru elaborarea planurilor complexe de combatere și profilaxie a bolilor infecțioase și pentru adoptarea unor decizii politice de sănătate publică.

La sfârșitul anilor '90 ai secolului XX, pentru a promova cooperarea și coordonarea între statele-membre la nivelul Comunității Europene, Parlamentul și Consiliul Europei au aprobat Decizia [3] de creare a unei rețele de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile. A fost instituit un sistem de supraveghere epidemiologică a bolilor transmisibile și un sistem de avertizare și reacție timpurie pentru prevenirea și controlul acestor boli, sarcina de bază fiind culegerea datelor necesare pentru supravegherea epidemiologică a bolilor transmisibile, precum și prin stabilirea procedurilor pentru difuzarea informațiilor relevante.

Evaluarea sistemului național de supraveghere a maladiilor infecțioase, efectuată de comun cu experții OMS în anul 2001, a evidențiat un șir de puncte forte și puncte slabe, cu definirea acțiunilor prioritare, inclusiv digitalizarea raportării și analiza computerizată a datelor [2].

În documentele strategice ale sectorului de sănătate – *Politica națională de sănătate pentru perioada 2007-2021 și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în 2008-2017* – au fost definite prioritățile naționale și direcțiile principale de acțiune ale sistemului de sănătate. La *Capitolul XIII. Controlul maladiilor contagioase*, sunt stipulate sarcinile: implementarea acțiunilor direcționate spre soluționarea problemelor prioritare și optimizarea supravegherii prin utilizarea activă a sistemelor electronice informaționale [12, 15].

În Republica Moldova, între timp au avut loc un șir de reforme ale serviciului sanitaro-epidemiologic în medicina preventivă, iar ulterior, în anul 2009, în urma reorganizării a fost fondat serviciul de sănătate publică. Una dintre funcțiile prioritare ale noului serviciu de sănătate publică o constituie implementarea unui sistem de supraveghere și control al maladiilor transmisibile, ajustat la standardele europene și integrat în rețelele zonale, europene și globale [1, 6, 14].

Concomitent, la 15 iunie 2007, la nivel global, inclusiv în țara noastră, a intrat în vigoare Regulamentul Sanitar Internațional (2005), ce impune necesitatea creării capacităților naționale pentru realizarea promptă a măsurilor de control al maladiilor transmisibile aflate în supraveghere și al evenimentelor de sănătate publică, în vederea limitării răspândirii și diminuării impactului asupra sănătății

publice, traficului și comerțului internațional [4, 5, 9, 10, 16].

În scopul standardizării raportării datelor despre bolile infecțioase, în anul 2007 Ministerul Sănătății a aprobat definițiile-standard de caz [11] și astfel a transpus prevederile directivelor UE. Aceste definiții au fost preluate pentru raportarea cazurilor de boală infecțioasă ca: *posibil*, *probabil* și *confirmat*, folosind diagnosticile clinice în conformitate cu Clasificatorul Internațional al bolilor al OMS, revizia a.10. Totodată, a fost efectuată prioritizarea bolilor infecțioase și problemelor de sănătate publică, în domeniul bolilor prioritare fiind ulterior dezvoltate sisteme specifice de supraveghere (gripa, tuberculoza, HIV/SIDA).

Aspecte generale

Conceptul de *e-sănătate* reprezintă cadrul general pentru SI în domeniul sănătății și, conform afirmațiilor lui O. Lozan (2012), modifică esențial practicile și regulile din sectorul sănătății în termeni de relații între medici și pacienți, între medici și instituții medicale și, evident, între instituții medicale și instituții implicate în finanțarea și monitorizarea sectorului sănătății [7].

SI de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică reprezintă o rețea de colectare continuă a datelor privind

maladiile transmisibile și evenimentele de sănătate publică, ce permite înregistrarea lor în timp real, analiza datelor și evaluarea situației epidemiologice în teritoriul țării. SI este integrat cu alte registre electronice (demografic, de trasabilitate a animalelor) și folosește standardizate liste/nomenclatoare ale instituțiilor medicale, laboratoarelor publice și private, investigațiilor de laborator, agenților microbieni etc.

Cazul de boală raportat „în timp real” de către medicul-clinician integrează datele demografice, permite înregistrarea semnelor clinice și circumstanțelor epidemiologice. Pentru cazurile raportate este posibilă generarea formularului electronic al trimiterii de laborator și vizualizarea rezultatului examenului de laborator după procesarea probelor.

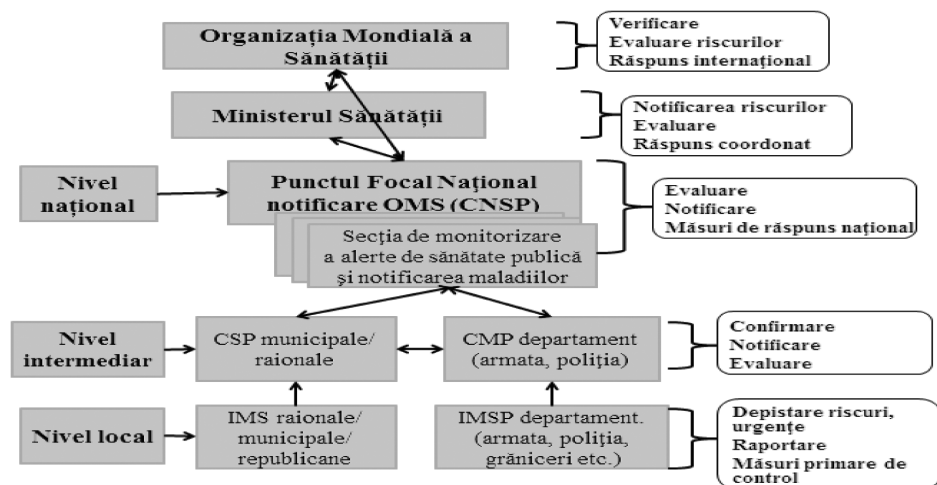
SI funcționează în strictă conformitate cu actele legislative și normative în vigoare privind protejerea, asigurarea confidențialității și accesul la date cu caracter personal. Pentru specialiștii care sunt responsabili de furnizarea datelor calitative în SI, de analiza lor sunt stabilite reguli bine definite de acces la datele electronice, în limita competenței profesionale și în raza teritoriului deservit – pentru medicii-clinicieni, epidemiologi și specialiștii de laborator.

Elaborarea și structura SI

SI de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică a fost elaborat și instituit în conformitate cu etapele de bază de elaborare și implementare a sistemelor electronice: planificarea elaborării proiectului, definitivarea complexității generice sau o singură aplicație, abordarea unică a datelor (colectarea numărului optim de date, stocarea, securitatea datelor), utilizarea standardelor, planificarea și elaborarea proceselor-business, controlul elaborării SI [8].

Sistemul de sănătate, inclusiv supravegherea bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică este structurat funcțional pe nivele: *local*, *intermediar* și *național*, această filozofie stând și la baza elaborării designului SI (vezi *schema*). Specialiștii din asistența medicală primară, cea de urgență și cea spitalicească, la suspectarea cazului de boală infecțioasă și/sau unui eveniment de sănătate publică, raportează cazul prin completarea formularului electronic.

Nivelurile și atribuțiile sistemului de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimentelor de sănătate publică în Republica Moldova



Concomitent, pentru confirmarea de laborator a cazului, medicul poate genera trimiterea la investigații, selectând din liste prestabilite laboratorul în care este îndreptată proba prelevată și metoda cercetării de laborator. Specia-

liștii de laborator vizualizează trimiterea, efectuează investigația de laborator și suplamentează rezultatele de laborator, de asemenea, în sistemul electronic, făcând accesibile rezultatele imediat după finalizarea examinărilor. Medicul-epidemiolog vizualizează cazurile raportate din teritoriul deservit și, la necesitate, inițiază ancheta epidemiologică, evaluează riscurile pentru sănătatea publică, elaborează informații pentru acțiune și recomandă măsurile de rigoare.

Toate cazurile raportate în SI, în scopul asigurării acurateței și calității datelor, sunt supuse automat anumitor controale logice – de la raportare și validare până la clasificarea finală a cazului. Validarea și clasificarea finală ca un caz confirmat clinic, de laborator și epidemiologic se efectuează de către medicul-epidemiolog. Doar cazurile validate nimeresc în raportul statistic nr. 2 *Privind bolile infecțioase și parazitare*. Totodată, SI permite generarea unui șir de rapoarte operative pe grupe de nozologii, de vârstă, teritorii, inclusiv distribuție geografică, după semne clinice, pe perioade interesate de timp etc.

Provocările și beneficiile SI

W. Yasnoff et al. au remarcat că implementarea în viitor a SI în domeniul sănătății publice este determinată de 3 mari provocări: elaborarea coerentă și integrată; integrarea maximală a serviciilor de asistență medicală cu cele de sănătate publică și impactul tehnologiilor informaționale asupra aspectelor de confidențialitate și de proprietate [8]. Provocările enumerate sunt valabile și în cazul SI elucidat, totodată o altă provocare rezidă în necesitatea resurselor umane instruite în domeniul utilizării SI atât la furnizarea datelor, cât și la generarea rapoartelor cu utilizarea la maximum a resurselor acestuia. Totodată, beneficiile identificate pot fi clasificate în câteva grupuri mari: sistemice, politici de sănătate, organizatorice etc.

Beneficiile în contextul optimizării sistemului de supraveghere a sănătății publice includ aspectele de accesibilitate la date și rapoarte pentru toate teritoriile administrative și la nivel național, pentru perioade flexibile de timp (zi, săptămână, decadă, lună etc.), care sunt folosite activ pentru elaborarea măsurilor de control al bolilor infecțioase. Se obține o imagine complexă a situației epidemiologice (deoarece datele se furnizează de instituțiile medicale publice, private și departamentale) și se evaluează standardizat situația la toate nivelele sistemului de sănătate. SI integrează datele demografice, clinice, de laborator și epidemiologice și oferă conexiune cu alte sisteme informaționale SIME TB. Definițiile de caz, formularele statistice de evidență și raportare au fost transpuse integral de sistemul electronic.

În aspect larg de politici, beneficiul implementării SI de supraveghere a maladiilor transmisibile vizează gestionarea eficientă a datelor în condițiile unor resurse umane și materiale limitate. Pentru o funcționare optimă, sunt clar delimitate funcțiile serviciilor de asistență medicală primară, urgentă și spitalicească în raportarea cazurilor de boli infecțioase și evenimentelor de sănătate (una dintre funcțiile de bază). Totodată, implementarea pe larg a SI fundamentează necesitatea de specialiști în tehnologii informaționale pentru asigurarea întreținerii tehnice a sistemelor electronice. În sens îngust, SI de supraveghere a maladiilor transmisibile optimizează timpul și contribuie la sporirea eficienței măsurilor de control al bolilor infecțioase, a deciziilor de sănătate publică.

În sens larg, acest sistem constituie baza unei platforme actuale de dezvoltare a unui sistem complex de supraveghere a sănătății publice, în conformitate cu prevederile Regulamentului Sanitar Internațional (2005).

Aspectele practice de organizare a supravegherii includ: detectarea timpurie, evaluarea riscului și elaborarea măsurilor de răspuns, care sunt atribuții prioritare distribuite conform domeniilor de activitate a serviciilor de asistență medicală primară, urgentă, spitalicească și de sănătate publică, precum și pentru alte ministere și departamente care au responsabilități în domeniul dezvoltării și fortificării sănătății publice.

Aspectele de funcționalitate vizează utilizarea unui număr optim de formulare în sistemul de raportare și de creare a bazelor de date computerizate unice pentru bolile transmisibile, ținând cont de necesitatea asigurării protecției datelor și a confidențialității.

Concluzii

1. Procesul de informatizare a serviciului de sănătate publică reprezintă o activitate continuă, de perspectivă și oferă un suport esențial pentru: îmbunătățirea calității și accesibilității datelor despre situația epidemiologică și tendințele de evoluție a morbidității; optimizarea măsurilor de supraveghere și control al maladiilor transmisibile și evenimentelor de sănătate; managementul timpului, resurselor umane și gestionarea financiară eficientă.
2. Sistemul informațional de supraveghere a bolilor transmisibile în Republica Moldova se află la etapa de implementare, iar procesul de reformare a Serviciului de supraveghere a sănătății publice impune necesitatea extinderii sistemului informațional în supravegherea bolilor nontransmisibile.

3. Informatizarea anumitor activități de bază ale sistemului de sănătate publică este în conformitate cu strategiile de e-guvernare și e-transformare și rezidă în integrarea lui ulterioară în spațiul informațional unic.

Bibliografie

1. *Case definitions for the four diseases requiring notification to WHO in all circumstances under the IHR (2005) – 2009*, WER/REH 2009, 84, 49–56, <http://www.who.int/wer/2009/wer8407.pdf>.
2. Chicu V., Beneș O., Andriuță C. et al. *Evaluarea sistemului național de supraveghere a maladiilor infecțioase*. Republica Moldova, 19-31 martie, 2001, 60 p.
3. Decizia 2119/98/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 24 septembrie 1998 de creare a unei rețele de supraveghere epidemiologică și control al bolilor transmisibile în Comunitate, JO L 268, 3.10.1998, p. 1.
4. Hotărâre de Guvern nr. 475 din 26.03.2008 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind punerea în aplicare a Regulamentului Sanitar Internațional în Republica Moldova.
5. *International Health Regulation (2005)*. II, Geneva, WHO, 2008.
6. *Legea nr. 10-XVI din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice*. Monitorul Oficial nr. 67/183 din 03.04.2009.
7. Lozan Oleg. *Tehnologii telemedicale în sistemul educațional și cel de sănătate*. Teza de doctor habilitat, Chișinău, 2012, 200 p. http://www.cnaa.md/files/theses/2012/22177/oleg_lozan_abstract.pdf.
8. O'Carroll Patrick, W.A. Yasnoff, M.E. Ward et al. *Public Health informatics and information systems, 2003*. Spinger Science – Business Media, Inc, 790 p.
9. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 13 din 11.01.2011 *Cu privire la aprobarea Fișei de notificare urgentă despre depistarea cazului de boală infecțioasă, intoxicație, toxicoinfecție alimentară și/sau profesională acută, reacție adversă după administrarea preparatelor imunobiologice*.
10. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 268 din 06.08.2009 cu privire la realizarea HG nr. 475 din 26.03.2008 *Cu privire la aprobarea Planului de acțiuni privind punerea în aplicare a Regulamentului Sanitar Internațional în Republica Moldova*.
11. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 385 din 12.10.2007 *Cu privire la aprobarea definițiilor de caz pentru supravegherea și raportarea bolilor transmisibile în Republica Moldova*, 38 p.
12. *Politica națională de sănătate a Republicii Moldova, 2007-2021*, p. 53-57.
13. Programul de activitate al Guvernului Republicii Moldova, 2011-2014: *Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare*, Chișinău, 2011, p. 55.
14. *Protocol for the assessment of national communicable disease surveillance and response systems – guidelines for assessment teams – 2010*, http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007/en/index.html.
15. *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, 72. p.
16. *WHO guidance for the use of annex 2 of the International Health Regulation (2005) – decision instrument for the assessment and notification of events that may constitute a public health emergency of international concern – 2010*, http://www.who.int/ihr/annex_2_guidance/en/index.html.

