

IL Grandangolo

I QUADERNI DI CULTURA SANITARIA DELLA SOCIETÀ PER LA PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE MEDICA

Centro Studi Ercole Bruno - Quaderni di cultura sanitaria (n.1/2005)-Pubblicazione periodica trimestrale registrata al Tribunale di Salerno n. 1022 in data 15/11/2001-Direttore Responsabile Carlo Giurbino
www.speme.com

Numero 1 2005

In questo numero:

Corso di Formazione Rischio Clinico: Prevenzione, Gestione e Responsabilità Dirigenziale

- La Prevenzione del Rischio nelle Aziende Sanitarie
- La Gestione del Rischio nelle Aziende Sanitarie
- Problemi Legali della Medicina Difensiva
- Monitoraggio Regionale delle Situazioni di Rischio Clinico

CIMO
Associazione
Sindacale
Medici
Dirigenti

**MOMENTO
MEDICO**

S.P.E.M.E.

Norme redazionali per la pubblicazione e l'uso degli articoli

Il Grandangolo è l'organo ufficiale della società per la promozione dell'educazione medica. In linea con le finalità statutarie della SPEME si propone di promuovere lo sviluppo della cultura sanitaria in tutti i campi nessuno escluso.

I testi dovranno pervenire al Publisher su floppy disk o tramite e-mail come file elettronico (Word per Windows o in formato .txt) e avere una lunghezza massima di 5 pagine, con le seguenti caratteristiche:

Contenuto della pagina

- Numero di caratteri (spazi esclusi): 4961
- Numero di righe: 60
- Numero di caratteri (spazi esclusi) per riga: media 86
- Numero di parole per pagina: media 926

Impostazioni di pagina

- Dimensioni: 29.7 cm x 21.0 cm (F. to A4)
- Orientamento della pagina: verticale
- Margine superiore: 3.3 cm
- Margine inferiore: 3.3 cm
- Margine destro: 3.3 cm
- Margine sinistro: 3.3 cm

Formato paragrafo

- Interlinea: 1,5
- Rientri: nessuno

Carattere

- Tipo: Times New Roman
- Dimensioni: 12
- Stile: normale
- Posizione: normale
- Spaziatura: normale

Nel testo bisognerà indicare il riferimento numerico di eventuali voci bibliografiche, elencandole nella bibliografia a fine articolo secondo l'ordine di citazione nel testo.

Eventuali figure dovranno essere allegate in file separati nei formati .xls, .ppt, .jpg o .tif, utilizzando per gli ultimi due formati alta definizione (almeno 300 dpi). Le immagini diagnostiche quali Rx, ecografie, es. istologici, TC etc. dovranno pervenire in originale (su pellicola, diapositiva o fotografia) onde consentirne l'acquisizione tramite dispositivo scanner.

Gli articoli inviati verranno pubblicati previa valutazione ed approvazione del Board scientifico della Rivista.

Gli interessati potranno utilmente rivolgersi alla Momento Medico, presso i seguenti recapiti:

Via Terre Risaie, 13 - Zona Industriale - 84131 Salerno

Phone: 089/3055511 - Fax: 089/302450

E-mail: momentomedico@momentomedico.it

IL Grandangolo

I QUADERNI DI CULTURA SANITARIA DELLA SOCIETÀ PER LA PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE MEDICA

Centro Studi Ercole Bruno - Quaderni di cultura sanitaria (n.1/2005)-Pubblicazione periodica trimestrale registrata al Tribunale di Salerno n. 1022 in data 15/11/2001-Direttore Responsabile Carlo Giurbino
www.speme.com

Numero 1 2005

EDITORIAL BOARD

Dr. A. Catalano *Direttore* (Salerno)

Dr. A. Clivati (Milano)

Dr. S. Biasioli (Vicenza)

Dr. A. Cirnigliaro (Catania)

Dr. G. B. Catalini (Ancona)

Dr. A. Dedoni (Cagliari)

Dr. L. Addante (Bari)

SCIENTIFIC BOARD

Prof. C. Bartolozzi (Pisa)

Prof. M. Bertolissi (Padova)

Prof. D. Caramella (Pisa)

Prof. A. D'Angiolino (Roma)

Prof. G. Guidi (Verona)

Prof. Don S. Pintor (Roma)

Il contenuto degli articoli pubblicati riflette le opinioni dei singoli Autori e non necessariamente quelle dell'editorial board.

CIMO
Associazione
Sindacale
Medici
Dirigenti

**MOMENTO
MEDICO**

SPÈME

Copyright © 2005 by Momento Medico S. r. l. - Via Terre Risaie, 13 - Zona Ind. le - 84131 Salerno
Tel. 089. 3055511 (r. a.) - Fax 089. 302450 - E-mail: momentomedico@momentomedico.it

04LE0107 -05/05

Tutti i diritti di traduzione e riproduzione, adattamento parziale o totale con qualsiasi mezzo
(compresi microfilms, copie fotostatiche o xerografiche) sono riservati alla Momento Medico

Coordinamento Editoriale a cura del Dipartimento Medico

Grafica, Impaginazione, Fotocomposizione, Edizione e Stampa Momento Medico

Allestimento Legatoria Industriale Mediterranea

IL Grandangolo

I QUADERNI DI CULTURA SANITARIA DELLA SOCIETÀ PER LA PROMOZIONE DELL'EDUCAZIONE MEDICA

Centro Studi Ercole Bruno - Quaderni di cultura sanitaria (n.1/2005) - Pubblicazione periodica trimestrale registrata al Tribunale di Salerno n. 1022 in data 15/11/2001
Direttore Responsabile Carlo Giurbino
www.speme.com

INDICE

PRESENTAZIONE	5
<i>Dr. A. Catalano - Presidente S.P.E.ME.</i>	
APERTURA DEI LAVORI	6
<i>P. Perna - Segretario regionale CIMO - ASMD della Campania</i>	
SALUTI	8
<i>B. Buonanno - Moderatore - Giornalista "Il Mattino"</i>	
<i>Dr. Zamparelli - Staff Assessorato alla Sanità Regione Campania</i>	
1. LA PREVENZIONE DEL RISCHIO NELLE AZIENDE SANITARIE	9
<i>Dr. G. D'Auria - Direttore Azienda Sanitaria Locale Caserta 1</i>	
2. LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE AZIENDE SANITARIE	14
<i>Dr. P. Moreni - Medico Legale</i>	
3. PROBLEMI LEGALI DELLA MEDICINA DIFENSIVA	16
<i>Dr. C. Aronne - Consulente Penale CIMO Regione Campania</i>	
4. MONITORAGGIO REGIONALE DELLE SITUAZIONI DI RISCHIO CLINICO	20
<i>Dr. Longo</i>	
INTERVENTI PROGRAMMATI	22
<i>A. De Falco - Ordine dei medici di Napoli</i>	
<i>E. Scognamiglio - ASL NA1</i>	
<i>C. Melchionna - Segretario Regionale ANAAO-ASSOMED</i>	

SPREME

Società per la Promozione
dell'Educazione Medica

Via Quieta, 65 - 95128 Catania
Tel. /Fax 095 430812



A S M D

REGIONE CAMPANIA

**CORSO DI FORMAZIONE
RISCHIO CLINICO:
PREVENZIONE, GESTIONE E RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE
Napoli – 23 ottobre – 2004 ore 8,30**

Ore: 8, 30 – **Registrazione dei partecipanti**

Ore: 9, 00 - **Apertura dei lavori**

Paolino Perna

– Segretario Regionale CIMO-ASMD della Campania

PREVENZIONE E GESTIONE DEL RICHIO CLINICO

Ore 9, 15 - **La Prevenzione del Rischio nelle Aziende Sanitarie**

Gennaro D'Auria

– Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Locale Caserta 1

Ore 9, 45 - **La Gestione del Rischio nelle Aziende Sanitarie**

Paolo Moreni

- Medico Legale

Ore 10, 15 - **Problemi Legali della Medicina Difensiva**

Claudio Aronne

– Consulente Penale CIMO Regione Campania

Ore 10:45 - **Monitoraggio Regionale delle Situazioni di Rischio Clinico**

Longo

PRESENTAZIONE

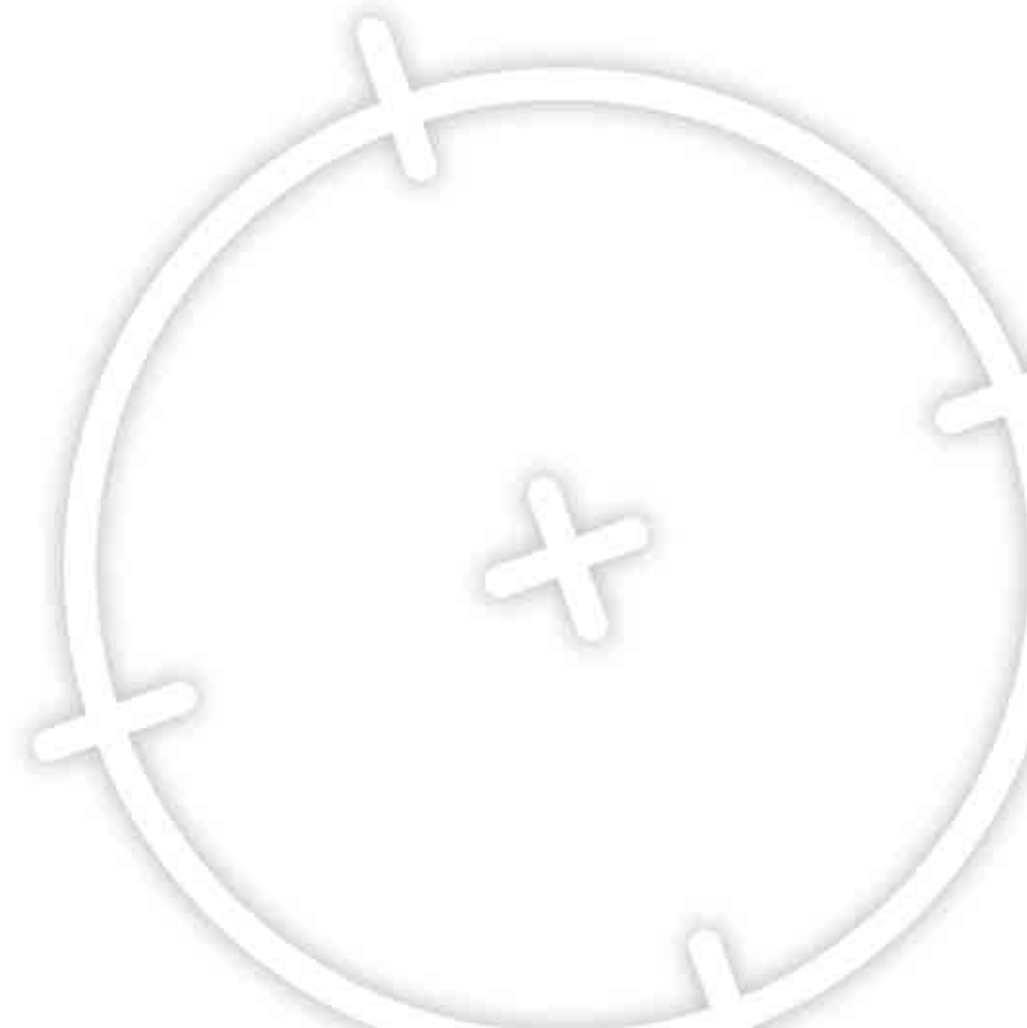
Abbiamo il piacere di pubblicare gli atti del CORSO DI FORMAZIONE “RISCHIO CLINICO: PREVENZIONE, GESTIONE E RESPONSABILITÀ DIRIGENZIALE” tenutosi a Napoli il 23 ottobre 2004.

La nostra società ha sempre avuto un’attenzione particolare per gli argomenti di carattere gestionale in genere e soprattutto sul tema del rischio clinico che appare di particolare interesse in un’ottica di prevenzione del contenzioso in ambito sanitario.