Prezentat la 4.10.2012

Stela GHEORGHITA – dr. med., cercet. științ. superior, vicedirector Centrul Național de Sănătate Publică,
sgheorghita@cnspl.md
 tel.: 0694 77 550, 574-503

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭКСПОЗИЦИИ
И ОЦЕНКА РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ
СТОЙКИХ ОРГАНИЧЕСКИХ КОНТАМИНАНТОВ
ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Раиса СЫРКУ, Татьяна СТРАТУЛАТ,
Мариана ЗАВТОНИ, Елена БОЙЦУ,
Алла ОУАТУ, Раиса МИГАЛАТИЕВ,
Светлана НЕГРУ, Алена ПАТЛАТИ,
Национальный центр общественного здоровья

Summary

Exposure Determination and Risk Estimation of the Impact of Persistent Organic Food Pollutants over Human Health

The results of exposure determination and risk assessment of organochlorine food contaminants effect over human health are presented in the paper. DDT was established to be the main pollutant of breast milk. The naturally fed newborns thus represent a potential group of health risk.

Three contaminants were detected in fish: DDT, hexachlorocyclohexane and polychlorinated biphenyls. The established values of noncarcinogenic risks are very small. Nevertheless, even at low exposition levels the most vulnerable parts of the organism are liver and reproduction system.

Keywords: organochlorine food contaminants, risk noncarcinogenic, public health.

Rezumat

Determinarea expoziției și evaluarea riscului impactului contaminanților organici persistenți din produsele alimentare asupra organismului uman

Lucrarea prezintă rezultatele determinării expoziției și estimării riscului generat de impactul contaminanților alimentari clororganici asupra sănătății populației. S-a determinat că DDT este poluantul principal al laptelui matern. Astfel, grupa potențială de risc pentru sănătate include nou-născuții alimentați natural.

Trei contaminanți au fost detectați în pește: DDT, hexaclorciclohexan și bifinili policlorurați. Valorile determinate ale riscurilor noncancerogeni sunt nesemnificative. Cu toate acestea însă, chiar și în cazul nivelelor atât de mici ale expoziției, cele mai vulnerabile organe ce pot fi afectate de acțiunea DDT, hexaclorciclohexan și bifinili policlorurați, încorporate cu pește, sunt ficatul și sistemul reproductiv al organismului uman.

Cuvinte-cheie: contaminanți alimentari clororganici, risc noncancerogen, sănătate publică.

Введение

В настоящее время в мировой практике для оценки влияния факторов окружающей среды на здоровье населения используется методология риска, критериями которой должны служить показатели риска. Важность данной проблемы подчеркнута в декларациях европейских конференций по состоянию окружающей среды и охране здоровья, на международных форумах по охране окружающей среды и химической безопасности (Modeling of the Environmental Chemical Exposure and Risk, 1999; Ecological Chemistry, 2005, 2007, 2012).

Современная методология анализа риска (ущерба) для здоровья позволяет качественно и количественно охарактеризовать степень воздействия неблагоприятных условий на здоровье населения, оценить комплексное действие химических соединений и особенности биологической активности этих веществ.

В соответствии с концепцией риска, факторы риска рассматриваются как причины или условия, увеличивающие вероятность развития заболевания, его неблагоприятного течения или исхода, т.е. те факторы, которые «запускают» патологический процесс или усиливают его. При этом следует учитывать, что спектр изменений в здоровье населения, возникновение которых может быть связано с влиянием факторов окружающей среды, достаточно широк и, следовательно, для характеристики степени риска недостаточно анализировать только традиционные показатели риска возникновения заболеваний [1].

Цель данной работы – определить экспозицию населения пилотных районов стойкими органическими загрязнителями в связи с употреблением пищевых продуктов, содержащих эти соединения, и оценка риска воздействия на здоровье данных контаминантов пищи.

Материалы и методы

Остаточные количества хлорорганических пестицидов в пробах грудного молока и рыбы определяли методами тонкослойной и газожидкостной хроматографии на хроматографах Цвет-106, Цвет-500 и Цвет-164 с детектором постоянной скорости рекомбинации электронов ДПП-1, HEWLETT PACKARD. Определение ДДТ в пробах грудного молока проводили в соответствии с Методическими указаниями № 3151-84 от 27.11.1984 г. [2].

Определение экспозиции и оценку риска воздействия химических контаминантов пищевых продуктов на население проводили согласно *Методическим указаниям* 2.3.7.2519-09 [3].

Экспозицию контаминантами пищевых продуктов на население рассчитывали по формуле:

$$Exp = \frac{C \times M}{BW}, \quad \text{где:}$$

Exp – значение экспозиции контаминантом, мг/кг массы тела/сутки (мг/кг массы тела/неделю, мг/кг массы тела/месяц);

C – содержание контаминанта в продукте, мг/кг;

M – потребление продукта, кг/сутки (кг/месяц);

BW – масса тела человека, кг (стандартное значение – 70 кг).

Оценку влияния рассчитанной экспозиции химическими контаминантами пищевых продуктов на здоровье населения осуществляли в соответствии с общими принципами методологии оценки риска [4].

Риск развития *неканцерогенных эффектов* оценивали через расчет коэффициента опасности (HQ), выражающего отношение оцененной дозы контаминанта к допустимой дозе.

Расчет коэффициента опасности проводили по формуле:

$$HQ = \frac{Exp}{УПМП}, \quad \text{где:}$$

HQ – коэффициент опасности;

Exp – экспозиция контаминантами;

$УПМП$ – условно переносимое месячное поступление.

Этот параметр используется для контаминантов, обладающих кумулятивными свойствами, и представляет собой допустимое для человека месячное поступление контаминанта в результате его естественного содержания в продуктах и питьевой воде.

$УПМП$ для изучаемых контаминантов:

ДДТ – 0,0005 мг/кг сут. x 30 сут. = 0,015 мг/кг м.т. месяц;

ГХЦГ – 0,001 мг/кг сут. x 30 сут. = 0,030 мг/кг м.т. месяц;

ПХБ – 70×10^{-9} мг/кг м.т. месяц.

Если коэффициент опасности содержания контаминантов в пищевых продуктах превышает 1,0, то такое воздействие характеризуется как не допустимое и требует принятия соответствующих управленческих решений.

Результаты и обсуждение

В последние годы повышенное внимание уделяется анализу воздействия на среду обита-

ния и организм человека соединений из группы стойких органических загрязнителей. Многие из них были известны уже давно и широко использовались в промышленности и сельском хозяйстве большинства стран, например, ДДТ, гексахлорбензол (ГХЦГ), полихлорированные бифенилы (ПХБ). Результатом этого явилось повсеместное их распространение и загрязнение ими объектов окружающей среды и организма человека. Гигиеническая оценка поступления этих поллютантов в организм человека и меры профилактики по предупреждению контаминации данными соединениями представлены в работе [5].

Оценка экспозиции является этапом оценки риска, в процессе которого устанавливается количественное поступление химического агента в организм человека различными путями (ингаляционным, пероральным, кожным) в результате контакта с различными факторами среды обитания (воздух, вода, почва, пищевые продукты). В основном, экспозиция человека стойкими контаминантами обусловлена употреблением в пищу продуктов, загрязненных остаточными количествами этих веществ: мясо, молочные продукты, рыба и морепродукты, яйца.

Выбор пилотных районов для определения экспозиции и оценки риска хлорорганических контаминантов пищевых продуктов проводился с учетом бывшей интенсивности применения хлорорганических препаратов (ДДТ, ГХЦГ), наличия на территории района крупных подстанций (источники загрязнения полибифенилами окружающей среды) и предприятий перерабатывающей промышленности, наличия больших поверхностных водоемов, где население производит отлов рыбы. В результате было отобрано два района на юге республики – Кагульский и Чадыр-Лунгский.

Для расчета экспозиции контаминантами пищевых продуктов на население пилотных районов использовали результаты определения остаточных количеств загрязнителей в продуктах питания и данные о суточном потреблении рыбы населением.

Рыба. В результате проведенного анкетирования населения пилотных районов было установлено, что в основном жители потребляют данный продукт один раз в неделю. Из представленных в *таблице 1* данных видно, что в рыбе были определены три потенциально вредных химических вещества: ДДТ, ГХЦГ, ПХБ.

Район Чадыр-Лунга. Экспозиция населения, потребляющего рыбу в селе Копчак, сформирова-

на загрязнении ГХЦГ (0,000012 мг/кг массы тела в месяц). Село Казаклия также характеризуется экспозицией ГХЦГ (0,00002 мг/кг массы тела в месяц). Наибольший вклад в экспозицию населения села Баурчи при употреблении в пищу контаминированной рыбы вносит ДДТ и составляет 0,000124 мг/кг массы тела в месяц. Поступление в организм жителей этого села ПХБ и ГХЦГ характеризуется величинами 0,000044 мг/кг массы тела в месяц. В среднем по трем селам основной вклад в экспозицию населения контаминантами рыбы вносит ДДТ, затем следует ГХЦГ и ПХБ.

Рыба, выловленная в плавнях реки Прут *р-не Кагул*, загрязнена ПХБ. Экспозиция населения, проживающего вдоль реки, составляет 0,00002 мг/кг массы тела в месяц.

Таблица 1

Оценка экспозиции населения контаминантами, содержащимися в рыбе

№ п/п	контаминант	сод-е в пробе, мг/кг	масса тела, кг	потр. прод. за месяц, кг	Эксп., мг/кг м.т./мес.
Р-н Чадыр-Лунга					
с. Копчак					
1.	Σ ДДТ	0,016	70	0,28	0,000012
с. Казаклия					
2.	Σ ДДТ	0,005	70	0,28	0,00002
с. Баурчи					
1.	Σ ГХЦГ	0,011	70	0,28	0,000044
2.	Σ ДДТ	0,031	70	0,28	0,000124
3.	Σ ПХБ	0,011	70	0,28	0,000044
ср. по 3 селам					
1.	Σ ГХЦГ	0,006	70	0,28	0,000025
2.	Σ ДДТ	0,0255	70	0,28	0,000102
3.	Σ ПХБ	0,011	70	0,28	0,000044
Р-н Кагул					
с. Манта					
1.	Σ ПХБ	0,005	70	0,28	0,00002

Грудное молоко, р-н Чадыр-Лунга. В таблице 2 представлена информация по оценке экспозиции детей контаминантами грудного молока. Видно, что в с. Баурчи уровень экспозиции организма ребенка первого года жизни, сформированной ДДТ, содержащимся в грудном молоке, составляет 0,001425 мг/кг массы тела. Уровень экспозиции в селах Копчак и Баурчи примерно одинаков. В среднем по району оцененная экспозиция ДДТ равна 0,0013 мг/кг массы тела в месяц.

Села *р-на Кагул* характеризуются более высокими уровнями экспозиции ДДТ. В селе Джурджулешть в организм ребенка данный контаминант поступает в количестве 0,0061 мг/кг массы тела в месяц. Средние значения по данному району составляют 0,0020 мг/кг массы тела в месяц.

Таблица 2

Оценка экспозиции детей хлорорганическими контаминантами, содержащимися в грудном молоке

№ п/п	контаминант	сод-е в пробе, мг/кг	масса тела, кг	потр. прод. за месяц, кг	Эксп., мг/кг м.т./мес.
Р-н Чадыр-Лунга					
с. Копчак					
1.	Σ ДДТ	0,016	10	0,75	0,0012
с. Казаклия					
2.	Σ ДДТ	0,017	10	0,75	0,001275
с. Баурчи					
1.	Σ ДДТ	0,019	10	0,75	0,001425
ср. по селам					
1.	ДДТ	0,0166	10	0,75	0,0013
Р-н Кагул					
с. Манта					
1.	Σ ДДТ	0,044	10	0,75	0,0033
с. Джурджулешть					
1.	Σ ДДТ	0,081	10	0,75	0,0061
г. Кагул					
1.	Σ ДДТ	0,022	10	0,75	0,0017
с. Рошу					
1.	Σ ДДТ	0,014	10	0,75	0,0011
ср. по району (включая еще 4 села)					
1.	Σ ДДТ	0,0269	10	0,75	0,0020

Характеристику риска развития неканцерогенных эффектов проводили на основе расчета коэффициента опасности, HQ , который представляет оценку экспозиции на основе референтных доз. В *таблице 3* представлены результаты расчета коэффициента опасности для потенциального источника риска здоровью ребенка – грудного молока. Рассчитанные коэффициенты опасности (референтные дозы представлены в методах исследования) для сел районов республики, Кагул и Чадыр-Лунга, показывают, что они меньше единицы. При этом, коэффициенты опасности и риски, связанные с потреблением детьми грудного молока, контаминированного ДДТ, в селах Кагульского района на порядок выше.

Среднее значение коэффициента опасности от воздействия ДДТ для сел района Чадыр-Лунга составляет 0,087, для сел Кагульского района – 0,135. Приведенные данные свидетельствуют о том, что наибольший риск развития токсических эффектов возможен при кормлении детей грудным молоком мам, проживающих в районе Кагул. Потенциальными критическими органами и системами, на которые может влиять ДДТ при пероральном поступлении в организм, являются: печень, почки, центральная нервная система, репродуктивная и гормональная системы.

Таблица 3

Оценка неканцерогенного риска воздействия ДДТ, поступающего в организм детей с грудным молоком

Село	вещество	HQ мг/кг м. т./месяц	насел. пункт	вещество	HQ мг/кг м. т./месяц
Копчак	ДДТ	0,08	Манта	ДДТ	0,22
Казаклия		0,085	Джурджулешть		0,41
Баурчи		0,095	г. Кагул		0,11
			Рошу		0,07
Среднее		0,087	Среднее		0,135

Таким образом, группой риска здоровью являются новорожденные дети, находящиеся на естественном вскармливании. ДДТ является контаминантом грудного молока, который может нанести ущерб здоровью детей.

В таблице 4 представлена информация о суммарном неканцерогенном риске воздействия пищевых контаминантов, поступающих в организм жителей района Чадыр-Лунга с потребляемой озерной рыбой. Наибольший вклад в риск возникновения неблагоприятных эффектов на здоровье человека вносит загрязнение рыбы ДДТ, затем следует ГХЦГ и ПХБ. Суммарный неканцерогенный риск в среднем по изученным населенным пунктам составляет $8,23 \times 10^{-3}$ мг/кг массы тела в месяц. Данная величина является приемлемым уровнем неканцерогенного риска.

Таблица 4

Оценка неканцерогенного риска воздействия контаминантов, поступающих в организм жителей р-на Чадыр-Лунга с рыбой

Село	Вещество	HQ мг/кг м. т./месяц
Копчак	ГХЦГ	$0,4 \cdot 10^{-3}$
Казаклия	ГХЦГ	$0,7 \cdot 10^{-3}$
Баурчи	ГХЦГ	$1,5 \cdot 10^{-3}$
	ДДТ	$8,3 \cdot 10^{-3}$
	ПХБ	$0,63 \cdot 10^{-3}$
ИП Тельпиз Инга	ДДТ	$5,3 \cdot 10^{-3}$
Ср. по селам	ГХЦГ	$0,8 \cdot 10^{-3}$
	ДДТ	$6,8 \cdot 10^{-3}$
	ПХБ	$0,63 \cdot 10^{-3}$
Сумма средних значений		$8,23 \cdot 10^{-3}$

Для сел р-на Кагул с численностью населения в среднем 3000 человек неканцерогенный риск в связи с потреблением выловленной из озера Манта рыбы, загрязненной ПХБ, составляет $0,003 \times 10^{-3}$ мг/кг массы тела в месяц.

Анализ суммарных индексов опасности для загрязняющих рыбу веществ (таблица 5), действующих на одни и те же критические системы,

показал, что наиболее высокие значения коэффициента опасности, HQ, установлены для группы веществ, влияющих на печень, включая индукцию микросомальных ферментов, и репродуктивную систему ($8,23 \times 10^{-3}$ мг/кг массы тела в месяц). Для ДДТ и ГХЦГ, влияющих на эндокринную (гормональную) систему, установлен суммарный индекс, равный $7,6 \times 10^{-3}$ мг/кг массы тела в месяц. Суммарный индекс веществ (ДДТ, ПХБ), влияющих на центральную нервную систему, составил $7,43 \times 10^{-3}$ мг/кг массы тела в месяц.

Общий суммарный неканцерогенный риск воздействия на критические органы и системы при пероральном поступлении контаминантов рыбы для жителей трех сел (Копчак, Казаклия, Баурчи) с общей численностью населения, равной 25352 человека, составляет 0,04 мг/кг массы тела в месяц. Наибольший вклад в общую суммарную величину коэффициента опасности вносит ДДТ, наименее значимую роль в формировании риска играет ПХБ.

Таблица 5

Риск возникновения неблагоприятных эффектов в здоровье жителей района Чадыр-Лунга, обусловленный присутствием контаминантов в рыбе

№ п/п	Вещество	Влияние на критические органы и системы х. в-в при пероральном поступлении	HQ, мг/кг массы тела в месяц	Суммарный индекс
1.	ДДТ	печень	$6,80 \cdot 10^{-3}$	$8,23 \times 10^{-3}$
2.	ГХЦГ		$0,80 \cdot 10^{-3}$	
3.	ПХБ		$0,63 \cdot 10^{-3}$	
1.	ДДТ	ЦНС	$6,80 \cdot 10^{-3}$	$7,43 \times 10^{-3}$
2.	ПХБ		$0,63 \cdot 10^{-3}$	
1.	ДДТ	репродуктивная	$6,80 \cdot 10^{-3}$	$8,23 \times 10^{-3}$
2.	ГХЦГ		$0,80 \cdot 10^{-3}$	
3.	ПХБ		$0,63 \cdot 10^{-3}$	
1.	ДДТ	гормональная	$6,80 \cdot 10^{-3}$	$7,6 \times 10^{-3}$
2.	ГХЦГ		$0,80 \cdot 10^{-3}$	
1.	ДДТ	почки	$6,80 \cdot 10^{-3}$	$6,8 \cdot 10^{-3}$
1.	ПХБ	иммунная	$0,63 \cdot 10^{-3}$	$0,63 \cdot 10^{-3}$
1.	ПХБ	развитие	$0,63 \cdot 10^{-3}$	$0,63 \cdot 10^{-3}$
	Суммарный индекс	Общий	$39,55 \cdot 10^{-3}$	$39,55 \cdot 10^{-3}$

В целом, вероятность возникновения неканцерогенных эффектов для источника риска – рыба, не вызывает беспокойства, поскольку коэффициенты опасности намного ниже 1.

Заключение

Полученные результаты по определению экспозиции и оценки риска воздействия контаминантов пищевых продуктов на здоровье

населения двух районов республики позволили установить загрязняющие вещества из числа хлорорганических соединений в продуктах питания.

В рыбе определены три контаминанта: ДДТ, ГХЦГ, ПХБ. Наибольший вклад в общую суммарную величину коэффициента опасности вносит ДДТ, наименее значимую роль в формировании риска играет ПХБ.

В грудном молоке основным загрязнителем является ДДТ. Данное соединение является контаминантом, который может нанести ущерб здоровью детей. Новорожденные дети, находящиеся на естественном вскармливании, являются потенциальной группой риска здоровью. Риск возникновения неблагоприятных эффектов в здоровье детского населения, обусловленный присутствием в грудном молоке ДДТ, в Кагульском районе выше по сравнению с р-ном Чадыр-Лунга.

Возможными путями сокращения уровней риска являются: снижение употребления в пищу продуктов с высоким содержанием жира, употребление нежирного куриного мяса, нежирной сметаны, расширение рациона питания за счет растительных продуктов и т. д.

Установленные значения неканцерогенных рисков не превышают единицы и являются пренебрежимо малыми. Но даже при таких уровнях экспозиции наиболее подверженными риску воздействия ДДТ, ГХЦГ и ПХБ, поступающими с контаминированными продуктами питания (рыба)

для сел района Чадыр-Лунга, являются печень и репродуктивная система.

Литература

1. Игнатъева Л.П., Погорелова И.Г., Потапова Н.О. *Гигиеническая оценка канцерогенного и неканцерогенного риска опасности перорального воздействия химических веществ, содержащихся в питьевой воде*. В журнале: Гигиена и Санитария, № 4, 2006, с. 30-32.
2. *Методические указания по избирательному газохроматографическому определению хлорорганических пестицидов в биологических средах (моче, крови, жировой ткани и грудном женском молоке)*, № 3151-84 от 27.11.1984.
3. *Методические указания Определение экспозиции и оценка риска воздействия химических контаминантов пищевых продуктов на население* 2.3.7.2519 – 09.
4. *Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду* 2.1.10.1920-04.
5. Сырку Р., Стратулат Т. *Поступление стойких органических загрязнителей в организм человека и меры профилактики по предупреждению контаминации данными соединениями*. В журнале: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, nr. 1(40), 2012, с. 16-20.

Представлена 24.07.2012 г.

Raisa Sîrcu,

dr. în biologie, cercetător științific superior,
Centrul Național de Sănătate Publică
tel.: +373 22 574-628,
e-mail: rsircu@cnspl.md,
raisasircu@gmail.com

CAZ CLINIC
DE TOXOCAROZĂ LARVARICĂ CU EVOLUȚIE
ÎNDELUNGATĂ (9 ANI), CU MANIFESTĂRI
DE AFECTARE SISTEMICĂ, INCLUSIV PULMONARĂ
(SUSPECTAT TBC – MULTIPLE FOCARE MICI ÎN PULMONI)

Gheorghe PLĂCINTĂ,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Summary

Clinical case of larval toxocariasis with long evaluation (9 yaers) with systemic involvement, including pulmonary (suspected tuberculosis – multiple small foci in lungs)

Manifestations of parasitic process caused by *T. canis* larvae S₂ in humans remain less studied. Long evolution, variability and intensity of clinical signs make it difficult to diagnose this parasitosis for practitioners. Often these events are assigned a syndromic diagnosis. On the other hand larval Toxocariasis in humans not in all cases respects "classical" clinical-laboratory picture, thus doctor specialist may have difficulties in evaluation of the case and judicious therapeutic assessment. Problem of Toxocariasis treatment is extremely controversial in terms of value of antihelminthic therapy. Before the start of any treatment, is necessarily to evaluate parasitic activity. Presented case confirms reported above.

Keywords: Toxocariasis larvae, clinical manifestations, total IgE, larvicidal treatment, immunomodulatory

Резюме

Клинический случай личиночного токсокароза, хронического течения (9 лет), с системным проявлением, включая легочное поражение с подозрением на туберкулез (множественные мелкие очаги в легких)

Клинические проявления паразитарного процесса, вызванного личинками *S₂ T. canis* у человека, мало изучены. Длительное течение, разная степень интенсивности и вариабельности клинических признаков делают данное паразитарное заболевание труднодиагностируемым для практикующих врачей. Часто этим проявлениям выносятся синдромальный диагноз. С другой стороны, сам личиночный токсокароз у человека не всегда сопровождается «классическими» клинико-лабораторными проявлениями, затрудняя тем самым даже врача-специалиста в правильности оценки конкретного случая, терапевтического подбора и т.д. Проблема лечения личиночного токсокароза у человека крайне противоречива что касается эффективности ларвицидных средств. Перед началом лечения обязательно должна быть оценена степень активности паразитарной инвазии. Представленный клинический случай подтверждает актуальность вышеизложенного.

Ключевые слова: личиночный токсокароз, клинические проявления, Ig E, ларвицидное и иммуномодулирующее лечение.

Actualitate

Toxocaroză larvarică la om este o invazie cu evoluție de lungă durată și recidivantă, cu diverse manifestări clinice, în funcție de localizare și gradul de activitate a larvelor S₂ [9] și de numărul lor în organismul uman [5, 7]. Parazitoza cauzată de larva S₂, de obicei, se exprimă prin încetinirea creșterii indivizilor parazițați, prin tulburări generale, digestive, nervoase, oculare, respiratorii și multe alte afecțiuni patologice.

Larvele S₂ în organismul omului pot fi viabile mulți ani (10 și mai mult), în pofida răspunsului imun. Acest fenomen se explică prin faptul că larva S₂ *Toxocara canis* elimină substanțe mascate, capabile să protejeze parazitul, dispun de un sistem deosebit pentru a se apăra de acțiunea agresivă a eozinofilelor și anticorpilor specifici [1]. Deși apar răspunsuri imunologice intense din partea gazdei, se constată o capacitate remarcabilă a larvelor S₂ de a supraviețui și de a migra în continuare în țesuturile gazdei. Acest fapt se explică prin capacitatea larvelor S₂ de a se pune la adăpost față de anticorpii gazdei și față de celulele inflamatorii produse de gazdă, prin substanțele eliberate din învelișul larvar. De cele mai multe ori însă, după o asemenea migrare activă, larvele S₂ sunt imobilizate și înconjurate de o rețea de țesut conjunctiv, unde se adună apoi celulele epitelioide, plasmatice, gigante, limfocite, dar mai ales numeroase eozinofile dispuse în centru [3].

Este important din punct de vedere patogenetic faptul că larvele S₂, care nu vor deveni niciodată viermi adulți, pot să trăiască după încapsulare în stare de hibernație [6] și până la doi ani [3], ele sunt capabile să se reactiveze [6], să părăsească granulomul și să continue migrarea [2]. În cele din urmă însă, larvele S₂ mor, sunt dezintegrate și resorbite de macrofage sau se calcifică. Larvele S₂ în stare de agonie sau moarte determină modificări patologice mai mari decât cele vii [6].

Larvele S₂ din creier pot fi puse la adăpost față de efectele nocive ale răspunsului imunologic al gazdei [10], ca urmare se pot aduna progresiv în creier, în timp ce ele dispar din alte țesuturi. Numărul larvelor S₂ din ficat este mai mare în cazul suprainvaziei sau reinvaziei, durata aflării lor în ficat este cea mai mare.

Invazia îndelungată a organismului uman de către paraziți contribuie la diverse repercusiuni asupra stării de sănătate, care sunt în funcție de localizarea, migrarea sistemică, intensitatea și gradul de activitate a larvelor S₂ [5, 7].

O particularitate a acestei maladii este simptomatologia extrem de polimorfă, de la forme asimptomatice prin prezența anticorpilor anti-Toxocara și/sau eozinofilia sangvină, forme atipice (ușoare cu diferite simptome asociate cu reacții imune) tot mai accentuate în recunoașterea existenței lor, la cele clasice de toxocaroză viscerală și oculară [4].

Rămân incerte criteriile de tratament antilarvar și patogenetic, din care considerente frecvent se aplică tratament neargumentat. Nu sunt studiate eficacitatea comparativă a diferitelor scheme complexe de tratament, inclusiv a celui imunocorector [5].

Astfel, manifestările procesului parazitar cauzate de larva *S₂ T. canis* la om rămân puțin cunoscute. Evoluția îndelungată, variabilitatea și intensitatea semnelor clinice pun în dificultate medicii practicieni la diagnosticarea acestei parazitoze. Deseori acestor manifestări li se atribuie un diagnostic sindromal. Totodată, nici toxocaroză larvarică la om nu întotdeauna respectă „clasicismul” clinico-laboratoric, din care considerente și medicul specialist poate întâmpina dificultăți în abordarea cazului, într-o conduită terapeutică judicioasă. Problema tratamentului toxocarozei

este una extrem de controversată în ceea ce privește valoarea terapiei antihelmintice. Înainte de a institui un tratament, trebuie în mod obligatoriu de evaluat cazul, în vederea stabilirii activității parazitare. Cazul prezentat vine să confirme cele relatate mai sus.

Prezentarea cazului, rezultate, discuții

Pacient P.E., cu vârsta de 39 ani (la primele manifestări cu debut din 2002), medic de familie, din localitate rurală. Acuza: dispnee, astenie, cefalee, dereglări de somn, nas înfundat, senzație de nod în gât, edemațierea membrelor superioare, mâinilor, dereglări de vedere. Diagnosticurile, sindroamele și simptomele la pacient stabilite anterior: Tbc pulmonar (?), la TM – multiple focare mici în ambii pulmonii, ganglionii paraaortali măriți în dimensiuni, distonie vasculară, hipertensiune intracraniană, miocardită (?), schimbări difuze în miocard, dermatită alergică, colecistită cronică alitiazică, pancreatită, schimbări difuze în parenchimul pancreasului, endocervicoză, colpită. Rezultatele investigațiilor de laborator și evoluția manifestărilor clinice pe parcursul supravegherii sunt prezentate în tabel.