Per esigenze di spazio la pubblicazione dovrà essere necessariamente articolata su due numeri, ma la scelta redazionale di un’edizione pressoché integrale nasce dall’opinione che l’attualità dell’argomento, associata all’interesse suscitato dalle relazioni ed alla vivacità degli interventi in discussione, costituiranno un’ottima occasione di aggiornamento e di riflessione per i nostri lettori.

Un ringraziamento particolare a Paolino Perna che ha ottimamente organizzato questo interessante evento formativo.

Alberto Catalano
Presidente della S. P. E. ME.



APERTURA DEI LAVORI

PAOLINO PERNA
SEGRETARIO REGIONALE CIMO - ASMD DELLA CAMPANIA

La nostra Associazione, sempre attenta alle tematiche che investono il pianeta sanità che evolve continuamente e necessita sempre più di accorgimenti volti alla tutela del malato e degli addetti ai lavori, ha ritenuto opportuno organizzare un corso di formazione sul rischio clinico, prevenzione, gestione e responsabilità dirigenziale. Parlare di qualità delle cure oggi significa parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni, ma anche e soprattutto di sicurezza del servizio offerto. Da qui è nata l'esigenza della manifestazione odierna volta a dare notizie agli addetti ai lavori affinché possano affrontare quegli eventi definiti eventi avversi con più serenità, ma anche con più attenzione e responsabilità.

Il termine sicurezza evoca immediatamente il rispetto di norme, regolamenti e disposizioni legislative come il decreto 626, spostando l'attenzione del problema sugli aspetti prettamente strutturali e tecnologici o sulla sorveglianza sanitaria degli operatori coinvolti, piuttosto che sulla sicurezza del paziente.

Se il paziente che si rivolge alla struttura sanitaria con una domanda di assistenza che migliori la sua condizione di salute riceve al contrario un danno dall'atto sanitario si assiste al fallimento non solo della singola prestazione, ma dell'intero sistema che viene meno allo scopo per il quale è stato concepito. In effetti è ormai tempo di pensare alla sicurezza come ad un requisito del sistema e all'evento avverso come al frutto di un'interazione tra fattori tecnici, organizzativi e di processo piuttosto che alla conseguenza di un singolo errore umano.

Si tratta quindi di promuovere quel cambiamento culturale, già iniziato nel mondo anglosassone, che comincia a muovere i primi passi anche in Italia, che consente di superare l'approccio volitivo dell'errore. È molto facile di fronte a qualche evento avverso limitarsi a colpevolizzare l'operatore direttamente coinvolto che in realtà è solamente l'ultimo e il più debole anello della catena degli eventi che hanno innescato l'errore e conseguentemente il danno. Al contrario ciò che serve è un sistema che renda

possibile la rilevazione di tutti gli errori, anche quelli che non hanno generato un evento avverso consentendone l'analisi approfondita e la ricerca delle cause al fine di prevenire il ripetersi delle stesse condizioni di rischio o di limitare il danno quando questo si è ormai verificato.

Per promuovere il cambiamento culturale, utile all'avvio di un sistema di gestione del rischio, è fondamentale una leadership forte che individui come prioritario l'obiettivo di garantire la sicurezza delle prestazioni sanitarie per il paziente attraverso sistemi di risk management che prevedono, se è necessario, anche la profonda revisione e modifica dei processi. In passato quasi tutte le aziende ospedaliere hanno adottato un approccio prevalentemente amministrativo al problema del rischio, limitandosi alla stipula di polizze assicurative, mentre appare ormai chiaro che il punto chiave oggi deve essere lo sviluppo di una cultura del rischio. In Italia poche aziende ospedaliere hanno fatto proprio il cambiamento culturale utile all'avvio di un sistema di gestione del rischio e tra queste certamente è da considerare innovativo e all'avanguardia nella Regione Campania l'azienda ospedaliera San Sebastiano di Caserta che ha intrapreso un percorso sulla prevenzione del rischio con l'attivazione di una struttura complessa che studierà gli eventi avversi e cercherà di prevenirli.

La necessità di una presenza più diffusa negli ospedali italiani di "hospital risk management" è evidente e i dati attualmente a disposizione parlano da soli. Su 8 milioni di persone che ogni anno vengono ricoverati negli ospedali italiani ben 320.000 cioè circa il 4% subiscono danni o conseguenze più o meno gravi che potrebbero però essere evitati. Di questi 320.000 pazienti una cifra variabile tra i 14.000 e 50.000 muore sempre a causa di errori compiuti da medici o dalla mancanza di una adeguata organizzazione delle strutture sanitarie. Questi sono dati tratti dalla rivista "Rischio sanità" del giugno 2001. La sanità italiana perde 10 miliardi di euro in incidenti, sprechi ed errori operativi nel solo ambito ospedaliero. Di fronte a questi numeri risulta evidente come sia essenziale promuovere una cultura dell'errore e soprattutto investire nella formazione di una funzione aziendale che sia di aiuto a tutta la struttura ospedaliera nel difficile com-

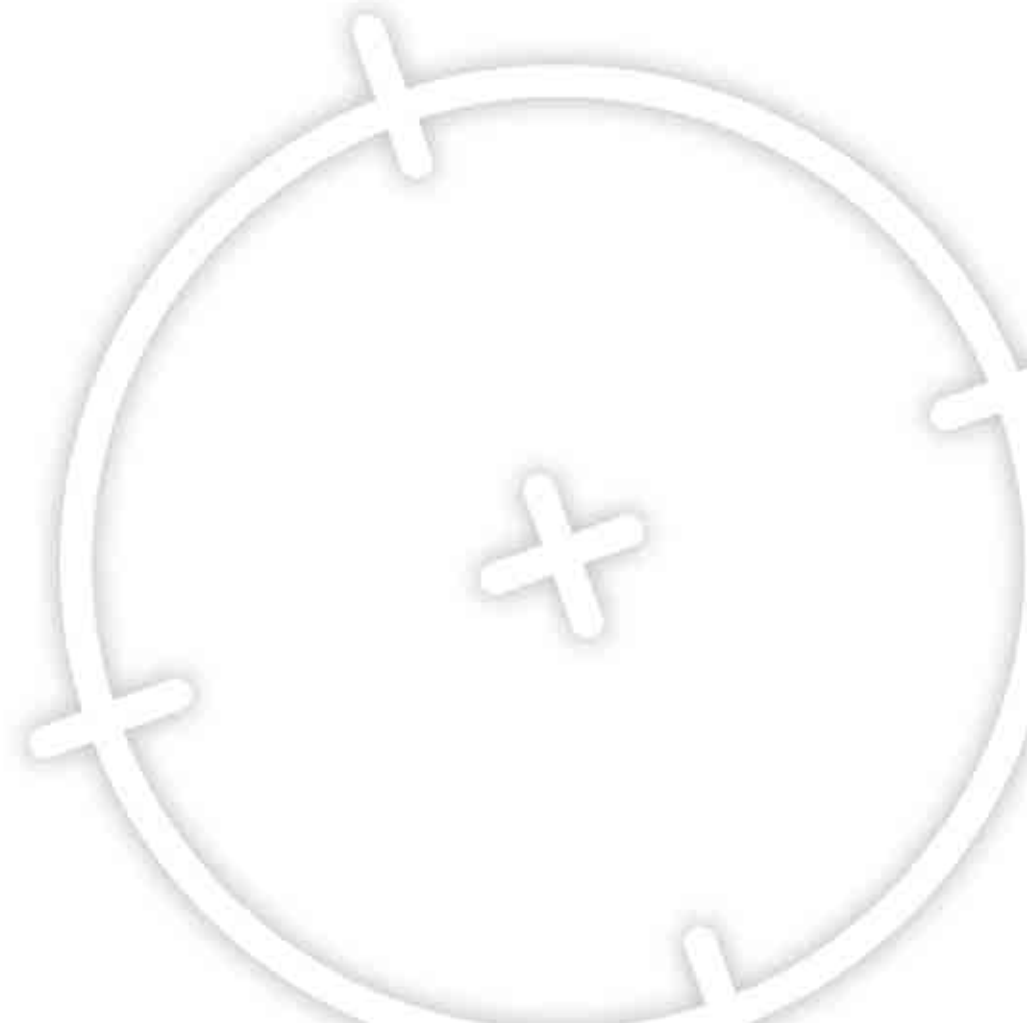
pito di prevenire, controllare e soprattutto cercare di neutralizzare i rischi.

Ognuno di noi si chiederà certamente ma non esistono le assicurazioni per questo? Certo, ma l'assicurazione non rappresenta la panacea di tutti i mali, quando si subisce un danno, l'abbiamo sperimentato tutti con la nostra autovettura, raramente si è risarciti di tutti i costi, le spese affrontate e il tempo perduto per ripararle, e poi l'assicurazione è un costo, è un costo certo contro l'incertezza che avvenga o meno il danno che può influire negativamente sul bilancio della società.

Ma se questo costo è inevitabile possiamo farne a meno o almeno diminuirlo?

Per rispondere a queste domande è necessario capire meglio il rischio, valutare se lo si può affrontare con le risorse umane e finanziarie a disposizione.

In una parola se lo si può gestire tanto da minimizzare i costi per dominarlo e ridurre le perdite nel caso in cui il danno accade. Il corso di formazione che tra qualche minuto prenderà il via non pretende assolutamente di dare ricette preconfezionate idonee alla soluzione ed alla prevenzione degli eventi avversi, ma il solo scopo di produrre notizie ed elementi adeguati a valutare fatti che frequentemente purtroppo accadono nella vita professionale di un medico.



SALUTI

MODERATORE: BRUNO BUONANNO
GIORNALISTA "IL MATTINO"

Buongiorno sono Bruno Buonanno capo servizio della cronaca "Il Mattino", sono un giornalista che, almeno in città, si occupa di problemi della sanità. Ringrazio il Dott. Perna per avermi invitato a partecipare a questo incontro ma prima di dare inizio alle relazioni ho il piacere di leggere due messaggi di illustri personaggi che purtroppo oggi non possono partecipare. Il primo è Giuseppe Del Barone, Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli e provincia, che scrive: "sono sinceramente dolente e credimi non pesco nella stereotipia delle frasi fatte nel doverti dire che non potrò essere presente alla manifestazione del 23 ottobre, il caso ha voluto che in quella data si svolgesse a Firenze l'annuale riunione del GIPEF che come sai interessa i Paesi europei dell'area mediterranea e sono obbligato a presiederla essendo l'Italia il Paese ospitante".

L'altro messaggio è di Raffaele Ateniese, Direttore Generale dell'Azienda Salerno 2, il quale comunica che ringrazia per il cortese invito a questo appuntamento e scrive, "purtroppo non riuscirò ad essere presente voglio comunque far pervenire a tutti i convenuti l'augurio di buon lavoro e il mio cordialissimo saluto". Anche il Professore Angelo Montemarano Direttore Generale dell'ASL Napoli 1 stamattina non sarà presente ma ha inviato i suoi saluti. Desidero ancora salutare il Dottor Francesco Bottino conosciutissimo a Napoli fino a qualche anno fa come Direttore Sanitario del Cardarelli e poi come Dirigente dell'Arsan, il Direttore Generale dell'ASL Caserta 2, presente con noi per partecipare ai lavori, ed infine l'attuale Direttore Sanitario del Cardarelli, Dottor Giuseppe Matarazzo, anche lui presente in sala a dimostrazione che l'ospedale più

importante, più grande come pronto soccorso per la Campania è interessato sicuramente a questo problema.