Evoluția manifestărilor clinice și de laborator pe parcursul supravegherii pacientului

Până la tratament					După tratament			
Data	Titrul antitoxocara (N≤11)	IgE (N ≤200 ui/ml)	Manifestări clinice	Tratament, durată	Data	Titrul antitoxocara (N≤11)	IgE (N ≤200 ui/ml)	Manifestări clinice
12.01.08	41,61	841,1	Dispnee, astenie, cefalee, dereglări de somn, nas înfundat, senzație de nod în gât, edeme ale membr. superioare, mâinilor, dereglări de vedere	Albendazol – 14 zile	27.02.08	51,58	632,4	Aceleași manifestări, însă toate în diminuare
27.02.08	51,58	632,4	Aceleași manifestări, însă toate în diminuare	Albendazol – 14 zile	28.03.08	26,42	615,1	S-a ameliorat vederea, nu mai folosește ochelari, a dispărut cefaleea, dispneea
28.03.08	26,42	615,1		Fără tratament	30.04.08	45,6	810,6	Se mențin: nas înfundat, edemațiere și dureri în membre, astenie
30.04.08	45,6	810,6	Se mențin: nas înfundat, edemațiere și dureri în membre, astenie	Albendazol – 21 zile+ antihomotoxice (lymphomiosot, traumel)	12.06.08	18,08	321,7	Stare de ameliorare: au dispărut durerile în membre, la TM au dispărut ganglionii paraaortali, s-au micșorat astenia, edemele
12.06.08	18,08	321,7		Fără tratament	15.10.08	34,37	742,2	Starea cu agravare: semne de IRA, fără febră, tuse, nas înfundat, cefalee, dereglări de somn
15.10.08	34,37	742,2	Tuse, nas înfundat, cefalee, dereglări de somn, astenie	Albendazol – 28 zile+MFR (Guna-Detox)	01.12.08	35,54	811,2	Pe parcursul tratamentului cu ameliorare, apoi aceleași manifestări

01.12.08	35,54	811,2	Tuse, nas înfundat, cefalee, dereglări de somn, astenie	Ivermectină (1800 mg la 19.12.08 și 1800 mg la 09.01.09)	26.01.09	22,98	421,0	Starea cu ameliorare: a dispărut tusea, dereglările de somn, s-a restabilit respirația nazală, s-a diminuat astenia
26.01.09	22,98	421,0		Fără tratament	12.06.09	78,85	448,7	Treptat au progresat astenia, cefaleea, senzație de „nod în gât”, periodic dispnee, edemațierea membrilor superioare
12.06.09	78,85	448,7	Astenie, cefalee, senzație de „nod în gât”, periodic dispnee, edemațierea membrilor superioare	Tratament cu citomix și doze mici de interleuchină-5 timp de 2 luni	16.10.09	13,86	195,0	Starea cu ameliorare, nu prezintă acuze
24.03.10	28,28	225	Starea satisfăcătoare, acuze nu prezintă	Fără tratament	24.12.10	16,14	190	Starea satisfăcătoare, nu prezintă acuze
24.12.10	16,14	190	Starea satisfăcătoare, acuze nu prezintă	Fără tratament	16.11.11	10,93	182,4	Starea satisfăcătoare, nu prezintă acuze

Conform celor prezentate în tabel, se observă o corelare direct proporțională între valorile de anticorpi către *Toxocara canis*, nivelul de IgE și intensitatea manifestărilor clinice. Se observă clar existența corelării directe dintre acești indicatori pe tot parcursul supravegherii. Diminuarea manifestărilor clinice după administrarea îndelungată și în cure repetate de larvicide a fost însoțită de descreșterea titrului de anticorpi antitoxocarici și reducerea nivelului de IgE total.

După primele 2 cure a câte 14 zile de tratament complex, inclusiv cel de bază – escazole, care este derivat de benzimidazol (substanța activă – alben-dazol 0,4) de 2 ori pe zi după mese, s-a redus titrul de anticorpi toxocarici de 2 ori, nivelul de IgE total a descrescut cu 200 ui/ml. Datele de laborator obținute au fost însoțite de diminuarea evidentă a intensităților clinice, inclusiv cu dispariția unora dintre semnele descrise în tabel.

După sistarea tratamentului (în decurs de o lună), starea generală a pacientei treptat s-a agravat, au revenit unele simptome, s-au agravat cele diminuate (vezi datele din tabel), titrul de anticorpi toxocarici a crescut de la 26,42 la 45,6, nivelul de IgE total s-a majorat cu aproximativ 200 ui. Situația descrisă a fost interpretată ca acutizare a toxocarozii larvarice, urmare a eficienței larvicide parțiale la tratamentul prescris. Prin precizare epidemiologică, factorii de comportament, ulterioara atitudine personală a pacientei ca urmare a manifestărilor de durată etc., o posibilă reinvasie a fost exclusă.

S-a prescris a III-a cură cu larvicide (escazole 0,4 de 2 ori pe zi, timp de 21 zile) concomitent cu hepatoprotectoare, antihomotoxice (lymphomiosot, traumel). Rezultatele post-tratament, de asemenea, au demonstrat eficiență clinică și de laborator: au

dispărut durerile în membre, s-a micșorat astenia, edemele. La TM: s-au normalizat în dimensiuni ganglionii paraaortali; titrul de anticorpi toxocarici a scăzut până la 18,08, nivelul de Ig E a coborât până la 321,7 ui/ml.

Pe parcursul următoarelor 5 luni, în lipsa oricărui tratament, starea generală treptat cu agravare: au reapărut tusea, nas înfundat, cefalee, dereglări de somn, din nou au crescut valorile de anticorpi toxocarici la 34,37 și Ig E totală – 742,2. Reieșind din eficacitatea terapeutică obținută la pacientă anterior, clinică și de laborator, s-a decis de a prescrie a IV-a cură de tratament antilarvaric cu aceleași remedii, dar cu o durată de 4 săptămâni. După cum se observă din tabel (perioada 15.10.08 – 01.12.08), eficiența clinică de această dată nu a fost pe măsura așteptărilor, iar testele de laborator au reflectat tendința de creștere a procesului parazitar.

Se poate de conchis că ineficiența terapeutică a fost datorată rezistenței la chimioterapice din grupul benzimidazolului, din care considerente s-a decis de administrat a V-a cură de tratament antilarvaric cu ivermectină. De asemenea, tratamentul a fost suportat satisfăcător, starea generală treptat cu ameliorare: a dispărut tusea, dereglările de somn, s-a restabilit respirația nazală, s-a diminuat astenia.

Nivelul de IgE a scăzut de 2 ori, a descrescut titrul de anticorpi antitoxocarici. Supravegherea ulterioară, în lipsa tratamentului, pe parcursul următoarelor 6 luni (26.01.09 – 12.06.09) a demonstrat revenirea treptată a semnelor clinice: au progresat astenia, cefaleea, senzația de „nod în gât”, periodic dispnee, edemațierea membrilor superioare. Titrul de anticorpi toxocarici a crescut semnificativ – de la 22,98 la 78,85, nivelul de Ig E totale, de asemenea, a avut tendința de creștere.

Astfel, reieșind din evoluția cazului, din rezultatele anterioare obținute prin eficiență parțială la curele repetate și de durată a larvicidelor, s-a decis aplicarea tratamentului imunomodulator, inclusiv cu doze mici de interleuchină-5, pentru o durată de 2 luni. După cum se observă, pentru prima dată pe tot parcursul de supraveghere, la pacientă au dispărut totalmente semnele clinice prezente de mai mulți ani, iar titrul anticorpilor toxocarici a devenit de o valoare incertă, coborând de la 78,85 la 13,86, s-a normalizat conținutul IgE totale. Totodată, este de remarcat că, pe parcursul următoarei perioade de supraveghere, timp de un an după ultima schemă aplicată, nu s-au repetat manifestări clinice și de laborator caracteristice recăderilor toxocarice. Titrul de anticorpi toxocarici a devenit 10,93, încadrându-se în limita valorilor de referință.

La confirmarea diagnosticului a fost utilizat testul ELISA la prezența în sânge a anti S₂ *T. canis* IgG, cu grad de specificitate și sensibilitate >98%. Pentru a exclude reacțiile de reactivitate încrucișată, reacții fals-pozitive induse de alte parazitoze, au fost efectuate testări serologice concomitente cu alte componente antigenice din grupul nematodelor și altor parazitoze frecvent întâlnite (ascaride, trichinela, lamblia, echinococc, taenia), la care s-au obținut rezultate în limita valorilor de referință. Nici investigațiile repetate copro-parazitologice nu au relevat prezența oricărei altei parazitoze.

Numărul de eozinofile pe toată perioada de supraveghere a fost în limitele valorilor normale, cu excepția timpului de după administrarea de interleuchină-5 cu citomix, când au crescut până la 6%. Celelalte componente din formula hemoleucocitară au oscilat în limitele valorilor normale.

Valorile enzimelor hepatice (ALAT, ASAT, GGTP) se mențineau în limita valorilor de referință. Componenta imunologică celulară CD3, CD8; CD19 nu a cunoscut abateri de la normal, CD4 a fost puțin sub limită, fiind de 610 celule/mm³. Nu au fost identificate abateri nici în valorile parametrilor responsabili de funcționalitatea glandei parotidiene, a proceselor autoimune. Toate schemele terapeutice aplicate au fost suportate satisfăcător.

Studiul de caz prezentat ne permite să concluzionăm:

1. Toxocaroză larvarică la om îmbracă diverse manifestări clinice, care pun în dificultate stabilirea diagnosticului. Această patologie este slab cunoscută de medicii-practicieni.
2. Evoluția procesului parazitar toxocaric și viabilitatea larvelor în organismul uman poate dura foarte îndelungat (9 ani în cazul descris).
3. Se constată o corelare directă între diversitatea și intensitatea manifestărilor clinice și valorile IgE totale, precum și titrul de anticorpi toxocarici. Valoarea procentuală și absolută a eozinofilelor a fost mai puțin informativă.
4. Ca la orice boală infecțioasă cu evoluție cronică, de durată, cu recăderi, se impun abordări complexe în elaborarea criteriilor de conduită managerială și terapeutică.
5. Apariția rezistenței la preparatele larvicide determină necesitatea studierii eficacității prin aplicarea noilor remedii medicale, inclusiv imunocorectoare – interleuchină-5.

Bibliografie

1. Fattah D., Maiztls R., McLaren D. et al: *Toxocara canis: interaction of human blood eosinophilia with the infective larvae*. In: Exp. Parasitol., 1986, v. 61, nr. 3, p. 421-431.
2. Kayes S. *Human toxocariasis and the visceral larva migrans syndrome: correlative immunopathology*. In: Chem. Immunol., 1997, v. 66, p. 99-124.
3. Nitzulescu V., Gherman I. *Parazitologie medicală*. București, 1986, p. 580-592.
4. Palmer S.R., Lord Soulsby E.J., David Ian H.S. *Zoonoses*, Oxford University Press, 2005, p. 758-770.
5. Placinta Gh. *Clinical and laboratory efficacy of interleukin-5 low dose and citomix in patients with larval toxocarosis*. In: J. Physiological Regulating Medicine, 2011, p. 31-34, Milano, Italy.
6. Schantz P. *Toxocara larva migrants*. In: Now. Amer. J. Trop. Med. Hyg., 1989, v. 41, nr. 3, p. 21-34.
7. Țibuleac S., Plăcintă Gh., Mudreac R., Stancu M., Rață S., Terteac L., Goraș V., Stancu V. *Ascaridoza câinelui și toxocaroză omului în orașul Chișinău*. În: Curierul medical, 2006, p. 13-15.
8. Zang V. *Parazitologie clinică. Nematodoze. Sindroame de larva migrans*. Cluj Napoca, 2001, p. 378-396.
9. Лысенко А., Авдюхина Т., Константинова Т. *Токсокароз*. Учебное пособие. Москва, 1999, 41 с.

Prezentat la 10.01.2013

Gh. Plăcintă gheorgheplacinta@yahoo.com.

DETERMINAREA DIZABILITĂȚII
LA NIVEL INTERNAȚIONAL

Ludmila SOCHIRĂ,
Consiliul Republican de Expertiză Medicală
a Vitalității din Republica Moldova

Summary

Determination of disability on international level

On the international level in the last two decades have occurred cardinal changes on disability evaluation methodology procedure. There were adopted a number of concepts and definitions, putting out the consequences of disease - functional deficiencies, and consequently disability. It was introduced new criteria for identification of persons with disabilities, new terms, the use of which would be fully content and understanding of the assessment of persons with disabilities and their vital opportunities to participate in social activities-training. The assessment methods are medical as well as medical, social, psycho-social and in some countries with specific scale of unit costs uses (UK, Belgium). It was developed a new paradigm with a number of disability policies which address the disabled persons through the prism of legal compliance and guaranteeing economic rights, and its social in several directions, such as: preventing disability; psychological care and rehabilitation, education, social security and social inclusion orientation etc.

Keywords: disability, rehabilitation, social inclusion.

Резюме

Определение инвалидности на международном уровне

В международном масштабе в последние два десятилетия произошли кардинальные изменения по методологии процедуры оценки инвалидности. Ряд концепций и определений акцентируют последствия заболевания, т.е. функциональные недостатки, и соответственно, инвалидность. Вводятся новые критерии для выявления лиц с ограниченными возможностями, новые термины, использование которых в более полной мере определяют содержание и понимание оценки лиц с ограниченными возможностями, их жизненные способности для участия в общественной деятельности. Использование медицинской, социальной а также био-психосоциальной модели в некоторых странах привело к использованию определенных удельных затрат (Великобритания, Бельгия). Была разработана новая парадигма с новыми аспектами политики в отношении инвалидов, в котором они рассматриваются через призму соблюдения законодательства и обеспечения экономических и социальных прав в нескольких аспектах, таких как: предотвращение инвалидности; психологическая помощь и реабилитация, образование, социальное обеспечение, социальная ориентация и интеграция в обществе.

Ключевые слова: инвалидность, реабилитация, социальная интеграция.

În ultimii zece ani, la nivel mondial se observă elaborarea diferitelor strategii în vederea incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități, strategii axate pe respectarea drepturilor omului, pe participare, pe șanse egale, accesibilitate etc. În vederea realizării acestor obiective, tot mai multe state recurg la metodologii complexe de evaluare a persoanei cu dizabilități.

În majoritatea statelor europene și OECD, se folosește metoda baremelor în determinarea dizabilității atât la copii, cât și la adulți, aceasta fiind nemijlocit corelată cu accesul la prestații. Evaluarea copilului este orientată spre incluziune educațională, în timp ce evaluarea adultului – spre incluziune în câmpul muncii.

Unul din 6 cetățeni ai UE are o dizabilitate, ceea ce constituie circa 80 de milioane de persoane care frecvent nu sunt pe deplin integrați în societate din cauza barierelor atitudinale și de mediu. Rata sărăciei printre aceste persoane este cu circa 70% mai mare în comparație cu bunăstarea medie.

Strategia recentă a țărilor UE (2010) este direcționată pe eliminarea barierelor. Astfel, au fost identificate **8 domenii de bază de acțiune:**

- Accesibilitate
- Participare
- Egalitate
- Încadrare în câmpul muncii
- Educație
- Protecție socială
- Sănătate
- Acțiuni externe.

Aceste strategii se extind și asupra noilor țări ale UE, țările vecine, prin diferite programe de dezvoltare, cu stipularea acțiunilor-cheie.

În Strategia europeană curentă privind dizabilitatea se stipulează câteva recomandări de bază, printre care:

- Necesitatea de a face distincție clară între dizabilitate, activitate și venituri. Termenul de **dizabilitate** nu mai poate fi egalat cu cel de **incapacitate de activitate**. Dizabilitatea trebuie recunoscută ca stare, dar distinctă de criteriu de eligibilitate sau condiție de a primi beneficiu, astfel fiind neadmisibil ca ea

să constituie un obstacol pentru încadrarea în câmpul muncii.

- Fiecare persoană cu dizabilități trebuie să aibă dreptul la un "pachet de participare", adaptat la capacitățile și necesitățile sale. Acest pachet trebuie să conțină măsuri de reabilitare a stării de sănătate și de instruire vocațională, de facilitare în stabilirea unui loc de muncă, cu o agendă mai variată și mai flexibilă.
- Obținerea beneficiului ar trebui corelată cu participarea și angajarea, cu reabilitarea vocațională și cu alte măsuri de integrare.
- Implicarea partenerilor sociali este considerată ca o condiție crucială pentru o integrare cu succes, gradul de integrare fiind corelat și cu motivarea angajatorilor de a angaja persoane cu dizabilități.
- De o importanță fundamentală este considerată *intervenția timpurie*, care reduce semnificativ incidența și severitatea dizabilității.

Programele care vizează persoanele cu dizabilități trebuie să fie concepute ca programe active.

Actualmente, modelul de evaluare a dizabilității în țările OCDE conține următoarele etape de bază:

1. **Colectarea informației**, ca surse de informare fiind pacientul, medicul curant, angajatorul; se realizează cu folosirea chestionarelor, testelor de performanță, fișelor de evaluare complexă.
2. **Interpretarea informației** cu folosirea ghidurilor, evaluărilor multi- și interdisciplinare, instrumentelor standardizate de evaluare.
3. **Documentarea** se realizează după o analiză complexă, în cadrul unor principii bine stabilite (CIF, Academia Medicală etc.).

Vom analiza în continuare mai multe modele de determinare a dizabilității, care au servit drept puncte de reper la elaborarea unei noi strategii și unui nou model de determinare a dizabilității și capacității de muncă pentru persoanele cu dizabilități.

Serviciul de determinare a dizabilității și capacității de muncă din Lituania

În Lituania reforma esențială în domeniul protecției și inserției sociale a persoanelor cu dizabilități a început în iulie 2005. La baza implementării acestei reforme a stat asigurarea drepturilor socioeconomice egale pentru persoanele cu dizabilități. Odată cu inițierea reformei menționate, a avut loc și reorganizarea organelor abilitate de determinare a gradelor de dizabilitate. Astfel, prin art. 18 și 23 din Legea Republicii Lituania despre incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități № IX 2228 de la 11.V.2004 și Ordinul Ministrului Protecției Sociale și al Muncii, Comisia de Expertiză Medico-Socială de Stat a fost divizată în Serviciul de determinare a dizabilității și capacității de muncă (*în continuare – SDDCM*)

și Comisia de Litigii pe lângă Ministerul Protecției Sociale și a Muncii. SDDCM este instituția de stat abilitată pentru determinarea gradului de dizabilitate a persoanelor până la 18 ani și nivelului capacității de muncă a persoanelor de la 18 ani până la vârsta pensionară. Acest serviciu, de asemenea, ia decizia asupra necesității serviciilor speciale și de reabilitare profesională, acordate persoanelor cu dizabilități.

Evaluarea dizabilității la copii. Persoanele cu vârsta de până la 18 ani (copiilor) li se stabilește grad de dizabilitate, care poate fi: *grav, mediu, ușor* și se determină printr-o evaluare complexă a stării sănătății, a abilităților copilului de a realiza anumite activități, a oportunităților educaționale, a impactului factorilor mediului înconjurător, precum și a altor aspecte.

Evaluarea dizabilității la adulți. Nivelul de capacitate de muncă la adulți se stabilește după o evaluare complexă a stării de sănătate și a posibilității persoanei de a fi independentă în activitățile zilnice, de a presta o anumită muncă. Evaluarea se efectuează după epuizarea măsurilor de reabilitare medicală, profesională sau de asistență și îngrijire specializată.

În procesul determinării capacității de muncă a persoanei se ține cont de următoarele criterii: medicale, funcționale, parametri profesionali, precum și de alți factori care afectează oportunitățile de angajare.

Criteriile medicale sunt evaluate în baza stării de sănătate a persoanei și țin cont de maladia(iile) și consecințele ei, din care rezultă deficiențele funcționale (structurale) ale organismului, după care pot urma problemele de participare la activități socio-profesionale. În baza criteriilor medicale se stabilește **capacitatea de muncă de bază** într-o anumită limită de procentaj, cu un interval de 5%. Persoanele încadrate în intervalul 60-100% sunt considerate a avea capacitate de muncă deplină. Capacitatea de muncă a persoanelor încadrate în grad de dizabilitate se determină cu intervalul 0 – 59 %, după cum este relatat în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Capacitatea de muncă de bază

0-25 %	inapt de muncă	(gradul I)
30-40 %	parțial apt	(gradul II)
45-55 %	parțial apt	(gradul III)

Criteriile funcționale sunt evaluate în baza disfuncției persoanei. Spre exemplu, o persoană poate lucra mai puține ore pe zi sau mai puține zile pe săptămână ș.a.

Criteriile profesionale, precum și alți factori care afectează posibilitățile de angajare în câmpul

pul muncii includ: nivelul de educație, nivelul de calificare profesională; factorii de mediu; factorii individuali (vârsta, sexul, statutul social, experiența de viață ș.a.).

Criteriile nonmedicale vor fi calificate în *medii nefavorabile de muncă, medii prielnice de muncă și medii favorabile de muncă*.

Capacitatea de muncă se stabilește în baza sumării criteriilor medicale și a celor funcționale și profesionale. În cazul capacității reduse de funcționare a organismului și a încadrării într-un mediu nefavorabil de muncă, procentul capacității de muncă de bază (reieșit din criteriile medicale fixate) se înmulțește cu 0,7, în cazul mediului prielnic – se înmulțește cu 1 și în cazul mediului favorabil – se înmulțește cu 1.3. Astfel, capacitatea de muncă de baza se înmulțește cu unul dintre coeficienții enumerați și se stabilește procentajul capacității de muncă restante a persoanei.

Tabelul 2

Algoritmul de evaluare a dizabilității și capacității de muncă în Lituania

I etapă	Completarea fișei de trimitere către Serviciul de apreciere a dizabilității și capacității de muncă	Se îndeplinește la decizia medicului de familie, dar în mod obligatoriu sunt indicate datele despre starea sănătății persoanei supuse evaluării, care reflectă gradul de reducere a funcționalității.
II etapă	Oficiul teritorial de evaluare a dizabilității și capacității de muncă. Aprecieră propriu-zisă a dizabilității și capacității restante de muncă – „capacitatea de muncă de bază”	Analiza documentației medicale prezentată de către medicul de familie. De regulă, solicitantul se invită să participe în procesul de evaluare, dar oficiul poate lua decizii și în lipsa solicitantului, doar în baza actelor prezentate.
III etapă	Capacitatea de muncă de bază se înmulțește cu un coeficient special evaluat (0,7; 1,0; 1,3) și se obține capacitatea de muncă restantă.	Eliberarea certificatului de dizabilitate.
IV etapă	Contestarea deciziei oficiului teritorial	În cazul în care persoana nu este de acord cu decizia stabilită de oficiul teritorial, aceasta poate apela la oficiul central pentru o eventuală reevaluare. Dacă nici în acest caz persoana nu este satisfăcută de decizia luată, ea poate apela la Comisia independentă de examinare și soluționare a litigiilor, iar ulterior – în instanțele judecătorești.
V etapă	Integrarea socială a persoanei	Servicii de reabilitare ocupațională, terapie prin muncă, încadrarea în câmpul muncii, oferirea de mijloace tehnice speciale, servicii de asistență și îngrijire specializată etc.

Reabilitare profesională. Incluziunea în câmpul muncii. Pe întreg teritoriul Lituaniei funcționează 11 centre de reabilitare profesională, care sunt specializate pe dizabilități locomotorii, vizuale și intelectuale. Paralel are loc și reabilitarea medicală. Serviciile medicale sunt finanțate din bugetul asigurărilor medicale sau din fonduri private de

asigurări. Reabilitarea ambulatorie durează până la 14 zile, reabilitarea staționară – până la 40 de zile.

Din prima zi a ciclului de reabilitare profesională, se face o analiză a pieței forței de muncă, cu indentificarea unei meserii care poate fi practică de persoana cu dizabilități (profilul ocupațional). La momentul angajării, dacă este nevoie, se ajustează condițiile locului de muncă. O metodă foarte des utilizată în reabilitarea profesională este „imitarea ocupației”. Persoana este instruită prin diverse activități pentru deprinderile de care va trebui să dea dovadă la noul loc de muncă. Pe perioada reabilitării profesionale, persoana primește o alocație pentru o perioadă de până la 180 de zile. Cursul de reabilitare poate dura și mai mult, alocația însă va fi plătită doar pe termenul dat. În certificatul de absolvire a cursurilor de reabilitare profesională se indică numărul de ore recomandate pentru muncă și salariul va fi concordat la numărul orelor lucrate. La finisarea ciclului de reabilitare/formare profesională, persoanei i se va stabili, după caz, un alt procent al capacității de muncă, sau procentul capacității de muncă va rămâne nemodificat.

Experiența Lituaniei s-a dovedit a fi una reușită la capitolul reabilitare/formare profesională și integrare în câmpul muncii. Expertul internațional Zdislav Skvarciany a prezentat experiența Lituaniei privind implementarea Convenției ONU pentru drepturile persoanelor cu dizabilități: „La fel ca și Lituania, Republica Moldova a moștenit un sistem vechi, preponderent medical de determinare a dizabilității. Pentru a asigura o reală incluziune socială a persoanelor cu dizabilități, este necesar ca actualul sistem de determinare a dizabilității să fie reformat și să se treacă de la sistemul medical de determinare a dizabilității la cel medico-social”, a spus Zdislav Skvarciany. „Moldova are avantajul de a învăța din experiența Lituaniei și a altor țări în implementarea cu succes a acestei reforme”, a mai spus Z. Skvarciany.

Printre momentele forte ce pot fi luate în considerație de autoritățile moldovenești în vederea implementării reformei domeniului dizabilității se numără:

- Unificarea într-o singură instituție a evaluării dizabilității atât a adulților, cât și a copiilor.
- Continuitatea politicilor de incluziune (după aprecierea capacității de muncă

a persoanei) prin instituirea ciclului de instruire și reabilitare profesională. În RM funcționează un șir de centre (atât de stat, cât și private) care își pot asuma instruirea, reabilitarea profesională și facilitarea încadrării în câmpul muncii a persoanei cu dizabilități.

- Este necesară implicarea activă a Agențiilor Ocupaționale în identificarea și plasarea în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități, cu atât mai mult că agențiile teritoriale au în state personal ce se ocupă nemijlocit de această problemă.
- Adaptarea din fondul de șomaj a condițiilor locului de muncă în caz de necesitate.
- Politici fiscale de stat de stimulare și sancționare a angajatorului în vederea angajării / neangajării persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii.
- Interconținerea alocației pentru dizabilitate cu reabilitarea profesională (persoana care e aflată la reabilitare profesională poate beneficia de o alocație pentru o perioadă de cel mult 180 de zile.

Serviciul de determinare a dizabilității din România

Obiectivul general al politicii de protecție socială activă a persoanelor cu dizabilități, promovat de statul român, este acela de a permite o integrare profesională mai completă a persoanelor cu dizabilități, oricare ar fi originea, natura și gradul lor, astfel încât să se promoveze integrarea lor socială și realizarea lor personală. În fond, se urmărește extinderea măsurilor, practicilor și politicilor ce vizează acceptarea și menținerea persoanelor cu diferite dizabilități în câmpul social și cultural, în toate ariile vieții umane. *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF)* este rezultatul a 7 ani de eforturi continue a OMS și al participării profesioniștilor din 65 de țări, care s-au asigurat prin studii de teren că această clasificare este aplicabilă în variate spații culturale, indiferent de vârstă, sex sau religie.

Expertiza medicală în România este reglementată de Legea nr. 448 din 2006. Autoritatea Națională pentru persoanele cu handicap se supune Guvernului. În cadrul Autorității activează Comisia superioară de evaluare a persoanelor adulte cu handicap și Institutul de Expertiză Medicală. Comisia superioară conduce metodic cu comisiile teritoriale (județene) de evaluare a persoanelor cu handicap.

Serviciul de evaluare complexă a persoanelor adulte este instituit în temeiul art. 88 din Legea 448/2006 și este constituit din:

- lucrător social – evaluează statutul și contextul social în care trăiește persoana (**Ancheta socială**);
- asistent social – identifică restricțiile de participare și limitare de activitate din punct de vedere social (**Fișa de evaluare**);

- psiholog – **evaluare psihologică**;
- psihopedagog – **evaluare vocațională**;
- medic – **evaluare medicală**.

Serviciul de evaluare întocmește un dosar și, împreună cu propunerea de încadrare într-o categorie de handicap, de orientare profesională și stabilire a unei măsuri de protecție, le înaintează ulterior Comisiei de evaluare a persoanei cu handicap.

Comisia analizează și eliberează:

1. Certificat de încadrare în grad de handicap;
2. Certificat de orientare profesională;
3. Plan individual de serviciu;
4. Program individual de reabilitare și integrare socială;
5. Decizie de admitere în centrele de zi.

Gradele de handicap sunt: ușor, mediu, accentuat și grav.

Tipurile de handicap sunt: fizic, vizual, auditiv, surdocecitate, somatic, mintal, psihic, HIV/SIDA, asociat, boli rare.

Determinarea dizabilității la copil și la adult se efectuează de instituții diferite și cu aplicarea diferitelor instrumente.

La procedura de evaluare a dizabilității copilului participă două instituții:

- **Serviciul de Evaluare Complexă a Copilului;**
- **Comisia pentru protecția copilului.**

În procedura de evaluare se stipulează că Serviciul de Evaluare Complexă a Copilului trebuie să trimită Comisiei pentru protecția copilului următoarele acte:

- Raportul de evaluare a copilului;
- Planul de servicii personalizat;
- Propunerea referitoare la gradul de dizabilitate a copilului;
- Planul pentru orientarea educațională și, dacă este necesar, o măsură de protecție socială.

Comisia pentru protecția copilului, o instituție la nivel de țară sau de județ, este supervizată de **Autoritatea Națională pentru Protecția Copilului**, care, pe baza datelor adunate și furnizate de Serviciul de Evaluare Complexă a Copilului, stabilește gradul de dizabilitate și emite un certificat corespunzător.

Conform Decretului nr. 218/7 din martie 2002, referitor la **Metodologia de Utilizare a Instrumentelor de Expertiză și Evaluare a Copiilor / Elevilor cu dizabilități pentru Orientare Educațională**, evaluarea se face conform următoarelor principii:

- examinare globală și personalizată a copilului/elevului în contextul familial, social și/sau școlar;
- expertiza și evaluarea multidisciplinară, care include examinare medicală, socială psihointelectuală și psihoeducațională;
- monitorizarea evoluției dezvoltării și potențialului de învățare;

- corelarea și interpretarea rezultatelor evaluării la toate nivelurile, pentru a realiza o diagnosticare obiectivă în vederea unei orientări eficiente.