DOTT. ZAMPARELLI
STAFF ASSESSORATO ALLA SANITÀ REGIONE CAMPANIA

Io ho il compito di portarvi i saluti dell'Assessore alla Sanità della Regione Campania Professoressa Tufano. L'Assessore è molto interessata a questi problemi, lo è come Assessore, lo è come medico, lo è come Professore universitario di anestesia e rianimazione, lo è come Presidente nazionale della Siarti. Questo suo interesse è per altro testimoniato nella sua funzione di Assessore dalle grosse iniziative che la Regione Campania ha assunto nel campo della gestione del rischio clinico e che ha portato la nostra regione ad essere forse la prima in Italia per importanza di iniziative; ve ne citerei solo qualcuna. Pochi giorni fa l'Assessore ha firmato il decreto per l'attivazione di linee guida per iniziare a lavorare in tutte le strutture di ricovero con il sistema di risk management e in virtù di ciò credo che la nostra sia la prima regione che si attivi in questo senso in maniera complessiva. Oltre a questa ci sono state altre iniziative come l'accreditamento all'eccellenza di strutture pubbliche e private di dialisi e riabilitazione. Sono stati previsti come requisiti per l'eccellenza proprio iniziative nel campo della gestione del rischio clinico. Tutti quanti riteniamo doveroso aderire all'iniziativa della Regione Campania in tema di Clinical Governance che non significa governo dei clinici, ma significa governo all'eccellenza, significa utilizzare oltre agli altri strumenti innovativi gestionali, il risk management, e questo, a mio parere potrà essere il futuro della sanità italiana e della sanità campana.

1

LA PREVENZIONE DEL RISCHIO NELLE AZIENDE SANITARIE

DOTT. GENNARO D'AURIA
DIRETTORE SANITARIO AZIENDA SANITARIA LOCALE
CASERTA 1

Quando si parla di risk management in termini aziendali il ragionamento non può essere che integrato, infatti dobbiamo riferirci ad una gestione integrata dei rischi d'azienda mediante la conoscenza nell'ordine di: eliminazione, riduzione, trasferimento e controllo dei rischi stessi. Il risk management si avvale degli strumenti che ormai nella logica generale ci sono, ma molte volte nella pratica risentono di quelle che sono le carenze organizzative generali. Per questi motivi ritengo che vada spezzata una lancia a favore del Direttore Generale di turno perché la sua posizione, al di là di quelli che possono essere gli enunciati, di intenti, gli incrementi di sensibilità o quant'altro, è una posizione molto scomoda. Infatti ogni 5 anni in molti casi egli riceve quella sorta di testimone che trasporta responsabilità decennali e le induce a diventare responsabilità quindicennali cui strada facendo si attaccano tutte le procedure e i procedimenti che non hai evaso o hai trascurato o che non ti hanno fatto vedere. Questa situazione mi ricorda la differenza fra il concetto odierno di eros, e quello che era alcuni anni fa.

Negli anni '60 uscì un film con Enrico Maria Salerno e Paolo Villaggio, integerrima persona, che rappresentava, per interesse economico, l'ultimo anello della catena e veniva convinto a fare il Direttore di una rivista per soli uomini in un'epoca in cui era vietato. Egli veniva irretito economicamente in modo molto consistente. Gli conferivano all'epoca 100 milioni di lire, ed egli, anche se inebetito dalla bellezza muliebre che gli veniva propinata si coinvolgeva talmente, nonostante le sue convinzioni, da accettare il rischio, perché gli avevano illustrato che ci sarebbero stati dei guai, però alla fine prevarrà il discorso economico. Infatti l'assegno di 100 milioni non diveniva mai esigibile perché alla prima uscita della rivista il Direttore veniva arrestato.

Questa storia ci aiuta a comprendere come ci siano momenti di scarsa serenità nell'intraprendere una decisione, e come sovente sia difficile trovare persone che siano pronte a mettersi in gioco. Io immagino queste persone singolarmente prese che praticamente pensano a difendersi personalmente nel momento in cui si trovano da sole di fronte alle

responsabilità sia di legge che di coscienza. C'è la necessità quindi di ritornare al discorso che si diceva prima. Bisogna considerare il complesso generale all'interno di un ragionamento integrato per cui, nell'ambito delle attività riferite a strumenti manageriali noi abbiamo prima il momento del controllo che prevede la protezione e la prevenzione, quindi quello del finanziamento che passa attraverso la ritenzione e il trasferimento ed infine vi è il momento giuridico assicurativo sempre riferito al rischio.

Gli strumenti di controllo. La prevenzione è l'insieme delle misure finalizzate ad impedire l'accadimento di eventi dannosi, sono per esempio da considerare le procedure organizzative, i regolamenti, l'impiantistica, la manutenzione, l'ordine, la pulizia e tutto quanto deve essere regolarmente adeguato. La prevenzione è un'azione che consente di ridurre la probabilità di accadimenti. È necessario che ci siano delle regole chiare, delle realtà di processo che vanno considerate, perché anche se ci sono adesso nuove responsabilità per quanto riguarda gli operatori professionali, ancora non sono state considerate le situazioni ai margini di intervento degli stessi. Ormai tutte le figure professionali risultano coinvolte nelle attività sanitarie anche se con diversi gradi di responsabilità.

Il rischio si previene attraverso l'adozione di misure tecniche, igieniche, comportamentali, organizzative. Si devono acquisire dati operativi e il rischio nell'ambito dell'azienda sanitaria deve prevedere piani di miglioramento finalizzati a interventi procedurali, linee guida, protocolli clinici, diagnostici, e terapeutici, interventi strutturali per adeguamenti di strutture, innovazioni tecnologiche, interventi economici, ecc.

Interventi organizzativi, progettazione e piani di formazione finalizzati. Dalla ricerca delle responsabilità individuali al miglioramento organizzativo delle condizioni, dall'analisi dei singoli eventi, chi sbaglia è colpevole, all'identificazione delle criticità latenti del sistema, dalla concezione tecnico normativa della sicurezza ad una concezione focalizzata sull'apprendimento dell'errore. In effetti queste sono le condizioni perché parta quello che è il discorso di un vero cambiamento. Del resto ci si potrebbe chiedere è possibile raggiungere il massimo dell'efficienza e dell'efficacia senza un canovaccio

condiviso da tutti gli operatori di un'équipe? Noi dobbiamo considerare che le attività sanitarie, che precedentemente venivano ricoperte in modo troppo generico da ragionamenti di scienza e coscienza, hanno assunto di recente diverse connotazioni, comportano un contenuto di incertezza e sono quindi intrinsecamente rischiosi. È fondamentale adottare metodi che ricerchino la massima efficacia e appropriatezza. Le prestazioni sono effettuate da professionisti, persone che hanno elevate capacità, competenza ed autonomia decisionale e hanno sempre una responsabilità individuale sul proprio operato che si esplicita nella contestabilità e incompatibilità in caso di errore.

È quanto meno attuale l'interesse a migliorare i sistemi di gestione complessiva delle organizzazioni sanitarie e ciò spesso si manifesta nell'esigenza di sviluppare strumenti efficienti per il loro governo comprese quelle di valutazione e controllo del rischio e del rapporto economico con i soggetti esposti. Nelle strutture sanitarie le considerazioni del rischio a cui sono esposti i pazienti particolarmente importanti vanno ad aggiungersi alla necessaria stima del rischio dei lavoratori e agli altri più generali rischi dell'ambiente. All'interno di queste considerazioni dobbiamo valutare sinteticamente le tipologie di rischio nelle strutture sanitarie. Per questo parliamo di sicurezza ambientale, rischi collegati alle strutture, agli impianti, i rischi di incendi, esplosioni, radiazioni, rumori ecc che sono tutte cose che nell'ambito della valutazione clinica molte volte vengono, in un certo senso trascurate. Esse comunque sono anche rappresentative di come l'azienda si manifesta in termini di immagine ed un errore, in questo caso, espone immediatamente l'amministratore a quella che è la problematica di sicurezza operativa. Una volta che si fa una figuraccia seria e consistente ci vuole moltissimo tempo per cancellarla e, per dimostrare che si è migliorati, si disperdono fondi arrecando ulteriori danni alla struttura sanitaria.

Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla sicurezza del personale, i rischi per l'ambiente sono legati agli aspetti più specifici dell'attività svolta, cioè le infezioni, le malattie professionali e quant'altro. Aspetti relativi ai pazienti sono il rischio clinico in senso proprio, rischio per i ricoverati e assistiti collegabili direttamente o indirettamente all'attività assistenziale e clinica svolta all'interno della struttura. Errori, danno iatrogeno, incidenti per assistenza inappropriata e quant'altro. Altri aspetti legati alle emergenze esterne o a fattori generalmente incontrollabili sono le interruzioni dei servizi essenziali quali l'acqua, l'elettricità, le comunicazioni. Noi dell'ASL di Caserta, per

esempio, abbiamo avuto un grossissimo problema di pubblica sicurezza e di responsabilità per quanto riguarda l'ospedale di Maddaloni che per tre mesi, a causa dell'obsolescenza delle strutture ha visto fuori uso di fatto la sala di rianimazione. Un discorso d'impatto che c'è costato moltissimo fino alla ripresa a pieno regime delle attività assistenziali. Altri aspetti sono legati all'emergenza dipendente dai cosiddetti fattori incontrollabili, come per esempio un'interruzione dei flussi economici. In Italia si comincia a parlare di sistemi integrati per la gestione della qualità dell'impatto ambientale, della sicurezza. Nello specifico delle organizzazioni sanitarie il tema è affrontato separatamente da più punti di vista è in fase iniziale l'approccio alla qualità di sistema tramite l'accreditamento. Gli addetti ai lavori sanno che ci sono voluti 20 anni per poter spendere i soldi dell'articolo 20 della legge per l'adeguamento degli ospedali e adesso che praticamente si è acquisita questa sorta di disponibilità operativa a causa del ridotto potere d'acquisto della moneta, la cifra a disposizione è talmente ridotta che in alcuni casi ci porta a scegliere tra due urgenze sperando che l'altro caso non rappresenti un improvviso momento di emergenza.

Sono state definite e progressivamente applicate regole di rispetto ambientale con riferimento in particolare allo smaltimento dei rifiuti, e soprattutto in riferimento alla sicurezza per l'applicazione della Legge 626. Ad un certo punto abbiamo iniziato a correre per fare delle ipotesi applicative della 626 che poi in alcuni casi abbiamo visto che la applicavamo solo genericamente a strutture che non era ancora possibile adeguare tecnicamente e che probabilmente sarebbe stato più economico realizzare ex novo. Il dettato della 626 ha efficacia non solo sui lavoratori ma anche su tutti coloro che operano dove si realizzano le attività. In relazione al tema del rischio per i pazienti che si configura principalmente nel rischio clinico si pone l'esigenza di cominciare ad integrare almeno concettualmente i sistemi di qualità e sicurezza per evitare che nel momento della implementazione, già problematica di ciascuno di questi due aspetti, possano entrare essi in reciproca competizione nonché portare ad una sostanziale vicendevole svalutazione. Nell'ambito internazionale la valutazione del rischio è attualmente oggetto di una grande attenzione in tutti i settori in generale, anche nell'ambito dei sistemi sanitari. I principali dati di scenario sono elencati con il miglioramento nelle capacità di sistemi complessi che hanno portato a modellare approcci per la sorveglianza di azioni e sottosistemi organizzativi. Espressioni di tale modello sono le norme per il

controllo di sicurezza; la limitatezza delle risorse a disposizione ne rende prioritario inoltre il migliore utilizzo anche attraverso la prevenzione della non qualità e di tutte le situazioni che concorrono a determinare incidenti, inappropriatezza e danno iatrogeno.

La possibilità di utilizzare dei potenti strumenti di elaborazione ci rende capaci di interfacciare informazioni provenienti da forme diverse. Nel contesto nazionale e internazionale sono disponibili strumenti di riflessione sia di tipo metodologico che in forma di resoconto e valutazione di esperienze gestionali, tra di esse oltre a ricordare la ricchezza dell'esperienza degli Stati Uniti va segnalato che nel Regno Unito sono recentemente stati pubblicati testi di approccio alla materia e sono in corso diffusioni di strumenti per una traduzione operativa della gestione integrata del rischio a partire da quello clinico.

Va ricordato che pur essendo operanti anche da parecchie decine di anni i sistemi di registrazione nonché numerosi studi anche minuziosi dei rischi presenti nelle strutture e nelle attività sanitarie, tali procedimenti appaiono separati e finalizzati a proprie peculiarità. È sempre più diffusa, invece, l'opinione che l'approccio migliore sia quello olistico sia perché è tal volta realmente difficile distinguere gli aspetti clinici da quelli non clinici della gestione del rischio, sia perché le informazioni possono essere complessivamente confrontate e utilizzate. Nelle organizzazioni che presentano già buoni risultati in termini di standard clinici e organizzazioni che presentano rari episodi di errori o carenze con gravi conseguenze sul volume dell'attività svolta, viene ritenuto fondamentale arricchire il sistema di valutazione a partire dal miglioramento del sistema di registrazione sia per avere un quadro complesso della scala e della natura composta ed eterogenea degli eventi avversi, sia per utilizzare i dati ai fini di apprendimenti e miglioramenti. Tale metodo fa riferimento a evidenze e esperienze maturate nei contesti dei sistemi produttivi complessi che non ammettono fallimenti, vedi ad esempio l'aeronautica, il settore aero-spaziale, petrolchimico e nucleare, nei quali è stata sviluppata una metodologia di monitoraggio e prevenzione basata su due approcci dell'analisi preventiva e di quella della caccia all'errore. Le soluzioni da adottare sono quelle di sviluppare la formazione, rafforzare il senso morale ed anche adottare punizioni. L'approccio di sistema potrebbe servire a valutare le condizioni in cui le persone lavorano e per questo vanno necessariamente messi sotto la lente d'ingrandimento i rischi potenziali, si dovrebbero creare delle barriere di salvaguardia procedurale, controlli amministrativi e quant'altro. Anche nei sistemi in cui

la componente umana è di importanza rilevante e quindi l'errore costituisce fonte di rischio si tende ad utilizzare un approccio di sistema tenendo in considerazione che la gestione degli elementi di rischio si complica con gli aspetti legati alla imputabilità. Ciò comporta che vengano adottate tecniche e modalità peculiari affinché il contributo dei professionisti all'individuazione e prevenzione delle cause di errore nel processo erogativo del servizio non vengano inficiate dal timore della punizione ritenendo che le azioni debbano essere comunque contestualizzate dal fatto che errare è umano.

Dall'altro lato il professionista, componente essenziale di un'organizzazione fornitrice di servizi ad alto contenuto specialistico, deve essere aiutato a non sbagliare. L'approccio di sistema riferito alla gestione del rischio è già stato sperimentato in numerosi contesti; a livello internazionale sono segnalati molteplici strumenti utilizzati: La gestione di qualità per processi come controllo dei processi di direttive e procedure, la formazione all'utilizzo di linee guida e protocolli a cui già abbiamo fatto cenno prima, l'utilizzo di tecniche di individuazione di errori per una classificazione con priorità e gravità, l'approccio e l'utilizzo dei dati dei quasi incidenti, il near miss, invece che dei soliti dati relativi agli infortuni. Gestione nel contesto di un sistema qualità verificato mediante accreditamento, certificazione o quant'altro. Favorire il contributo del professionista alla rimozione del rischio prima che questo sia trasformato in danno è il modo sicuro per eliminare il problema dell'imputabilità, ma non va dimenticato che l'approccio alla migliore tutela dell'organizzazione del singolo professionista è quello fondato sulla trasparenza del rapporto tra curante e curato che si costruisce a partire da una ragionevole ed adeguata informazione dei rischi e della ricerca di un corretto consenso informato.

Questo vale anche per i giornalisti che si guadagnano sul campo quelle che sono le situazioni di credibilità e soprattutto di attenzione della gente. Sono estremamente elevati ed in aumento i costi sostenuti infatti dalle organizzazioni connesse ai danni provocati o alla loro eventualità che sono riconducibili sia al risarcimento verso coloro che hanno dimostrato il diritto e sia i premi assicurativi stipulati per mitigare tali situazioni. L'adozione di un sistema di controllo che utilizzi gli strumenti sopra descritti potrebbe consentire alle strutture sanitarie oltre al monitoraggio dei contenziosi una loro più efficace gestione nonché porsi contrattualmente più forti rispetto al mondo assicurativo per potere dare modo di poter trattare poi condizioni migliori anche per i giornalisti.

2

LA GESTIONE DEL RISCHIO NELLE AZIENDE SANITARIE

PAOLO MORENI
MEDICO LEGALE

Ringrazio gli organizzatori per avermi offerto la possibilità ancora una volta di presentare questa attività che stiamo svolgendo ormai da anni all'interno del Policlinico di Padova e di portare all'attenzione dei colleghi il percorso che per noi è iniziato da lontano nel gennaio 1991 con l'istituzione all'interno dell'allora unità sanitaria locale di un osservatorio epidemiologico, così era stato definito, dei casi di responsabilità professionale. Il percorso è continuato fino al '99, che è stato il momento di passaggio di quel progetto incompiuto nato nel 1991 con l'inizio dell'attività di consulenza per le assicurazioni. Negli anni successivi altre compagnie hanno stipulato la polizza, di cui poi vedremo i dettagli, di consulenza medico legale con l'azienda ospedaliera di Padova, e l'esperienza è continuata nell'aprile 2003 con l'istituzione di una unità di clinical risk management all'interno dell'azienda. Il punto da cui noi siamo partiti nel 1991 quando è stato istituito l'osservatorio epidemiologico dei casi di responsabilità professionale era fondamentalmente questo: Era una situazione abbastanza ingarbugliata, abbastanza caotica. Da un lato avevamo il cittadino insoddisfatto per trattamenti terapeutici o assistenziali che riteneva non adeguati e che convogliava in varie direzioni questo suo malcontento, erano iniziative molto spesso che fra loro si accavallavano anche in contrasto e che portavano anche a scelte che non sempre erano quelle appropriate. Ad esempio azioni penali per fatti che non avevano alcuna rilevanza penale ma per fatti di rilevanza deontologica o viceversa avevamo i medici che venivano coinvolti direttamente o attraverso la direzione sanitaria o che, addirittura, erano giudicati senza che neanche loro ne venissero a conoscenza perché l'azione era rivolta nei confronti dell'azienda ospedaliera che trasferiva il tutto alla compagnia d'assicurazione e quindi nulla sapevano.

Inoltre, ed è questo il punto fondamentale, l'azienda sanitaria, allora l'unità sanitaria, non conosceva il contenzioso né in termini quantitativi né in termini qualitativi perché il tutto veniva trasferito alla compagnia di assicurazione. Di fatto quindi con l'osservatorio epidemiologico si intendeva razionalizzare la comunicazione tra i soggetti

coinvolti, acquisire conoscenze precise circa il numero dei sinistri, la tipologia degli addebiti, l'esito del contenzioso e le possibili carenze organizzative strutturali. Un punto che comunque tutt'oggi è il punto fondamentale è che tutti parlano di questa lievitazione del contenzioso, di questo aumento dei casi di denunce nei confronti dei medici, richieste di risarcimento, azioni penali, però in effetti nessuno detiene una banca dati perché le aziende sanitarie non ne hanno una e le assicurazioni hanno una banca dati molto parziale e molto frammentaria, finalizzata soltanto ad esigenze proprie; e Gli Ordini dei Medici ne sono privi. Ci sono delle iniziative che via via negli anni si sono succedute in vari ambiti a livello nazionale ma sempre iniziative molto settoriali e molto sporadiche.

Questo è il primo punto, non conosciamo effettivamente l'entità del fenomeno se oggi dovessimo dire quante sono le denunce in Italia, quanti sono gli eventi avversi, quanti sono gli errori che vengono compiuti non lo sappiamo- Ogni tanto vengono pubblicate delle cifre sui giornali, viene data una grande enfaticizzazione a queste cifre ma di fatto non sono altro che estrapolazioni partendo da dati tratti dalla letteratura internazionale e da ricerche internazionali, quindi questo è il primo punto.

Secondo aspetto, gestire all'interno il contenzioso vuol dire conoscere elementi relativi al perché quel fatto è avvenuto, a prescindere dalla responsabilità penale o civile del medico, ma capire quali sono le criticità, qual è la condizione che ha favorito quell'evento e questo lo si può fare soltanto seguendo l'iter dall'inizio alla fine e quindi nell'ottica della prevenzione, evidenziando le carenze di tipo organizzativo e strutturale, segnalando a chi poi deve porre rimedio a questo, e individuando e proponendo elementi correttivi.

Nel 1991, dunque, siamo partiti ma il nostro progetto si è realizzato soltanto in modo molto parziale, perché le compagnie di assicurazione che da allora si sono succedute nella copertura, e ce sono state più di una, anche se apparentemente avevano accolto molto favorevolmente queste iniziative di fatto continuavano a gestire i sinistri con i propri fiduciari. Noi conoscevamo l'inizio del sinistro, potevamo seguirlo fino ad una certa fase, dopo di che non sapevamo più nulla e di fatto veniva a mancare quel

ritorno che era alla base del progetto. Non perché i colleghi fiduciari delle compagnie non fossero bravi, ma l'ottica del loro intervento era completamente diversa, era quella tradizionale, responsabilità sì, responsabilità no, una volta che era no il caso si chiudeva. La nostra iniziativa invece voleva andare al di là, voleva dire "andiamo a capire perché questo fatto è successo".

Questa frase è stata inserita nel capitolato di gara nel 1999 quando si è trattato di rinnovare la polizza e poi è stata riportata in tutti i contratti e in tutte le polizze. In pratica la compagnia di assicurazione è vincolata ad accettare questo nostro intervento. Quando parlo di nostro intervento intendo dire che la struttura di medicina legale del Policlinico sia in fase giudiziale che extra giudiziale, ha competenza circa la valutazione medico legale. Questo voleva dire realizzare quel progetto in pieno, quindi dall'inizio alla fine.

Novembre '99, questo è stato il vero salto di qualità. Il tutto si inseriva in un contesto più generale di una medicina legale che comunque poi praticavamo da anni e che era una medicina legale diversa da quella tradizionale, o meglio una medicina legale all'interno della struttura sanitaria; non la medicina legale tradizionale tipo giuridica o di tipo forense quindi finalizzata alle esigenze di giustizia, ma una medicina legale di tipo clinico. Questo è un termine forse nuovo ma che noi amiamo molto e pratichiamo. È una medicina legale che a differenza di quella forense quindi dell'ottica peritale tradizionale, che si occupa di valutare il danno, la condotta e il nesso di causa tra condotta e danno perché, qualora esistente ricorre la responsabilità, ma che è finalizzata a fornire al giurista gli elementi tecnici per poter verificare la responsabilità giuridica.

La medicina legale clinica è una medicina legale che ha come finalità fondamentale, oltre a quella tradizionale, l'analisi del comportamento per fornire sia all'azienda che ai colleghi prima di tutto riflessioni critiche in ordine a prassi scorrette, atteggiamenti inadeguati e carenze organizzative o strutturali e carenze di comunicazione. Ed è qui il punto. Quindi non c'è niente di peggio che l'errore compiuto da colui che non ritiene in tutta buona fede di commettere un errore, da colui che da anni per tradizione segue una certa prassi operativa ma che è una prassi operativa che non è corretta ed è in contrasto con le norme. Una medicina legale clinica, una medicina legale che non è solo slogan, ma che pratichiamo quotidianamente, è una medicina legale al letto del paziente che recepisce le esigenze del paziente in ordine alle varie proble-

matiche, all'informazione, alla validità del consenso, alla validità del dissenso, alle cure, al rispetto della tutela, della riservatezza. È una medicina legale che si svolge a fianco degli altri professionisti sanitari, dei colleghi, attraverso la consulenza del medico legale ma non nel momento in cui è arrivata la denuncia per ipotesi di mal practice, ma prima, cioè di fronte a determinate situazioni in cui colleghi chiedono come comportarsi.