Activitatea de expertiză și evaluare ține cont de tipul de deficiență, precum și de examinarea deficiențelor în echipe multi- și interdisciplinare, recomandate de OMS.

Din cele relatate reiese că în cazul României există un algoritm clar, dar destul de dificil prin dublarea de funcții, de evaluare/reevaluare a persoanelor cu dizabilități, oficializat prin cadru legal statal, care reglementează procedura de evaluare atât a copilului, cât și a adultului și care la moment se restructurează. În cazul Republicii Moldova, recomandăm preluarea și adaptarea metodologiilor de evaluare complexă a copilului și a adultului în cadrul unei singure echipe multidisciplinare. Din punct de vedere al responsabilităților diferitelor instituții implicate în evaluare, considerăm că modelul românesc nu este în totalitate aplicabil.

Determinarea dizabilității în Germania

Germania a ratificat Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități la 24.02.2009. Scopul general al legislației germane în domeniul dizabilităților reglementează asigurarea socială și asistența socială a persoanelor cu dizabilități, interzicerea discriminării pe motiv de dizabilitate pe diverse direcții, cu garantarea șanselor egale privind accesul la locurile publice și clădiri, transport public, internet și alegerile politice etc., depășirea, pe cât posibil, a efectelor dizabilității, permiterea persoanelor cu dizabilități la participarea în toate domeniile societății, în special în piața muncii și în viața comunității. În majoritatea cazurilor, programele statale sunt oferite și achitate de scheme de asigurare socială în domeniul sănătății, șomajului, dizabilității, accidente la locul de muncă după principiul: **reabilitare înainte de pensii**.

Există 2 autorități care sunt responsabile pentru protejarea, promovarea intereselor persoanelor cu dizabilități, precum și pentru realizarea drepturilor prevăzute de legislația statală în vigoare: **Oficiul de Integritate și Oficiul Federal de Ocupare a Forței de Muncă**.

Oficiul de Integritate este responsabil pentru probleme de muncă, colectarea și distribuirea compensațiilor pentru persoane cu dizabilitate severă, pentru o protecție specială împotriva disponibilizării persoanelor cu dizabilități severe, distribuirea beneficiilor suplimentare persoanelor cu dizabilități severe încadrate în serviciu. Un angajator este obligat să obțină aprobarea Oficiului de Integritate înainte de a efectua eliberarea angajatului care este persoană cu dizabilitate severă, această categorie de persoane

beneficiind, conform legii germane, de o protecție specială la eliberare din serviciu.

Oficiul Federal de Ocupare a Forței de Muncă este responsabil pentru sfaturi de carieră, plasarea persoanelor în serviciu, monitorizarea executării obligațiilor angajatorului în angajarea persoanelor cu dizabilități severe.

Dizabilitatea unei persoane este stabilită în grade: între 20 și 100. Gradul este stabilit conform unei proceduri formale a **Versorgungsamt (Oficiul de Securitate)**. Guvernul a emis *Reguli pentru evaluarea dizabilității*. Dacă statutul persoanei cu dizabilitate se îmbunătățește, gradul de dizabilitate este corectat sau revocat.

O persoană apreciată cu **grad de dizabilitate 50 și mai mult** este considerată a fi o persoană cu **dizabilitate severă**. În Germania, aproximativ 8% din populație se califică cu acest statut de dizabilitate. Dacă o persoană cu dizabilitate are un **grad de 30 sau mai mare**, obține „gleichgestellt behinderter Mensch” (**dizabilitate gravă**). Acest statut va fi acordat în cazul în care persoana cu dizabilitate nu este capabilă să găsească un loc de muncă adecvat sau să rămână angajată din cauza dizabilității sale.

Sistemul securității sociale din Germania oferă persoanelor cu dizabilități diferite **tipuri de pensii, în funcție de nivelul capacității de muncă**. O persoană poate să primească pensie pentru reducerea totală a capacității de muncă, alte persoane – pentru reducerea parțială. Reducerea totală a capacității de muncă presupune o capacitate de câștig de mai puțin de 3 ore pe zi și capacitatea redusă presupune de la 3-6 ore pe zi. Expertiza medicală este necesară în orice caz, pentru a stabili capacitatea de muncă a persoanei.

Cea mai mare rată de participare la forța de muncă poate fi găsită în rândul persoanelor în vârstă aptă de muncă, cu predominarea bărbaților cu dizabilități.

Rate de angajare ale persoanelor cu dizabilități. O întreprindere cu cel puțin 20 de angajați trebuie să angajeze 5% din personal fiind persoane cu dizabilități. Dacă o întreprindere nu realizează cota obligatorie, atunci sunt supuși unor amenzi financiare cu o rată între 2 și 5%.

Pentru tinerii și adulții care au dobândit dizabilități, este prezentă reglementarea elaborării programelor de reabilitare și instruire vocațională, fapt care ar putea fi preluat pe viitor și de Moldova.

În așa mod, consider ca moment pozitiv, în cazul Germaniei, modelul securității sociale, în care tipul de pensie se stabilește persoanei cu dizabilitate în funcție de nivelul capacității de muncă. De asemenea, putem prelua în Republica Moldova modelul Oficiului Federal de Ocupare a Forței de Muncă,

în care această instituție este responsabilă pentru sfaturi de carieră profesională, plasarea persoanelor în câmpul muncii, precum și pentru monitorizarea executării obligațiilor angajatorului în angajarea persoanelor cu dizabilități, inclusiv severe.

Este demn de atenție și modelul german în care Departamentul de Tineret (Jugendabteilung) al Biroului de District (Bezirksamt) de la locul de reședință al persoanei cu dizabilitate oferă consultanță și suport terapeutic și educativ pentru minori cu dizabilități.

Concluzii:

1. Portofoliul politicilor actuale în țările OCDE tinde să dea prioritate modelului medical, dar cu perspectiva de îmbinare cu cel social. Principalele programe accentuează transferurile de bani și măsuri de compensare. Această abordare poate fi justificată în cazurile de dizabilitate congenitală (din naștere). Totodată, după cum demonstrează probele și experiența pozitivă din diferite state, ea nu este completă și necesită a fi ajustată la standardele europene, abordarea unilaterală nu este suficientă și nu valorifică oportunitățile oferite de multiple programe din cadrul modelului bio-psihosocial. În cazul persoanelor cu dizabilități mintale, există programe care cu succes pot fi preluate de către politicile naționale, de asemenea există și programe de succes, desfășurate de către organizațiile nonguvernamentale din Moldova. Unele dintre programele descrise în acest studiu oferă exemple bune pentru realizarea chiar și a obiectivului de generare a veniturilor suplimentare ale persoanelor cu dizabilitate.

2. Oportunitatea utilizării programelor din alte țări și celor desfășurate de organizațiile nonguvernamentale pentru diverse categorii de persoane cu dizabilitate, inclusiv pentru persoanele cu dizabilitate mintală, oferă un grad înalt de rezultativitate, producând efecte substanțiale de reabilitare și integrare a persoanelor în societate. În afară de programele din modelul medical (pur compensatoriu și de asigurare a venitului de bază), pot fi modelate și desfășurate un șir de programe de integrare socială de tipul de implicare în câmpul muncii și de angajare.

3. În țările OCDE se constată o politică echilibrată, cu tendință de combinare a programelor de compensare cu programele de incluziune (implicare în câmpul muncii), care duc la rezultate evidente în procesul de integrare a persoanelor cu dizabilitate în viața activă a societății, totodată având potențialul de a asigura un venit suplimentar necesar pentru persoanele cu dizabilități, având în vedere gradul de sărăcie a acestora.

4. Examinând modelele descrise, în Republica Moldova se va tinde spre obiectivul principal proeuropean de a oferi șanse egale tuturor persoanelor,

selectând modelul bio-psihosocial, în vederea auto-realizării capacităților individuale și profesionale și integrării în viața activă a societății pentru persoanele cu dizabilități.

Bibliografie

1. World Health Assembly. Resolution R 58/23. *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Geneva: World Health Assembly; 2005.
2. *Convenția ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități*. Rezoluția 61/106. Adunarea Generală ONU din 24.01.2007.
3. WHO (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*.
4. WHO (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version*.
5. Meyer T., Gutenbrunner C., Bickenbach J., Cieza A., Melvin J., Stucki G. *Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy*. In: Journal of Rehabilitation Medicine, no. 9, September, 2011, p. 765-769.
6. Sochircă L. *New Disability approach: the social medical expertise perspective*, 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM Vilnius, September 30, 2011, p. 43-44.
7. Sochircă L. *Actualități, probleme și Strategia de dezvoltare a Serviciului de expertiză medicală a vitalității din Republica Moldova în perspectivă*, În: Curierul Medical, 17 mai, 2012.
8. *Foia de parcurs pentru introducerea unei noi metodologii de determinare a dizabilității în Republica Moldova în concordanță cu Clasificarea Internațională a Funcționalității, Dizabilității și Sănătății (CIF), aprobată de OMS*. Conferința „Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități – realizări și perspective”, Chișinău, 31 august 2011, 111 p.
9. Decretul nr. 218/7 *Metodologia de Utilizare a Instrumentelor de Expertiză și Evaluare a Copiilor / Elevilor cu Dizabilități pentru Orientare Educațională*, România, martie 2002.
10. Serbin V., Grejdianu T. *Expertiza medicală a vitalității*. Chișinău: Medicina, 2006, 613 p.
11. Israfilov M. *Particularități în reabilitarea medico-socială a persoanelor cu dizabilități mentale și de comportament în serviciul de expertiză medicală a vitalității*. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, Chișinău, 2008, p. 213-216.
12. Skvarciany Z. *Biopsychosocial model application in process of establishing disability, working capacity and special needs*. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, September 30, 2011, p. 45-46.
13. Smychek V. *The current state of medical and social assessment system in Republic of Belarus*. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, September 30, 2011, p. 41.
14. Smychek V. *Modern system of medical assessment and rehabilitation in Belarus*. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM; Vilnius, September 30, 2011, 50 p.

Prezentat la 7.11.2012

Ludmila Sochircă

Tel.: 06948503

Email: ludmila.popescu@gmail.com

RECENZIE ASUPRA
MONOGRAFIEI VARIANTE
CLINICE ÎN DEPRESIILE REFRACTARE
DE GHENADIE CĂRĂUȘU

Alexandru NACU, doctor habilitat în medicină,
profesor universitar, Om emerit

Monografia dlui Gh. Cărașu, conferențiar la Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală a USMF Nicolae Testemițanu (apărută la Tipografia Reclama SA, Chișinău, 2011, 168 p.), este consacrată uneia dintre cele mai actuale probleme a psihiatriei contemporane. Este o lucrare fundamentală și prezintă o importanță substanțială atât pentru psihiatria clinică, cât și pentru cea socială, având în același timp aspect științific și practic.

Studierea manifestărilor clinice și evolutive ale depresiei refractare este una dintre direcțiile prioritare ale psihiatriei moderne, deoarece stările depresive se întâlnesc, în ultimul timp, destul de frecvent și au o tendință spre malignizare.

Lucrarea a fost efectuată pe baza unui material clinic destul de reprezentativ – 612 bolnavi, diferențiați după vârstă și sex.

Putem spune că lucrarea reprezintă o etapă de dezvoltare a psihiatriei autohtone. Spun aceasta, fiindcă din punct de vedere evolutiv deosebim mai multe etape în dezvoltarea psihiatriei în Moldova. Odată cu deschiderea catedrei, la început au predominat maladiile psihice de natură exogenă, provocate de diferite infecții – epidemii de tifos exantematic, malarie, gripă, tuberculoză –, și de natură somatogenă, mai ales psihozele puerperale (monografia lui Molohov). A doua etapă se caracterizează prin predominarea psihozelor endogene, mai ales schizofrenia. La următoarea etapă s-a acordat o mare atenție tulburărilor psihice în legătură cu alcoolismul, tulburărilor nevrotiforme, psihopatiilor. Și în sfârșit, în ultimele 2 decenii, predomină lucrările consacrate depresiei – teza dnei Deliv, lucrările dlor Revenco, Nastas.

Din cele expuse reiese și actualitatea acestei lucrări. Datele literaturii, precum și cele ale autorului indică un număr mare de stări depresive în populație. Literatura este destul de voluminoasă, descrisă pe 29 de pagini, iar bibliografia conține 289 de izvoare, grupate după concepțiile autorilor.

Este importantă în lucrare analiza detaliată a factorilor și condițiilor de mediu care favorizează declanșarea depresiei: diferite variații ale personalității, alți factori, ca stările stresante, alcoolismul, traumele ș.a. Dl Cărașu pune accentul pe cele mai importante deviații, care joacă rolul principal în apariția depresiei rezistente. Apariția lor în debutul maladiei joacă un rol profilactic. Deviațiile determină aplicarea unor măsuri cu caracter terapeutic, pentru a evita dezvoltarea de mai departe a depresiei rezistente.

Destul de minuțios sunt descrise tabloul clinic și evoluția maladiei, unde se dă o atenție destul de mare simptomelor de bază. Din acest punct de vedere, autorul respectă canoanele psihiatriei, și anume una din legile ei fundamentale, ce se referă

la sindromul de bază (principal) al maladiei. Se știe că fiecare maladie psihică se caracterizează prin prezența unui sindrom principal și o serie de sindroame secundare. De cel principal depinde determinarea adecvată a diagnosticului, evoluția și tratamentul psihozei. Anume astfel autorul a și structurat clinica și evoluția depresiei.

La început, într-un capitol aparte este evidențiată simptomatologia specifică pentru sindromul de bază. Simptomatologia polimorfă a depresiei l-a făcut pe autor să evidențieze 3 variante clinice de depresie: anxios-agitată, melancolică, apatic-inhibată. Simptomatologia specifică fiecărei variante este evidențiată destul de bine și clar. Totodată, fiecare variantă este asociată de un caz tipic, cu o analiză clinică destul de minuțioasă. Toate acestea îi ajută autorului la evidențierea mecanismelor patogenetice, precum și la aplicarea unui tratament adecvat.

Paralel cu tabloul clinic și evoluția depresiei, autorul a elaborat un program terapeutic mixt, bine argumentat și adecvat. Se are în vedere un tratament medicamentos, electroconvulsiv și psihoterapeutic. Aș vrea să mă refer la două momente destul de importante. Este vorba de aplicarea terapiei electroconvulsivante (TEC) și a psihoterapiei. În cazurile de depresie, TEC este bine-venită și aplicarea ei duce la rezultate bune. Din păcate, noi o aplicăm destul de rar. E de menționat că dl Cărașu, vorbind despre TEC, descrie foarte minuțios mecanismele patogenetice care au loc în creier în timpul aplicării acestei terapii: sistemul GABA, serotonina etc. Ca informație: japonezii aplică destul de frecvent TEC, mai ales la bolnavii cu depresie, afirmând că depresiile duc la formarea maladiilor canceroase.