Quindi per noi è normale attività quotidiana recarci nei vari reparti e svolgere la consulenza alla pari di qualsiasi altro clinico, scrivere in cartella quello che si deve fare ovviamente per quegli aspetti di interesse medico legale. Questo tipo di intervento di cui adesso tratterò le linee fondamentali si inseriva in questo contesto. Una medicina legale che come Giano bifronte non guarda soltanto ed esclusivamente all'attività giudiziaria, ma guarda prevalentemente all'interno del servizio sanitario nazionale, guarda all'attività sanitaria istituzionale, non rivolta soltanto, come tradizionalmente accade, alla valutazione del danno ma alla prevenzione dell'errore che si attua non solo con la gestione medico legale dei sinistri ma anche con altre iniziative.

Fra l'altro questo è stato un periodo anche piuttosto travagliato per noi perché dal '99 quando è iniziata la nostra attività, ad oggi, si sono succedute più compagnie di assicurazione con un periodo di scopertura assicurativa. Infatti abbiamo avuto sei mesi in cui, il Direttore Generale avendo ritenuto di non dovere accettare richieste considerate esose della compagnia di assicurazione, ha detto che finché non si fosse trovata una copertura adeguata ritenuta economicamente vantaggiosa saremmo rimasti in auto assicurazione provvedendo direttamente. In che cosa si concretizza la nostra attività?

Un'attività di tipo tradizionale è quella tipica del medico legale; affrontare i casi, e quindi istruire la pratica, approntare la relazione peritale con visita o meno del paziente. Quindi consulenza di parte in sede civile o penale. Tutto ciò agendo dall'interno, garantendo un servizio di medicina legale che vuol dire anche, per esempio, nel momento in cui si verifica un caso di morte, di omicidio colposo, di attività urgente non ripetibile disposta dall'attività giudiziale. In buona sostanza l'autopsia sul paziente vuole dire potere intervenire da subito, quindi già nella fase di assunzione dell'incarico e quindi formulazione del quesito al consulente del P. M. e seguire tutte le fasi dall'autopsia in poi all'interno.

Ma l'aspetto fondamentale che è quello che differenzia dall'attività di tipo tradizionale è quello del

monitoraggio dei sinistri, di cui tutto si sa dall'inizio alla fine, tutti i dati che vengono rilevati vengono messi in software, in un data base che è stato creato appositamente per la gestione. Di questi sinistri noi sappiamo quale è l'addebito, quale è il danno, il tipo di danno, la responsabilità che viene addebitata all'operato del medico, quali sono i reparti in cui questo avviene, quali sono le strutture e chi medici coinvolti, quindi i medici strutturati o i medici in formazione con tutte le problematiche relative e così via, quindi una serie di indicazioni. Fra l'altro questo software prevede anche una parte, non di nostra competenza ma dell'ufficio legale, che riguarda la gestione economica della polizza.

Con questa banca dati noi abbiamo questo tipo di informazioni che ci consentono di smontare il caso e, torno a ripetere, di andare al di là della responsabilità, di capire perché quel fatto è accaduto, che cosa c'è alla base per potere intervenire. Potrebbe essere il caso in cui poniamo a fronte di una condotta sicuramente errata, sicuramente scorretta, sicuramente ingiustificabile e improntata anche ad imperizia o al massimo della negligenza in cui però non esiste il nesso di causa con l'evento dannoso sotto il profilo della responsabilità e il caso si può dire archiviato.

Per noi ovviamente non è archiviato, anzi è lì che inizia proprio l'attività fondamentale e gli interventi correttivi ovviamente attuati attraverso la direzione sanitaria. L'aver seguito tutti i sinistri ci ha consentito di creare questa banca dati e di avere dei dati di tipo qualitativo e quantitativo e quindi anche incominciare a ragionare sui numeri. Ovviamente questi dati non hanno ancora valore statistico perché sono dati parziali però hanno anche un altro valore, un valore di correlare la direzione strategica dell'azienda in modo corretto con la compagnia di assicurazione. L'assicurazione non può venire a dirci come succedeva in passato; noi abbiamo X miliardi di risarcimento a fronte di X miliardi di premio, perché noi sappiamo che esito hanno avuto quei sinistri e che cosa è stato pagato, se è stata riconosciuta o meno la responsabilità, fra l'altro per come è stata costruita la polizza questo è anche molto importante perché è stato stabilito che il premio poi finale sia commisurato anche all'andamento dei sinistri, quindi una parte fissa 75% di premio fisso e il resto in base all'andamento dei sinistri.

Questa casistica, questi dati ci hanno consentito di avere delle indicazioni sui casi monitorati fin a ora. Le denunce ad oggi sono state circa 450, però di questi 314 casi abbiamo tutti i dati e possiamo fornire delle indicazioni in ordine alla provenienza,

quindi contenzioso extra giudiziale, causa civile, procedimenti penali e vediamo che fondamentale si tratta di azioni extra giudiziarie, di richieste di risarcimento extra giudiziari. Sappiamo anche da dove provengono. Anche questo è importante per capire perché a volte la lievitazione del contenzioso è collegata a fenomeni locali, di speculazioni locali da parte di taluni Avvocati, di talune organizzazioni ecc. Abbiamo dati in ordine alla responsabilità. Se andiamo ad analizzare vediamo che la fetta dei casi in cui è stata riconosciuta la responsabilità è sì importante ma sicuramente nettamente inferiore ai casi di non responsabilità. La tipologia del danno, gli errori di diagnosi, errori nella terapia, errori di esecuzione, quindi sono numeri ma voglio dirvi che poi, dietro a questi numeri, ci sono analisi, valutazioni dell'attività dei reparti dove l'errore si annida. Se il dato si differenzia e si scosta dall'atteso rispetto a quell'area, alla rischiosità correlata a quell'area, ovviamente si deve andare a capire il perché, cosa sta succedendo e se ci sono problemi particolari.

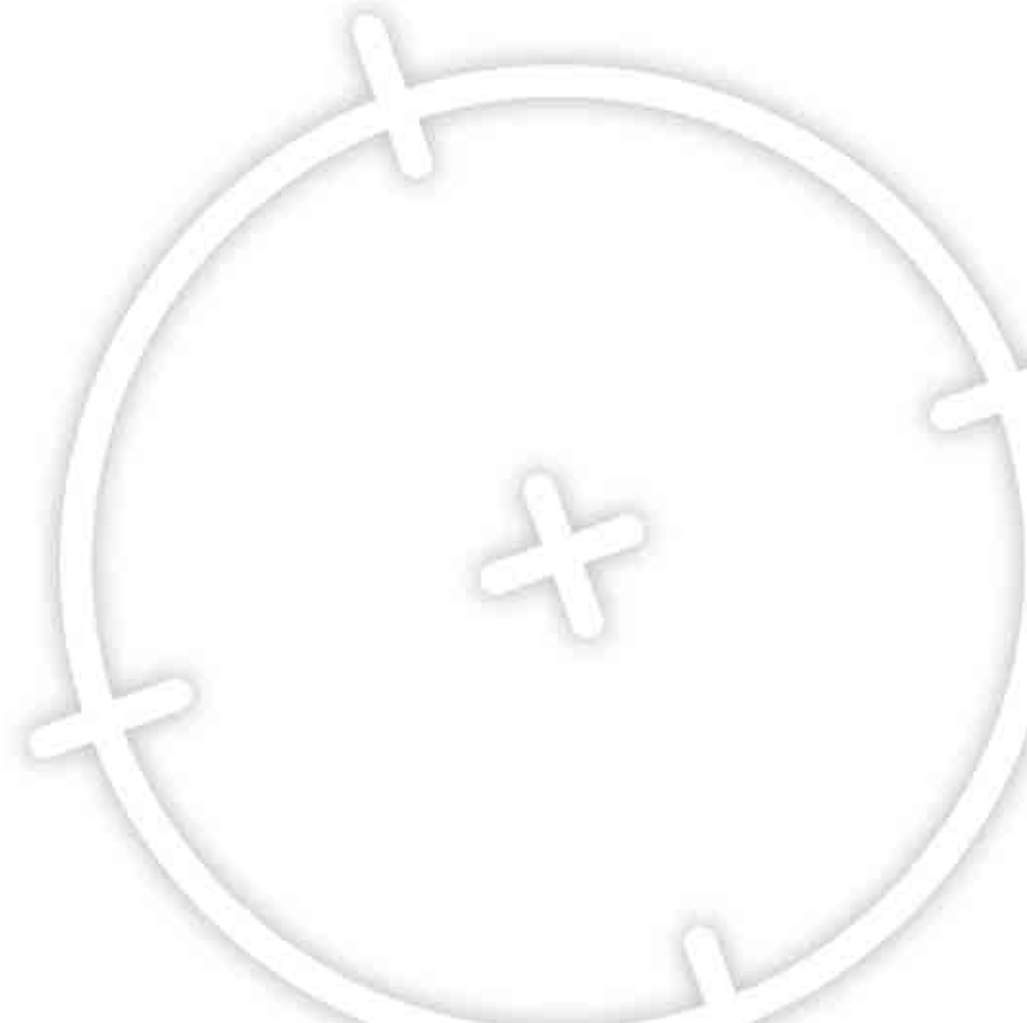
In caso di responsabilità accertata, fondamentale si tratta di casi a ricorso extra giudiziale e un aspetto importante è che questa attività si svolge all'interno. Questo vuol dire anche potere acquisire tutta una serie di elementi di giudizio che un consulente esterno all'azienda per quanto bravo non può avere perché ovviamente i colleghi che lavorano quotidianamente con noi clinici sono più disposti a farci capire esattamente che cosa è successo. Solo così possiamo capire che cosa conviene fare, se resistere e, specialmente in ambito penale, laddove c'è la possibilità anche a fronte tutto sommato di conseguenze abbastanza modeste, se si ritiene che non ci sia responsabilità si resiste. Traduco. Quando per esempio abbiamo una consulenza del Pubblico Ministero che tutto sommato riconosce che c'è la responsabilità in ambito di lesioni personali, ma che, tutto sommato, le conseguenze sono state una malattia guarita entro 40 giorni e non di più, se riteniamo che non ci sia responsabilità, diciamo che bisogna resistere proprio a tutela, anche se questo può essere rischioso per certi versi, dell'operato del medico.

In sede di assistenza lavorare all'interno vuole dire potersi avvalere dell'aiuto, dell'ausilio dei migliori clinici, dei migliori colleghi specialistici in collegio peritale per evitare come spesso avviene, che questi casi vengano affidati ai soli medici legali.

Dal punto di vista organizzativo il risk management è un'attività sinergica con l'attività del servizio qualità, e fondamentale è il ruolo dei referenti di aree, cioè i responsabili nelle varie aree come

medici ed infermieri che poi sono coloro che operano sul campo, che conoscono le criticità e che sono l'interfaccia con le iniziative che il risk management assume. Questo, molto schematicamente, è il punto di arrivo, a questo dovremmo arrivare, cioè arrivare ad aspetti diversi, il database sinistri già esiste, l'aspetto finanziario, attraverso la conoscenza, viene gestito in modo corretto dal nostro ufficio legale; la parte sinistri è il futuro o meglio quello che si sta realizzando, che è in cantiere e che è la costituzione di una banca dati di eventi avversi che però necessita di una sensibilizzazione dei colleghi

perché si può realizzare solo attraverso una cultura rinnovata, quindi la cultura dell'errore, come si diceva prima. Chiudo con una frase del Professore Austoni, insigne clinico padovano che diceva al termine delle sue edizioni di metodologia "un fatto che credo possa essere condiviso da tutti, la cultura dell'errore è un necessario completamento metodologico del processo cognitivo e l'errore medico, per la sua grande variabilità offre un osservatorio privilegiato che dovrebbe poter conferire al giovane l'impronta sperimentale necessaria alla ricerca in ogni campo".



3

PROBLEMI LEGALI DELLA MEDICINA DIFENSIVA

DOTT. CLAUDIO ARONNE
CONSULENTE PENALE CIMO REGIONE CAMPANIA

Mi corre l'obbligo di dare un saluto al Segretario Regionale della CIMO, Dottor Paolino Perna, oltre che al Presidente Nazionale della CIMO, il Dottor Stefano Biasoli, per avermi dato questa possibilità o meglio mi hanno offerto un vero e proprio spunto di riflessione su una materia che è veramente scottante, e me ne sono reso conto ancor di più nello studio di questa problematica.

In effetti non vi è una vera e propria casistica, o almeno c'è una casistica ma non c'è una certezza matematica, e questo è un altro "danno" che si pone nell'ambito di questa scottante problematica, perché questo dovrebbe essere accertato e certo anche attraverso una serie di unità di monitoraggio e unità di "risk management" che contribuirebbero a stabilire un dato certo.

Attualmente abbiamo almeno 10 mila denunce nell'ambito strettamente penalistico contro medici per questioni legate alla cosiddetta "mal practice".

Questa non è una novità, lo sanno tutti i medici, purtroppo lo sanno tutti i medici, anche quelli che non sono mai stati colpiti da un'accusa del genere, pochi per la verità.

Siamo di fronte ad un'esplosione, uno scoppio di questo contenzioso, e fino a 20 anni fa avevamo un contenzioso che non arrivava al migliaio ma a poche centinaia di denunce penali contro medici per casi di cosiddetta "mal practice".

Le cause che portano a questo tipo di fenomeno col quale noi tutti dobbiamo fare i conti sono diverse, ma il presupposto a tutte le altre cause è sicuramente una maggiore consapevolezza dei propri diritti, dei doveri personali, una maggiore coscienza ed una maggiore consapevolezza del cittadino, anche grazie alla diffusione dei mass-media con notizie diffuse su tutti i quotidiani, quindi c'è una maggiore informazione in senso lato ed anche una maggiore coscienza di quelli che sono i propri diritti.

Qualcuno ha detto che nell'ambito di questo fenomeno così intenso possa incidere in una certa parte anche un certo tipo di conflittualità che non è proprio onesta in senso lato, ma che potrebbe essere anche disonesta, ma non è questo il problema.

Ci troviamo di fronte ad una realtà, una serie di denunce illimitate, senza fine, alla base delle quali

ci sono quasi sempre errori umani. Sappiamo che su 10 procedimenti penali in corso per 9 non c'è nessuna condanna penale. Alla fine del giudizio penale ben l'80% dei giudizi contro medici finiscono con un'assoluzione, ed è un dato che conoscono più o meno tutti, non era il caso che arrivassi qui per dire questo.

Nell'ambito dei giudizi in generale siamo intorno al 70-75%, ci avviciniamo all'80, e qualcuno potrebbe dire che siamo quasi nella media, ma così non è perché non possiamo fare un paragone con processi che sicuramente non hanno quasi mai, forse mai, nessun tipo di chiusura con un rito alternativo, applicazione di pena su richiesta delle parti, il cosiddetto patteggiamento, o attraverso la forma di un giudizio abbreviato.

Nella mia esperienza professionale ed osservando le esperienze professionali di altri, frequentando continuamente aule di giustizia, non ho mai visto un medico che chieda un patteggiamento al Pubblico Ministero sulla pena o che chieda di pervenire al giudizio penale attraverso la forma del rito penale, e qui mi possono dare conforto illustrissimi Magistrati qui presenti.

Il dato assume una rilevanza ineguagliabile perché quel 75% di giudizi assolvitori in generale ha avuto già dei filtri attraverso cui una buona percentuale ha avuto una prima scrematura attraverso giudizi abbreviati e di applicazione di pena su richiesta delle parti. Questo è un dato con cui noi dobbiamo confrontarci, ho voluto puntare il dito su questo aspetto perché è qualcosa che dovrò riprendere nella fase finale del mio breve intervento. Noi siamo di fronte ad una professione a rischio ma a rischio nel vero senso della parola, ed è a rischio non solo per i medici ma principalmente per i cittadini, per gli utenti di questo insostituibile servizio.

Quando un medico entra nella spirale giustizia, e parlo precipuamente dell'aspetto penalistico, ne esce distrutto, completamente distrutto. Abbiamo esempi recenti come quello del suicidio famoso del medico di Bologna ed altri, ed anche uno recentissimo nella nostra zona, si creano comunque dei danni a prescindere dall'assoluzione che perviene e quindi al danno anche la beffa.

Vi sono medici e responsabili di reparto che hanno lasciato, prima ancora del giudizio, il posto

di lavoro, e lo posso dire con estrema certezza e documentabilità.

Vi ringrazio per avermi dato questa possibilità perché anche io ne esco arricchito e con una modifica di pensiero rispetto a quello che potevo avere alcuni anni fa.

Una serie di questioni, anche l'esposizione in senso patrimoniale oltre che penale, ma principalmente quella penale, il rischio penale è insopportabile per colui il quale tutta una vita è al servizio del cittadino e di un bene primario costituzionalmente garantito, oltre all'esposizione sul piano civilistico patrimoniale che sono meno rilevanti ma hanno una certa importanza ed influenza sulla personalità che si va a formando nel medico, e spinge sempre di più il medico ad avere un vero e proprio terrore di denuncia per l'errore medico. Questo spinge il medico ad andare verso la medicina difensiva di cui negli ultimi tempi si parla da più parti, in tv e su vari quotidiani.

Ci troviamo di fronte alla medicina difensiva nel momento in cui il medico si trova a compiere quel tipo di azioni o quel tipo di "omissioni", quindi si parla di medicina difensiva positiva o medicina difensiva negativa a seconda del caso in cui ci si trova di fronte, quando il medico per evitare che possa un domani trovarsi a rispondere dinanzi a qualunque autorità giudiziaria di un fatto che si è verificato, di un evento avverso che gli si verifica egli pone in essere una serie di procedure per ridurre il rischio e per evitare che un domani venga chiamato in causa per "mal practice".

I casi di medicina difensiva positiva possono essere gli esami, le procedure, le consulenze ad alto rischio e ad alti costi proprio per mettersi in una condizione di "sicurezza". Quando si evitano certi pazienti o certe procedure i medici praticano la cosiddetta medicina difensiva negativa.

Questo tipo di pratica va corretta e modificata con una serie di accorgimenti che si impongono a tutte le forze istituzionali, e comporta sicuramente degli alti costi, infatti negli Stati Uniti si sono fatte delle indagini in tal senso e si è calcolato che il costo della medicina difensiva si aggira sui 17 miliardi di dollari annui, ed è quasi il triplo del costo dei premi assicurativi. Vedete che spreco, uno spreco immenso.

Non ho delle linee guida, non ho un tipo di protocollo, non ho avuto una buona organizzazione all'interno di una unità di "risk management" e non posso rischiare, io non faccio fare la TAC ma un'altra cosa, una risonanza magnetica che costa 10 volte tanto, io devo mettermi a posto, soldi, mi-

lioni di euro che hanno un costo sull'intero sistema del servizio sanitario nazionale e che potrebbero essere con un medico più sereno, sicuramente, evitati o almeno ridotti.

La stessa generazione del consenso informato può essere considerato come un esempio di medicina difensiva; questo consenso informato molte volte viene raccolto nell'interesse esclusivo di trovare una sorta di giustificazione, ma così non è sul piano legale. Il consenso informato è un momento importante della comunicazione tra medico e paziente, pone anche in una condizione di amicizia medico e paziente, di contatto intimo, quando il consenso informato viene raccolto è perché effettivamente si è stati vicini al paziente a raccontare, a fare, a dire, a chiedere, a lasciargli il tempo di pensare, di poter eventualmente riflettere su un trattamento sanitario da adottare o meno.

Io ho esperienza in tal senso, mi si creda, e il mio non è un monito né un'accusa contro i medici, ma non è giusto prendere un consenso mentre una partoriente entra in sala operatoria, e se dico qualcosa lo dico per dati di fatto e non per sentito dire.

Ritengo che il consenso informato debba essere diverso a seconda dei soggetti, non può essere effettuato con le stesse modalità ad una persona culturalmente molto elevata e ad una persona di basso livello culturale, questo va modificato a seconda di chi abbiamo di fronte, bisogna farci comprendere attraverso un linguaggio consono, un linguaggio che porta a questo consenso, che costa tempo e fatica per una persona di modeste risorse culturali, ma non è detto che a questa persona si debba raccogliere un consenso informato dicendo "mettete una firma qui".

Se si deve raccogliere un consenso informato da uno dei signori qui presenti è ovvio che il tempo per raccogliergli è di poche battute, ci troviamo di fronte a persone che hanno un livello culturale elevatissimo, bastano 5 minuti, ma la cosa cambia con persone che hanno un livello culturale più basso.

Nella stragrande maggioranza dei casi la preoccupazione è solo quella di raccogliere un consenso informato che si ritiene possa anche questo porre a riparo da un attacco giudiziario che potrebbe arrivare in futuro.

Grande preoccupazione da parte dei medici sia sotto l'aspetto penalistico, sia sotto l'aspetto patrimoniale.

Quello che spinge ancora di più verso una pratica di medicina difensiva da parte dell'operatore medico è quello che oggi costano le coperture assicurative. Ieri ne ho avuto contezza parlando con

alcuni liquidatori di compagnie assicuratrici, dopo aver studiato questo problema. Noi ci troviamo di fronte a qualcosa di pazzesco, negli Stati Uniti è una follia, ci sono neurochirurghi che devono versare somme di 400-500 mila euro per un premio annuo a delle assicurazioni, dei ginecologi non parliamo.

In Italia vi sono delle professioni altamente a rischio, definite tali dalle assicurazioni ma è la verità, un dentista non avrà quasi mai una richiesta risarcitoria, avviene pochissime volte rispetto a chi opera nell'ambito della ginecologia, abbiamo ginecologi che sono costretti a versare per polizze individuali di responsabilità civile anche 10-20 mila euro all'anno.

Alcune professioni stanno scomparendo come sono scomparse negli Stati Uniti, intere zone sono sprovviste di ostetrici, circa il 25% di medici specialistici in particolari branche hanno lasciato l'attività medica.

Non posso dubitare di questi dati statistici se ho contrastato professionalmente nei miei casi professionali che qualcuno dei miei assistiti ha lasciato anzi tempo l'attività legata alla struttura, per il dispiacere, per la risonanza di un processo penale sui quotidiani, almeno locali.

I costi delle assicurazioni sono elevatissimi, circa 20 anni fa una compagnia assicuratrice per coprire il rischio sanitario nelle aziende sanitarie faceva carte false, se si può usare questo termine, si andava a caccia di grossi gruppi per ottenere grossi premi a fronte di una conflittualità quasi inesistente.

Oggi abbandonano completamente e per le aziende sanitarie diventa un problema, ecco perché il problema è grosso e va affrontato, è insormontabile e può aprire davvero le porte ad un crollo da qui a breve termine, questa situazione non può rimanere così, me ne sono convinto io stesso e lo dico con grande sincerità.

I medici di fronte a tali situazioni sono quasi obbligati ad avere una copertura personale, e che sia una copertura con un decente massimale che non può essere se non di miliardi di lire, quindi con un premio annuo di grossa entità.

Adesso deve necessariamente porsi un problema: come ovviare a questa situazione?

Rapidamente ho fatto un excursus su un qualcosa che anche i precedenti relatori hanno esaminato, devo porre l'attenzione su alcuni aspetti. Innanzitutto l'errore, nella stragrande maggioranza dei casi non è mai addebitabile ad una sola persona o a un solo medico.

Nella maggioranza dei casi c'è una situazione di cooperazione e all'interno di questi concatenamen-

ti molte volte l'ultimo che ha operato il passaggio finale è il medico che non è per nulla responsabile o è responsabile meno di tutti.

La ricerca di un monitoraggio, di un qualcosa che va a guardare e a stabilire come avvengono determinate discrasie, indipendentemente dall'errore se c'è, indipendentemente dalla casistica giudiziaria o dal provvedimento che deve nascere, se nasce o se non nasce, ci sono sicuramente occasioni di confronto e di studio.