Este bine-venită în aceste cazuri și psihoterapia cu un colorit psihanalitic. În timpul ședințelor, bolnavilor li s-a cultivat atitudini de optimism și de curaj prin explicarea situațiilor dramatice, a unui pesimism total nejustificat. Unii pacienți chiar din primele ședințe au început să înțeleagă dramatismul maladiei, s-au ivit unele tendințe critice. Aplicând ședințele, autorul a ținut seama de calitățile personalității bolnavului, de care variantă ține.

Pentru o obiectivizare și diagnosticare mai veridică a mecanismelor etiopatogenetice, a particularităților clinico-evolutive ale depresiei, au fost efectuate o serie de investigații psihologice, de exemplu, scala depresiei Hamilton, scala de depresie Montgomery-Asberg, inventarul pentru depresie Beck. Tot în acest context s-au efectuat și investigații statistice.

Lucrarea este înzestrată cu 14 tabele, 25 de figuri. La sfârșitul lucrării sunt expuse concluziile, care sunt formulate destul de concis și reflectă conținutul monografiei.

**ION BAHNAREL – MANAGER,
SAVANT, PEDAGOG PRIN VOCAȚIE**

Omagiu la 60 de ani



Medicul, managerul, savantul și profesorul universitar Ion Bahnarel s-a născut la 6 ianuarie 1953 în satul Probotești, raionul Herța, regiunea Cernăuți, Ucraina. După absolvirea școlii de 8 ani din satul natal și a școlii-internat poli-tehnice din or. Herța, în anul 1970 susține cu succes examenele de admitere la Institutul de Stat de Medicină din or. Chișinău, la Facultatea *Medicină Preventivă*, pe care îl absolvește cu brio în 1976.

Pentru medicina autohtonă, perioada anilor '60-80 ai secolului XX a fost marcată prin cele mai frumoase realizări profesionale și științifice, inclusiv prin începutul fenomenului de renaștere a cadrelor medicale naționale, care urmau să acopere necesitățile stringente ale republicii în cadre naționale. O mare parte din absolvenții din acele decenii au devenit cu timpul personalități proeminente, care au adus notorietate culturii și gândirii medicale autohtone.

Printre acești valoroși specialiști se numără și profesorul universitar Ion Bahnarel, numele căruia se asociază cu generația celui de al „4-lea val” de medici și savanți-igieniști, pregătiți la actuala Universitate de Stat de Medicină și Farmacie *N. Testemițanu*. Și-a făcut studiile la Facultatea *Medicină Preventivă* sub îndrumarea unor profesori cu renume, precum Nicolae Testemițanu, Eli Șleahov, Viorel Prisăcari, Eugen Popușoi ș.a. Confruntându-se mai apoi cu diverse provocări ale timpului, a reușit să le facă față prin impunerea firii sale laborioase și deschise pentru tot ce venea de la dascălii și formatorii profesiei de medic în medicina preventivă și sănătatea publică, ca în prezent să se posteze printre cei mai mari specialiști din țară din domeniul igienei radiațiilor și radioprotecției. Despre aceasta vorbesc lucrările profesorului Ion Bahnarel – un considerabil număr de realizări științifico-practice și pedagogice inestimabile, multe dintre ele fiind înalt apreciate la nivel internațional.

Primele aptitudini de manager le-a însușit de pe când a început să conducă cercul studentesc științific de epidemiologie, iar datorită acestui fapt a colaborat și mai strâns cu profesorii și lectorii catedrelor de medicină preventivă. După absolvirea facultății, Ion Bahnarel rămâne să activeze în calitate de asistent la Catedra *Medicină Socială*, iar primul care l-a susținut, remarcându-i capacitățile și calitățile deosebite, a fost chiar profesorul Nicolae Testemițanu, care pe atunci era șeful catedrei menționate.

Unele motive personale l-au determinat pe tânărul absolvent Ion Bahnarel să plece în scurt timp de la catedră și să se angajeze la Stația sanitaro-epidemiologică republicană, unde în calitate de tutori i-a avut pe Efim Ciobanu, medic-șef adjunct, Iurie Viscovatov, șef al secției sanitaro-igienice, și Mihail Tetelbaum, șef al secției igiena muncii. Această cotitură din viața sa, însă, n-a fost în măsură să-i periclitaze activitatea pedagogică și cea de cercetător. Dimpotrivă, muncind în cadrul Sanepidului republican, el s-a dedicat serios muncii științifice, menținându-și neîntrerupt funcția de asistent la Catedra *Igienă Generală*.

Inițial, Ion Bahnarel a vrut să se consacre epidemiologiei. O perioadă de timp s-a aprofundat în cercetări în tematica igienei, iar din momentul confirmării sale în postul de șef al secției de igienă a radiațiilor s-a orientat spre problemele iradierii medicale și naturale a populației din Republica Moldova, reușind să facă o carieră științifică și pedagogică strălucită.

În perioada afirmării sale științifice și pedagogice, despre tehnologiile informaționale nici nu se pomenea. Unica posibilitate de a acumula cunoștințe

medicale o oferea biblioteca. Acest fapt l-a determinat ulterior, când devenise director al CNŞPMP, vice-ministru al sănătăţii şi medic-şef sanitar de stat al RM, apoi director general al CNSP, să conecteze instituţia la sistemul informaţional computerizat cu internet şi să aducă literatura de specialitate pe masa de lucru a fiecărui tânăr cercetător şi student de la catedră, pe care Domnia Sa o conduce şi în timpul de faţă.

O influenţă directă asupra formării sale ca specialist în domeniul medicinei iradierilor au avut-o atât colegii de breaslă de la Universitate, cât şi cei din cadrul Serviciului de supraveghere sanitaro-epidmiologică de stat. Este vorba de Nicolae Opopol, Gheorghe Ostrofeţ, Tamara Bondarenco. A dirijat eficient secţia igiena radiaţiilor, transformând-o treptat într-un Centru Naţional de Radioprotecţie de performanţă.

Alegerea temei pentru doctorat a fost determinată de anumiţi factori obiectivi. Cunoscând bine realitatea şi dorind să reglementeze procesul de iradiere medicală pe necesităţi de diagnostic, Ion Bahnarel se afundă în cercetări şi în 1995 susţine la Iaşi teza de doctor în medicină cu tema *Contribuţii la evaluarea iradierii medicale şi posibilităţi de reducere*. Cea de-a doua teză a sa, de doctor habilitat, păstrează continuitatea preocupărilor autorului pentru politicile de reglementare a iradierilor medicale, înaintând şi mai departe în domeniu. De data aceasta, Domnia Sa şi-a propus să estimeze riscul asociat iradierii populaţiei Republicii Moldova şi să ofere posibilităţi de reducere a impactului asupra sănătăţii. Postdoctoratul a fost susţinut la Chişinău în 2010, consultant ştiinţific fiindu-i ilustrul profesor, membru corespondent al AŞM Nicolae Opopol.

În teza de doctor habilitat, profesorul Ion Bahnarel analizează din punct de vedere ştiinţific principalele surse de expunere la iradiere a populaţiei din Republica Moldova – radonul şi toronul (ca principali responsabili pentru aceste iradiere) – şi propune măsuri de diminuare a nivelului de iradiere. De rând cu aceasta, au fost elaborate regulamente şi acte normative speciale, care stabileau norme fundamentale de radioprotecţie şi reducere a iradierii ionizante. Lucrările ştiinţifice ale doctorului habilitat în ştiinţe medicale Ion Bahnarel au avut o importanţă semnificativă pentru sistemul sănătăţii publice. Operele sale au contribuit la ridicarea nivelului culturii medicale a populaţiei, la promovarea recomandărilor de menţinere a unei sănătăţi durabile.

Datorită dlui Ion Bahnarel, Catedra *Igienă Generală* s-a îmbogăţit cu un şir de lucrări consultativ-metodice, inclusiv despre congruenţa factorilor de risc generaţi de sursele de iradiere din Republica Moldova, cu documente juridice şi regulamente tehnice privind dozele admisibile de radiaţie. Graţie dlui profesor, s-a stabilit un parteneriat constructiv

şi productiv între universitate şi CNSP în vederea desfăşurării rezidenţiatului în subdiviziunile Centru-lui, conlucrării savanţilor universitari cu personalul laboratoarelor ştiinţifice.

Profesorul universitar Ion Bahnarel a fost şi rămâne un neobosit dascăl universitar. Are un bagaj enorm de cunoştinţe medicale şi o mare experienţă didactică, pe care le împărtăşeşte generaţiilor de studenţi şi medici de la cursurile de formare continuă. Este un pedagog cu har, cu răbdarea de a asculta omul. Este mereu în pas cu actualităţile medicale. În total, profesorul universitar Ion Bahnarel a publicat în ediţiile de specialitate din R. Moldova şi cele din străinătate peste 270 de lucrări ştiinţifice şi metodice. A semnat 12 monografii şi 3 manuale. În perioada 2001-2012, a brevetat 5 invenţii, apreciate înalt de juriu competente la concursurile şi expoziţiile de specialitate din lume.

Profesorul Ion Bahnarel este permanent în căutarea soluţiilor pentru a ameliora sănătatea populaţiei, cercetând sănătatea oamenilor în etate, influenţa descresţerii demografice asupra sănătăţii publice, imunizările sau deficitul de iod la copii etc. Cel mai important sector, consideră dumnealui, este ştiinţa despre fortificarea sănătăţii omului sănătos.

I. Bahnarel este foarte principial, punctual şi responsabil. S-a străduit să fie un exemplu în muncă în toate funcţiile pe care le-a deţinut, fie de stat sau obşteşti: în calitatea sa de vicedirector la CRIE, CNŞPIE, director al CNŞPMP, viceministru al Sănătăţii şi medic-şef sanitar de stat al RM, director general CNSP, preşedinte al Consiliului Ştiinţific al CNSP sau al Societăţii Medicilor-Igienişti din Republica Moldova. Este valoros aportul pe care Domnia Sa îl aduce în calitate de redactor-şef adjunct al revistei *Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină*, la care Centrul Naţional de Sănătate Publică este cofondator. „*Dacă pui inimă şi suflet în ceea ce îţi propui, menţionează dânsul, succesul îţi este asigurat*”.

Bunăvoinţa şi ataşamentul se manifestă şi în relaţiile cu cei dragi, cu familia, rudele şi prietenii. Este tată a 3 copii, dintre care doi au ales specialitatea medicală.

Cu prilejul împlinirii frumoasei vârste de 60 de ani, mult stimat dle profesor Ion Bahnarel, în numele colectivului CNSP, al Serviciului de supraveghere de stat a sănătăţii publice, al Colegiului de redacţie al revistei *Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină* vă doresc mulţi ani cu sănătate, realizări noi şi frumoase în asigurarea sănătăţii populaţiei Republicii Moldova.

Ion Şalaru,
prim-vicedirector CNSP,
adjunct al medicului-şef sanitar
de stat al Republicii Moldova,
membru al colegiului de redacţie

PROFESORUL UNIVERSITAR
CONSTANTIN ANDRIUȚĂ

50 de ani de activitate



Domnul Constantin Andriuță, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, savant emerit al Republicii Moldova, a împlinit 50 de ani de activitate la Catedra *Boli Infecțioase* și Spitalul Clinic Republican de Boli Infecțioase *Toma Ciorbă*.

Medicul, profesorul universitar și poetul Constantin Andriuță s-a născut la 25 ianuarie 1937, în satul Măgurele, comuna Coșeni, județul Ungheni, într-o familie de țărani înstăriți.

Despre satul natal profesorul universitar C. Andriuță scrie:

„Măgurele, sat natal,
Ce se află după deal,
Între dealuri și vâlcele,
Unde-s neamurile mele.
Sat cu multe mahalale,
Pe unde mergi e bună cale,
C-o Fundătură și-un Țiglău,
Unde m-am născut și eu...”

După absolvirea școlii primare din satul natal Măgurele, în anul 1952 finisează studiile de 7 clase din satul Teșcureni, iar în 1955 – școala medie din orașelul Cornești. În același an susține cu succes examenele de admitere în Institutul de Stat de Medicină din Chișinău, Facultatea *Medicină Generală*, pe care o absolvește cu mențiune în 1961. Sprijinul și sacrificiul părinților pentru a-și vedea feciorul medic adevărat nu are preț, căci în nici un fel nu poate fi supus estimărilor.

După absolvirea Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, tânărul doctor C. Andriuță își începe activitatea de medic-generalist în spitalul din satul Seliște, raionul Nisporeni, unde timp de 2 ani activează ca medic-șef, deservind de unul singur populația de 10 mii de locuitori din 6 sate.

În anul 1963, la îndrumarea Ministrului Sănătății din Republica Moldova, Nicolae Testemițanu – mare Patriot al neamului, care azi a devenit o legendă a medicinei basarabene –, doctorul C. Andriuță susține cu succes examenele de admitere la specialitatea *Boli infecțioase*, sub conducerea ilustrului savant în domeniul infectologiei Isaak Drobinski.

Doctorandul C. Andriuță efectuează cercetări științifice, care au fost materializate în teza de doctor în medicină cu tema *Caracteristica clinică și de laborator a formelor clinice atipice de hepatite virale*, fiind susținută cu succes la finele doctoranturii.

Din 1967 doctorul în medicină C. Andriuță activează la Catedra *Boli Infecțioase* în calitate de asistent, îmbinând munca didactică, curativă, științifică cu cea obștească în cadrul Facultății de Medicină Preventivă.

Din anul 1970 până în decembrie 1984, a activat în postul de conferențiar la aceeași catedră, însă fiind pasionat de știință, a continuat să exploreze insistent și asiduu problemele hepatitelor virale. În baza cercetărilor efectuate, în anul 1982 conferențiarul C. Andriuță susține teza de doctor habilitat în medicină cu tema *Importanța clinică și patogenetică a izoenzimelor în hepatitele virale A și B*, devenind în așa fel unul dintre spe-

cialiștii de frunte în maladiile infecțioase, inclusiv în hepatitele virale, din Republica Moldova.

În decembrie 1984, prin concurs unional, dl C. Andriuță ocupă postul de șef al Catedrei *Boli Infecțioase*, în care a activat până în luna septembrie 2007, ulterior, prin contract, până la 3 septembrie 2012 ocupă postul de profesor universitar la aceeași catedră, din aceeași dată a fost angajat în postul de profesor-consultant la catedră.

În anul 1987 i-a fost conferit titlul științific de profesor universitar la Catedra *Boli Infecțioase*.

Domnul profesor C. Andriuță, fiind un specialist de talie înaltă, este recunoscut și ca un pedagog exigent, amator de căutări îndrăznețe în domeniul patologiei infecțioase. Domnul profesor consideră activitatea didactică o sarcină primordială, angajându-se în elaborarea și redactarea programelor de instruire, a indicațiilor metodice, ghidurilor pentru o pregătire mai eficientă a studenților și rezidenților în domeniul patologiei infecțioase.

Pentru facilitarea însușirii terminologiei medicale în limba română, profesorul C. Andriuță a alcătuit, pentru prima dată în sistemul de învățământ de la noi, un dicționar rus-român de termeni ce țin de domeniul patologiei infecțioase, organizând totodată o colecție de diapozitive în culori pentru ameliorarea procesului didactic.

Dumnealui este savantul care în premieră a studiat foarte detaliat particularitățile clinice, epidemiologice și de laborator ale formelor atipice (fruste, anectrice, subclinice și inaparente) de hepatite virale A și B, importanța clinică și patogenetică a izoenzimelor în hepatitele virale A și B.

Pentru prima dată, împreună cu colaboratorii săi, a cercetat aspecte imunologice în hepatitele virale obișnuite și în cele mixte, în diverse forme de hepatită virală delta și în cea virală acută AgHBs-negativă.

Dragostea de poezie l-a condus pe prof. C. Andriuță la un gând îndrăzneț: pentru prima dată printre semeni a publicat în limba română, în versuri, bolile infecțioase, tropicale și parazitare. Profesorul C. Andriuță a participat în calitate de redactor științific principal la editarea și îngrijirea materialelor conferințelor științifico-practice ale Societății infecționiștilor din Republica Moldova pentru anii 1991, 1996, 2001, 2006 și 2012, în calitate de vicedirector-șef.

Persoanele versate în domeniu, în primul rând savanții și specialiștii apreciază la justa valoare cele 3 monografii, precum și manualul scris în limba română *Boli infecțioase și parazitare (în viziune populară)*, cele 5 ghiduri practice, precum și cărțile de versuri cu tentă didactică. Domnia Sa a publicat până acum 13 cărți de versuri și a 14-a se află în tipografie, pentru

a fi editată în anul 2013, deținând un record indiscutabil în această privință printre colegi.

Domnul profesor C. Andriuță a fost angajat în multe colaborări cu colegii de breaslă, cercetând aspectele clinico-epidemiologice ale diferitelor maladii infecțioase: febra tifoidă, dizinteria, salmonelozele, iersinioza, rickettsiozele, toxoplasmoza, malarie, botulismul, trichinoza, holera, difteria, febra Q, infecția HIV/SIDA, meningitele, focarele de gripă etc. Dumnealui a participat nemijlocit la descifrarea, localizarea și lichidarea focarelor epidemice de febră tifoidă, tifos exantematic, dizenterie, toxiiinfecție alimentară, holeră, hepatită virală A, antrax, botulism, infecție meningococică, gripă, leptospiroză, bruceloză etc.

Activând pe parcursul a 27 de ani (1979-2006) în calitate de infecționist principal netitular al Ministerului Sănătății, domnul profesor C. Andriuță a urmărit permanent și cu mare atenție sporirea calificării profesionale a contingentului de medici-infecționiști din republică. Împreună cu conducerea Spitalului *Toma Ciorbă* și cu colaboratorii catedrei pe care a dirijat-o 23 de ani, prof. C. Andriuță a inaugurat: Centrul Republican de Toxoplasmoză, secțiile de terapie intensivă, baroterapie, cabinetele de examinare ultrasonografică și de dispensarizare a persoanelor care au suportat hepatite virale.

În 50 de ani de activitate la catedră, domnul profesor a publicat circa 580 de lucrări științifico-didactice, inclusiv 145 articole, 340 teze și materiale științifice, 40 indicații sau elaborări metodice, 30 inovații, 2 invenții, 5 ghiduri practice, 2 manuale, 3 monografii, 14 cărți de versuri. Brevetul de invenție *Produce cu acțiune antivirală de origine vegetală*, obținut de profesorii C. Spînu, C. Andriuță și colaboratorii, a fost apreciat cu Medalia de Aur la Salonul internațional de expoziție a necesităților tehnice de la București, 1999.

Din momentul deschiderilor democratice în Republica Moldova, profesorul C. Andriuță a participat la circa 350 de emisiuni la radiou și televiziune, a publicat mai multe articole pe teme medicale în diverse ziare și reviste de profil. Sub dirijarea sa științifică au fost susținute 7 teze de doctor în medicină și 3 teze de doctor habilitat.

Spațiul nu ne permite să redăm plenar activitatea prodigioasă pe tărâm obștesc a reputatului savant, punctând doar cele mai relevante funcții: infecționist principal al MS din RM, președinte al Societății infecționiștilor din R. Moldova, președinte al Comisiei de atestare a medicilor-infecționiști, președinte al Comisiei științifice în maladiile infecțioase a MS, președinte al Comisiei de concurs al corpului profesoral al USMF *Nicolae Testemițanu* (în diferiți

ani), vicepreședinte, ulterior președinte al Consiliului Științific specializat pentru susținerea tezelor de doctor și de doctor habilitat în medicină, membru al Comisiei de experți a MS (în diferiți ani), membru al Comisiei republicane a MS pentru atestarea medicilor-epidemiologi, membru al Comisiei republicane extraordinare anti-epidemice guvernamentale etc.

Despre versurile profesorului C. Andriuță, regretatul profesor Vasile Melnic (fost șef de Catedră de Limba Română) a menționat: „Nu e chiar atât de ușor și simplu să faci versuri sau cronici rimate, să le scrii pe înțelesul tuturor, să meditezi asupra fiecărei strofe, să urmărești o logică, un crez în gândire și expresie. Principalul e că versurile sale vin din inimă și în cunoștință de cauză”. E greu să nu fii de acord cu o apreciere atât de sinceră și senină. După opinia altor oameni versați în materie, aceste volume ale domnului profesor C. Andriuță pot servi drept manual suplimentar pentru studenți și rezidenți.

Activitatea științifică a fostului șef de Catedră *Boli Infecțioase, Tropicale și Parazitologie Medicală* C. Andriuță, începută încă din anii de studenție, a trecut ca un fir roșu prin toate acțiunile sale profesionale, continuând fructuos și la această vârstă onorabilă de 76 de ani.

Pentru activitatea sa rodnică și merituoasă, domnul C. Andriuță a fost distins cu mai multe di-

plome și medalii. De asemenea, i s-a conferit titlul onorific de *Om emerit al Republicii Moldova* și a fost decorat cu Ordinul *Gloria muncii*. Numele domnului profesor îl poartă biblioteca din satul natal, Măgurele, Domnia Sa devenind Cetățean de onoare al acestui sat. În 2006, domnul profesor a fost ales președinte de onoare a Societății infecționiștilor din RM, iar în 2007 a fost inclus în rândurile savanților-medici iluștri ai USMF *Nicolae Tistemițanu*.

Profesorul universitar Constantin Andriuță a intrat deja în istoria medicinei naționale. Viața Domniei Sale este o adevărată epopee baladică a unui om, a unui savant, a unui pedagog care a educat mii de străjeri ai sănătății, a unui doctor iscusit ce a salvat mii și mii de vieți omenești, a unui patriot adevărat, care prin versurile sale apără cu demnitate cele ce ne-au lăsat moștenire Mihai Viteazul, Ștefan cel Mare și Sfânt, Mihai Eminescu. În 2013 C. Andriuță împlinește 50 de ani de când activează la Catedra *Boli Infecțioase*, care este amplasată în Spitalul *Toma Ciorbă*, dirijat de domnul director Victor Deatișin (*Ciorbă doi numit de noi!*).

V. Pântea, dr. hab. med., prof. univ.;
Stela Cojocaru, conf. univ.;
Iulita Botezatu, conf. univ.

S-A MAI STINS O VIAȚĂ
DIN LUMEA ȘTIINȚEI ȘI DIDACTICII
UNIVERSITARE...

Constantin EȚCO, profesor universitar,
Mihai MOROȘANU, conferențiar universitar



„În moartea unui Om, moare o lume necunoscută.”
(Exupery)

La 15 ianuarie 2013 a încetat să mai bată inima unui Om, unui pedagog iscusit, unui cercetător științific. Știința academică și didactică universitară a mai pierdut un specialist notoriu – **Victor Talmaci**, feciorul lui Vasile Talmaci din satul Călinești, r-l Fălești, doctor în economie, conferențiar universitar, șeful cursului *Bazele legislației în activitatea medicală* din cadrul Catedrei *Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină* a Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*.

Victor Talmaci s-a născut la 1 septembrie 1943, într-o familie de țărani cu mulți copii. Copilăria și anii de școală îi petrece în satul natal, pe malul râului Prut. În anul 1960 devine elev al Școlii pedagogice din orașul Orhei, pe care o absolveste cu succes în 1962. În același an este înmatriculat la Universitatea de Stat din Moldova. În 1963 este încadrat în rândurile Armatei Sovietice, făcând 3 ani de cătănie. După demobilizare, în 1966, devine student al Universității Tehnice din Moldova (pe atunci Institutul Politehnic din Chișinău), Facultatea de Economie. În anul 1970, absolvind cu succes Universitatea Tehnică din Moldova, este îndreptat la lucru la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu* (pe atunci Institutul de Stat de Medicină din Chișinău), la Catedra *Economie Politică și Filozofie*. Mai apoi a activat în cadrul Catedrei *Igienă Socială și Organizarea Ocrotirii Sănătății* a Facultății de Perfecționare a Medicilor și la Facultățile de Sanitarie și Stomatologie, unde a inițiat predarea economiei pentru conducătorii instituțiilor medicale cu o tematică extinsă.

Susține teza de doctor în economie în anul 1980 la Universitatea de Stat *M. Lomonosov* din or. Moscova, sub conducerea vestitului specialist în economie Gavriil Popov și a profesorului Vladimir Kant.

În anii 1980-1985 face studii (fără frecvență) la Facultatea de Drept a Universității de Stat din Moldova. După absolvirea facultății, preia cursul de drept medical pentru studenți, fiind transferat la Catedra *Medicină Socială și Organizarea Ocrotirii Sănătății*, unde activează până în 1997. Odată cu fondarea Catedrei *Management și Psihologie* în 1997, cursul de drept medical este inclus în cadrul catedrei date și aici Victor Talmaci activează până în anul 2009.

Calitățile sale profesionale de pedagog au fost înalt apreciate de studenții USMF *Nicolae Testemițanu*. Multe generații de medici, absolvenți ai Universității, îi purtau profunda recunoștință pentru consecutivitate în expunerea materialului didactic, pentru generozitatea sa profesională, pentru bunătatea sufletească, pentru obiectivitate în evaluarea cunoștințelor.

Victor Talmaci a fost o personalitate integră, complexă, inteligentă, de o cultură și o etică înalte, fiind prietenos, săritor la nevoie. Îndelungata activitate de instruire universitară și de cercetare științifică s-a materializat prin publicarea a circa 50 de lucrări științifice, printre care și manualul *Bazele legislației în activitatea medicală*. Pe parcursul întregii activități profesionale în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, indiferent de postul deținut și de locul de muncă, a manifestat competență, disciplină, străduință și responsabilitate înaltă.

A fost un bun coleg, un bun prieten, un bun organizator al diferitelor întruniri de lucru sau discuții privind problemele apărute.

Prin plecarea sa în veșnicie, comunitatea universitară medicală a pierdut un bun și iscusit pedagog, un bun coleg, un prieten adevărat.

Dumnezeu să-l odihnească în Împărăția Sa și veșnică pomenire!

RECOMANDĂRI PENTRU AUTORI

Lucrările prezentate vor fi scrise pe foi de format A4, Times New Roman, 14, în Word 2003, la 1,5 intervale, cu câmpul de 2,5 cm pe toate laturile, folosindu-se o singură față a hârtiei.

Foaia de titlu va conține titlul lucrării, prenumele și numele autorului (autorilor), titlul/gradul științific, instituția în care a fost elaborată lucrarea.

Lucrările vor fi însoțite de rezumate în limbile română, rusă și engleză, având un volum de până la 150-200 cuvinte fiecare, pe foi aparte.

Textul articolelor experimentale sau clinice cu un volum de până la 13 pagini și a publicațiilor scurte va include: introducere, metode și materiale, rezultate obținute, discuții, concluzii și referințe bibliografice. Publicațiile medico-sociale, revistele literaturii, articolele de sinteză și materialele cu tematică farmaceutică nu vor depăși 18 pagini și vor conține cel mult 50 de referințe. Materialele informative – ordine, hotărâri ale Colegiului Ministerului Sănătății, programe naționale, hotărâri de guvern și legi din domeniul sănătății – vor fi publicate integral.

Materialele ilustrative (fotografii, desene, figuri, scheme, diagrame), într-un număr minim, vor conține numărul în ordinea în care sunt citate și nu vor fi prezentate în text, ci atașate lucrării. Se acceptă numai desene realizate în tuș negru sau în variantă electronică negru-alb, fotografii realizate pe hârtie fotografică mată.

Legenda figurilor și tabelelor va fi dată pe baza lor.

Formulele matematice sau chimice vor fi scrise citeț și corect (să se diferențieze clar nivelul pentru indici, exponenți, literele majuscule sau minuscule și simbolurile grecești).

Referințele bibliografice vor fi prezentate la sfârșitul lucrării în ordinea alfabetică a numelui

autorilor, fiind numerotate. Titlurile fără autor se înscriu în ordinea anului de apariție. Bibliografia va corespunde cerințelor internaționale *Committee of Medical Journal Editors* față de publicațiile medicobiologice. În text, citările se fac prin indicarea între bare drepte a poziției din lista bibliografică.

Lucrările vor fi prezentate în 2 exemplare cu toate elementele corespunzătoare, însoțite de CD, pe care se va indica numele autorului, denumirea articolului, file-ul și versiunea. La sfârșitul articolului autorul va indica postul și instituția în care activează, telefonul de contact și adresa electronică.

Scrisoarea de însoțire. Lucrările vor fi însoțite de o scrisoare din numele conducătorului instituției sau al autorului, responsabil pentru corespondență. Scrisoarea va confirma faptul că toți autorii sunt de acord cu conținutul articolului și că materialele date nu au fost publicate anterior.

În atenția autorilor:

- articolele sunt recenzate de specialiști în domeniul respectiv;
- în cazul în care manuscrisul este restituit autorului pentru revizuire, modificare sau prescurtare, se va prezenta varianta nouă și varianta inițială a manuscrisului;
- corectura nu se expediază autorului;
- redacția nu este responsabilă pentru veridicitatea materialelor publicate;
- articolele prezentate necorespunzător regulilor descrise nu vor fi înregistrate și examinate.

Prezentarea. Manuscrisele vor fi depuse pe numele redactorului-șef **Constantin Ețco**, doctor habilitat, profesor universitar, Catedra *Economie, Management și Psihopedagogie*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, pe adresa:

Bd. Ștefan cel Mare, 194^a (blocul 4, et. 4)

MD-2004, Chișinău, Republica Moldova

Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15 Fax: 24-23-44

e-mail: economiemanagement@yahoo.com