Anche se l'evento morte non si è verificato ci deve essere una discrasia che va segnalata, ma a chi? Fino ad ora a chi si segnalava? Si parlava tra i corridoi. Questo nell'immediatezza va necessariamente fatto ed è stato fatto recentemente dall'azienda ospedaliera casertana, costituendo un fiore all'occhiello di tutto il servizio sanitario nazionale con la costituzione di questa unità operativa complessa di "risk management", vale a dire di una équipe di esperti del settore.

Mi auguro che questa non si tradurrà in una unità di "risk management" solo e soltanto per la raccolta di dati statistici fini a se stessi. Questi devono essere dati che devono dare spunti di riflessione e studi immensi sulla prevenzione del rischio, quindi lo studio, il monitoraggio degli stessi errori ma anche il monitoraggio di quelle discrasie e di quegli errori che non arriveranno innanzi al tavolo del Magistrato, fosse anche quello civile. La costituzione di una effettiva, seria ed organizzata unità di "risk management" può portarci automaticamente ad una sensibilmente maggiore qualità del servizio sanitario.

Le situazioni che si sono già verificate difficilmente attraverso questa unità di "risk management" possono verificarsi, se non in casi eccezionali. Quindi la qualità sarebbe migliore, anche sotto l'aspetto delle attrezzature mediche, delle strutture stesse.

Quanti eventi si verificano perché non funziona quel tipo di macchina o perché non c'è a disposizione dell'anestesista quel tipo di monitoraggio per l'effettuazione dell'anestesia, e quanti pazienti sono morti per colpa dell'anestesista proprio perché non aveva a disposizione i mezzi.

L'informazione poi deve essere fatta in modo corretto, senza che questo possa porci a riparo da un eventuale attacco giudiziario, bisogna informare in tutti i sensi, su tutte le conseguenze che possono derivare dall'effettuazione dell'intervento e su tutte le conseguenze che possono derivare dalla non effettuazione di quell'intervento e sui vantaggi e gli svantaggi del farlo e dei vantaggi e

degli svantaggi del non farlo, ma questo non con una modulistica prestampata.

La cosa più importante è quella di prevedere un'assicurazione obbligatoria per tutte le strutture ospedaliere, pubbliche e private, che non faccia ricadere nemmeno in via di franchigia una responsabilità. Io dico che non ci sia non solo il diritto di rivalsa ma nemmeno una possibilità di franchigia per il medico.

Il medico che lavora in una struttura pubblica o privata questi problemi non li deve avere, tanto più se si considera che sotto l'aspetto tecnico un orientamento apprezzabile della Suprema Corte Civile, la cosiddetta sentenza 589 del 1999, che ha confermato anche l'orientamento del contatto sociale, fa rientrare il rapporto medico-paziente non più come extra contrattuale ma come rapporto di tipo contrattuale. Ciò comporta delle conseguenze sul piano civilistico che sono dagli operatori facilmente individuabili, a parte la prescrizione che non è più quinquennale ma decennale, addirittura c'è un'inversione dell'onere della prova. In questa situazione il medico non può più rischiare dal punto di vista patrimoniale, deve rimanere a carico esclusivo della struttura sanitaria. Ci saranno altre situazioni e problematiche che potrebbero intaccare il rapporto tra l'ente ospedaliero e il medico, ma è meno grave. Sicuramente l'operatore sanitario, il medico, il chirurgo, il ginecologo si trovano ad operare in una maniera più serena, se sono consapevoli del fatto che possono avere un problema sul piano disciplinare e non un qualcosa che può rovinare anche patrimonialmente la loro esistenza.

A questo deve essere abbinata una procedura di snellimento di risarcimento del danno nei riguardi del paziente, che deve avere la certezza in casi conclamati, in casi in cui vengono accertati errori sanitari, ma anche con la costituzione di un albo nazionale di consulenti tecnici di ufficio a livello nazionale che siano particolarmente esperti di una determinata materia, anche perché non è più aderente alle realtà processuali il fatto che spesso capita che chi viene chiamato in un'aula giudiziaria è uno dei più esperti in quel settore, un massimo esperto o un luminario di quella branca, e poi chi deve giudicare il suo operato a volte è un medico legale, pure esperto ma sicuramente di minore esperienza. È una discrasia che non può più verificarsi nell'ambito della casistica giudiziaria.

L'istituzione del consulente tecnico di ufficio in un albo nazionale andrebbe osservata e fatta come metodologia.

Qualche anno fa in un altro convegno si parlò della questione e non ero d'accordo, adesso ritengo che sia il punto più importante, non a caso l'ho posto per ultimo, la questione rilevante è proprio la depenalizzazione per i reati in materia colposa commessa dai medici. Qualcuno parla di una parziale depenalizzazione rendendo l'omicidio colposo perseguibile non più d'ufficio ma a querela, io dico: ma perché il medico nell'ambito di quei reati strettamente colposi deve rispondere e deve essere trascinato per volontà.

Se dovessero funzionare le cose di cui si è parlato fino a questo momento, l'unità di "risk management", il monitoraggio e lo studio dei casi che si verificano quotidianamente, mensilmente o settimanalmente nell'ambito della struttura ospedaliera pubblica o privata, si potrebbe anche ottenere un risarcimento veloce, snello e certo per i casi effettivamente conclamati. Non capisco per quale motivo il medico in caso di omicidio colposo, deve rispondere come se fosse un incidente automobilistico, come se avesse violato una norma del Codice della Strada mentre si tratta di una situazione così delicata, difficilmente inquadrabile dove la causazione dell'evento è il risultato di una molteplicità di fattori in cui sono coinvolti più medici, per non dimenticare l'episodio di un uomo che muore in corsia perché è stata effettuata una somministrazione da parte di un infermiere e non dai medici. È qualcosa che dobbiamo avere il coraggio di affrontare. Mi chiedo e domando a tutti: di fronte ad una situazione di tutela del paziente che necessità ha di svolgersi il processo penale, quando nell'80% dei casi finisce con giudizi assolutori, quindi rimanendo solo il 20% dei giudizi con una sentenza di condanna.

In passato, in occasione di alcuni confronti sono stati tra quelli che hanno detto no, che il deterrente deve esserci. Oggi cambio completamente metro e dico che si deve questo ai medici, a tutto il servizio sanitario nazionale, se è vero come è vero che di fronte a casi di mala sanità, quei pochi casi di mala sanità che rimbalzano sulla stampa in prima pagina, noi abbiamo un servizio sanitario che è uno dei migliori al mondo, in primo luogo grazie ai medici, un servizio sanitario che in Europa è secondo dopo la Francia, stando al rapporto costo-qualità. L'Italia è prima in Europa per speranza di vita, dal '960 al 2002 gli uomini vivono 13 anni in più, le donne 15 anni in più, c'è l'indice di vecchiaia più elevato al mondo. Nell'interesse di tutti, medici ed utenti, dobbiamo compiere questo sforzo, per la depenalizzazione dei reati colposi a carico dei medici.

4

**MONITORAGGIO REGIONALE
DELLE SITUAZIONI DI RISCHIO CLINICO**

DOTT. LONGO

Il mio intervento ha lo scopo di mettere in luce quelle che sono le iniziative che la Regione Campania, ed in modo particolare l'Assessorato alla Sanità, stanno mettendo in atto sul tema della gestione e del monitoraggio del rischio clinico.

Quella dell'Assessorato alla Sanità è stata una scelta forte, non tanto per la costituzione della Commissione Regionale sul rischio clinico quanto per il fatto che la Regione Campania ha scelto di inserire il monitoraggio e la gestione del rischio clinico all'interno dell'accreditamento istituzionale.

L'esigenza nasce certamente dai cittadini, che sempre più mostrano attenzione verso questo tipo di problemi, ma fondamentale è legata al crescente contenzioso che spinge le assicurazioni a tentare di ribaltare il problema direttamente sulle aziende stesse e sui singoli professionisti, sia aumentando le polizze, sia aumentando il rischio minimo indennizzabile.

Il decreto legislativo 502 con tutte le sue modifiche ed integrazioni ha previsto l'accreditamento istituzionale, che qui è rappresentato in tre grandi momenti, l'autorizzazione, l'accreditamento e gli accordi contrattuali.

Con la delibera di Giunta Regionale 3958 poi modificata dalla 7301 ed integrata dalla 518 ha definito i requisiti minimi di tipo strutturali, tecnologici ed organizzativi sia generali che specifici che tutte le strutture, pubbliche e private, devono possedere per la realizzazione di nuove strutture e per l'esercizio dell'attività sanitaria.

Le nuove strutture devono, immediatamente all'atto della realizzazione, possedere tali requisiti, le strutture già in esercizio hanno un periodo di adeguamento. È chiaro che già questi requisiti hanno indirettamente un riflesso con la tematica del rischio clinico, in quanto sono tutti requisiti di tipo strutturale, tecnologico ed organizzativo che le strutture obbligatoriamente devono possedere per esercitare l'attività sanitaria.

Le tipologie di strutture vanno da quelle ambulatoriali a quelle di ricovero ospedaliero a quelle per l'attività in regime residenziale e semi residenziale. I tempi di adeguamento per le strutture in esercizio sono due anni per i requisiti organizzativi, tre anni

per i tecnologici, e questi sono già scaduti nel settembre 2004; a settembre 2006 scadrà il periodo di adeguamento per i requisiti strutturali.

La Regione Campania ha avviato da poco l'attuazione dell'accreditamento, del secondo momento di tutto il processo di accreditamento. Con la delibera di Giunta Regionale 1526 del 29 luglio 2004 ha definito le procedure e i relativi requisiti, sia di tipo specifico che di tipo generale, per le strutture di dialisi, di emodialisi e di riabilitazione ambulatoriale.

Perché si è partiti per queste due tipologie di attività? In ossequio alla legge regionale 28/2003 che ha definito tempi e priorità del processo di accreditamento regionale. È probabile che entro la fine di quest'anno vedremo l'altro provvedimento sui requisiti di accreditamento ulteriori a quelli minimi per l'esercizio dell'attività per le restanti strutture sanitarie.

L'importanza, al di là del discorso dell'accreditamento qual è l'importanza e perché legare alcuni requisiti del rischio clinico con i requisiti dell'accreditamento?

I requisiti di accreditamento sono requisiti ulteriori. Avendo già la Giunta Regionale con i requisiti minimi esauriti gli aspetti legati alle condizioni strutturali e ai requisiti tecnologici ha inteso con requisiti ulteriori intervenire sugli aspetti qualitativi, in modo particolare definendo requisiti per la qualità organizzativa e tecnico professionale.

Quella organizzativa vuol dire un insieme di linee guida, procedure, protocolli, regolamenti che le strutture devono adottare di fronte alle più svariate situazioni sia di tipo organizzativo che di tipo clinico, diagnostico, terapeutico mentre la qualità tecnico professionale riguarda l'aggiornamento ed il miglioramento della competenza dei suoi operatori.

Programmi obbligatori, momenti di formazione di aggiornamento che vengono richiesti e cogenti all'interno della disciplina dell'accreditamento delle strutture sanitarie.

Questi requisiti ulteriori di accreditamento sono stati distinti in tre classi, A, B e C che rappresentano tre livelli di qualità, tenendo presente che una struttura parte da un requisito obbligatorio che deve essere di tipo A ed un percorso di miglioramento che la stessa struttura nel tempo deve attuare,

quindi con requisiti di tipo B e di tipo C che sono ulteriori rispetto a quelli che già deve possedere nei precedenti livelli.

Per le situazioni di rischio clinico, di “risk management”, in modo particolare si è inciso con l’introduzione di 4 indicatori, il primo è atto a migliorare la sensibilizzazione verso questo tipo di problematica, ed è quello che riguarda la formazione per la cultura e la prevenzione dell’evento avverso; il secondo è la dotazione da parte di tutte le strutture di un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti, per danni arrecati ai pazienti derivati dalle attività erogate dalle stesse strutture; il terzo requisito è l’adozione da parte della struttura, attraverso individuazione e definizione, di procedure per la rilevazione degli eventi avversi, procedure che devono rispondere ad una serie di requisiti: cosa è accaduto, dove, quando, come e perché, quale azione è stata attuata o proposta, quale impatto ha avuto l’evento sul paziente, sulle altre persone e sull’organizzazione e quali fattori avrebbero potuto minimizzare l’impatto dell’evento. Il quarto requisito sul rischio clinico è quello che riguarda tutte le strutture sia pubbliche che private e riguarda la creazione di misure organizzative e l’adozione di appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi.

È chiaro che questi requisiti si devono integrare con la restante parte di requisiti di tipo organizzativo, di tipo tecnico professionale, che fanno parte del grosso corpo dell’accreditamento, dove a monte c’è la parte dei requisiti minimi che sono di tipo strutturale, tecnologico ed organizzativo. Non c’è solo questo come iniziativa messa in atto

dall’Assessorato alla Sanità. Poiché questa tematica è particolarmente innovativa l’agenzia per i servizi sanitari nazionali ha inteso mettere in atto un progetto di ricerca per poter individuare problemi comuni e trasferire eventuali modelli di soluzione. La Regione Campania ha aderito, quindi parteciperà al progetto nazionale di ricerca finalizzata. In questo modo la Regione Campania ha avviato in modo concreto il percorso di miglioramento delle prestazioni qualitative, finalizzate a garantire la sicurezza del paziente, basata in modo particolare su di un aspetto che è stato già toccato dagli altri relatori, che è quello della possibile riduzione dell’errore. Ho qui davanti una classificazione degli errori che avvengono all’interno delle strutture sanitarie, così come proposta dalla Commissione Nazionale istituita sul rischio clinico, e ci sono errori che vanno dall’uso dei farmaci, dalla prescrizione alla somministrazione, dagli errori chirurgici a quello dell’uso delle apparecchiature, quello degli esami e delle procedure diagnostiche, errori nella tempistica. Pensare di eliminare l’errore è una cosa impossibile, per quanto si cerchi di mettere le strutture nelle migliori condizioni l’errore prima a poi è un evento che capita. È importante, però, utilizzare l’errore come base per poter analizzare e capire come non fare ripetere l’evento.

C’è necessità di una gestione integrata del rischio, nel senso che devono essere presi in esame i diversi settori in cui ci sono situazioni di rischio, in quanto solo in questo modo si promuove una crescita della cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli stessi operatori sanitari.



INTERVENTI PROGRAMMATI

ANTONIO DE FALCO
ORDINE DEI MEDICI DI NAPOLI

Porto il saluto dell'Onorevole Del Barone, Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli e dell'intero Consiglio Direttivo dell'Ordine di Napoli. Ringrazio la Segreteria della CIMO e principalmente il dottore Perna perché ci ha offerto l'opportunità come Ordine di presentare quella che è la nostra opinione su un tema così scottante e di grande attualità.

Un operatore sanitario attento alla sua protezione, intesa per quelli che sono i rischi che possono derivare a lui e che possono derivare ad altri dalla sua azione, deve essere adeguatamente informato e formato sui rischi professionali. Se riceve tutti i necessari dispositivi di protezione personale e ritiene di operare in un ambiente di lavoro in cui si è attuato l'abbattimento dei rischi o almeno una loro riduzione rappresenta la migliore garanzia della qualità delle stesse prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Non a caso il giusto equilibrio fra l'attenzione agli individui e l'attenzione ai sistemi è considerato il primo passo per ridurre l'errore ed elevare la qualità del servizio sanitario.

La responsabilità dell'errore dipende da cause legate al fattore umano, alle qualità tecniche della prestazione, ma può essere anche imputata all'organizzazione dei sistemi aziendali o ai percorsi di diagnosi, cura ed assistenza. Ecco allora l'importanza dell'informazione e della formazione.

A chi compete formare ed informare?

Certamente, in via prioritaria al datore di lavoro, quindi alle A. S. L., alla Regione, ma noi riteniamo che lo stesso medico ne ha l'obbligo in virtù del suo ruolo, che è cambiato, oggi c'è un ruolo dirigenziale e ci sono delle responsabilità connesse ad esso. Voglio ricordare che in virtù delle note riforme effettuate negli ultimi anni la funzione dirigenziale ha acquisito una dimensione di rilevante autonomia nelle scelte sia organizzative che gestionali. Il percorso di riforma, piaccia o no, definendo i poteri di indirizzo e di controllo da un lato ed attribuendo le responsabilità gestionali alla dirigenza dall'altro ha introdotto i presupposti per una fondamentale ridefinizione del ruolo dei dirigenti. Ecco allora che lo stesso dirigente è chiamato a formarsi e ad informarsi.

A latere formare ed informare spetta anche all'Ordine professionale dove il dirigente è iscritto, in virtù della normativa vigente, ed io penso che ciò

possa spettare di diritto anche alle società scientifiche ed alle organizzazioni sindacali di categoria.

L'Ordine di Napoli in questo campo ha cercato di svolgere al meglio il suo ruolo. Negli anni scorsi con la Bocconi prima e con la Luiss Management ha messo migliaia di iscritti in condizioni di disporre di strumenti conoscitivi in grado di fornire informazioni teoriche e soprattutto pratiche sulle varie procedure da seguire in diversi campi di applicazione.

Mi piace solo ricordare che l'Ordine non più di 15 giorni or sono ha svolto un corso dal tema "Le raccomandazioni per la prevenzione delle infezioni in odontoiatria", corso abbastanza esaustivo sull'argomento, dando informazioni dettagliate sulle procedure da seguire per il trattamento del materiale potenzialmente contaminato, sulle caratteristiche degli ambienti che ospitano ambulatori odontoiatrici, sulle procedure da attuare in caso di contaminazione accidentale.

Chi deve attuare l'abbattimento dei rischi?

A chi demandare la valutazione e la supervisione dei protocolli di rilevazione di abbattimento dei rischi?

Certamente, le A. S. L. e la Regione come datori di lavoro hanno il maggiore carico, ma anche qui pensiamo che l'Ordine e le società scientifiche potrebbero esercitare un'azione di controllo con il Sindacato al fine di una maggiore tutela e trasparenza dell'azione della Pubblica Amministrazione in tale settore.

A tal fine come Ordine pensiamo che ci sia bisogno di una maggiore integrazione tra le varie professionalità ed i vari organismi con un maggiore coordinamento, che veda coinvolti gli organi istituzionali. Non so se in quest'ottica l'arrivo della devolution possa essere un bene o un ulteriore aggravamento dei problemi, anche se è giusto definire chiaramente l'ambito dei poteri legislativi dello Stato e delle Regioni. Certo è che l'unica strategia di prevenzione per la riduzione dei rischi è rappresentata dall'applicazione di procedure di comportamento di riconosciuta efficacia derivate da evidenze scientifiche e fornite sotto forma di raccomandazioni pratiche o sotto forma di norme legislative, che siano di facile applicazione nei vari contesti e che siano condivise. Ecco allora l'importanza della integrazione tra i vari soggetti, perché su una rilevanza o un'evidenza scientifica o una efficacia, una società scientifica può dire la sua,

così come una condivisione di alcune linee può venire da una formazione e informazione del personale che può essere anche demandata sia ad un Ordine professionale che allo stesso Sindacato.

Il controllo dell'intero sistema deve essere visto come un continuo e progressivo miglioramento dei servizi sia centrali che periferici. Essi devono tendere ad un aumento del coinvolgimento e delle motivazioni degli operatori addetti. Se non c'è la condivisione fino a chi esegue l'atto su alcune cose, è tutto inutile, facciamo una serie di cose a monte ma non scendiamo nella pratica ad interessare la persona. In tale campo l'Ordine di Napoli a tutela e nell'interesse degli iscritti si candida ad un ruolo collaborativo di interfaccia con gli altri soggetti interessati, sia come proposta ma ancora più come controllo sulla effettiva realizzazione di piani attuativi di abbattimento dei rischi.

Spesso all'origine dell'errore commesso dal medico o dall'operatore sanitario ci sono condizioni strutturali o attrezzature inadeguate. Gli errori possono essere scatenati anche da forme di organizzazione del lavoro inadeguate, carenze di organico, turni di lavoro troppo lunghi o stressanti, assenza di controlli, carenza nella supervisione.

Per questi motivi l'Ordine intende avere un ruolo più attivo incrementando la collaborazione con le società scientifiche e le organizzazioni sindacali da un lato e con le A. S. L. e la Regione dall'altro, e questo per tutelare maggiormente i propri iscritti.

Voglio sottolineare che tutelare i propri iscritti non va inteso in un senso biecamente corporativo ma in maniera moderna, nel senso di creare le condizioni per prestazioni migliori, perché più attenti alla qualità per dare risposte più adeguate ai cittadini e quindi tutelarne maggiormente la salute.

La consapevolezza della responsabilità che tale proposta comporta è accompagnata dalla certezza di rappresentare una categoria che sa trovare la sua unità e compattezza sui principi che attengono all'etica professionale, di cui riteniamo questi argomenti facciano pienamente parte. Etica professionale che per fortuna ormai sta entrando come concetto anche in campi dove era considerata priva di significato, mi riferisco in particolare al mondo dell'imprenditoria, che nel recente congresso di Capri ha più volte evocato, addirittura, il concetto di impresa etica, volendo così sottolineare che un'impresa che si conforma ai principi dell'etica migliora nel complesso la sua qualità.

ERMANNO SCOGNAMIGLIO
ASL NA1

Il Direttore Generale dell'ASL Napoli 1, il professore Angelo Montemarano, si scusa di non poter

essere presente qui poiché, come certamente avrete letto sui giornali, ha chiuso in questi ultimi giorni un importante contratto per la costruzione del nuovo ospedale ed aveva ulteriori dettagli da mettere appunto per la presentazione del progetto al Ministero. Non aveva un intervento programmato ma da fare a braccio quindi non ha potuto lasciare niente di scritto, manda il suo saluto a tutta l'assemblea e un ringraziamento alla CIMO regionale.

CARLO MELCHIONNA
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO-ASSOMED

Il mio intervento non era programmato per cui vorrei fare un commento su quello che ho ascoltato in queste ore.

Da medico e da componente dell'Ordine dei Medici vorrei ribadire alcuni concetti.

Quando viene affermato che noi medici non dovremmo giocare in difesa ma in attacco, nei rapporti con la stampa, io dico che poter giocare in difesa sarebbe già una grande conquista, poiché il medico purtroppo è costretto a giocare in attacco solo perché non può difendersi.

Per quanto riguarda l'accreditamento regionale, indipendentemente dai programmi che si stanno attuando in Regione, bisogna comunque sottolineare che esso non è stato ancora realizzato e, dal momento che le strutture devono essere tecnologicamente adeguate, e non lo sono, rimane solo l'impegno dei medici, che rimboccandosi le maniche, continuano a garantire livelli assistenziali dignitosi con il proprio impegno sul lavoro. Ma come lavora il medico nella nostra regione? Io posso affermare che lavora bene, e lo dico da componente della Commissione Disciplinare dell'Ordine dei Medici.

I medici realmente colpevoli nell'Ordine dei Medici di Napoli vengono sanzionati, però devo anche evidenziare che il 93% delle pratiche che ci vengono sottoposte sono totalmente archiviate.

Qualche considerazione infine sui rapporti con i pazienti.

È indispensabile tornare ad un rapporto fiduciario fra medico e paziente, il consenso informato non deve essere vissuto come una forma di prevenzione del contenzioso.

I pazienti, infatti debbono capire che il medico opera esclusivamente nell'interesse della sua salute anche se, in un contesto di organizzazione sanitaria pubblica, egli è costretto a confrontarsi quotidianamente con problemi gestionali e spesso economici.

La crescita e l'elevazione dei rapporti medico-paziente rappresentano l'unica via per ricreare un clima di serena fiducia in ambito sanitario.

