



Nota operativa n. 26 dell'INPDAP

Il C.d.R. di questo Giornale ritiene di fare cosa utile riportando integralmente la Nota operativa n. 26 dell'INPDAP, diramata il 13/06/2008 dall'Istituto a tutti i Direttori delle proprie Sedi provinciali e territoriali, alle OO.SS. nazionali dei Pensionati ed agli Enti di Patronato.

La Nota anzidetta prevede una nuova modalità di calcolo dei trattamenti pensionistici, limitatamente a quelli con anzianità contributiva superiore ai 40 anni utili, vale a dire considerando nella "quota b" l'intera anzianità contributiva maturata dal 1° gennaio 1993, cioè non più limitando il calcolo al raggiungimento dei 40 anni di anzianità contributiva.

La Nota presenta elementi di incertezza ed ambiguità, anche perché prevede che l'INPDAP, per le pensioni in via di liquidazione, esegua d'ufficio il doppio calcolo della pensione (quello secondo le vecchie regole e quello secondo le nuove regole di cui alla Nota in esame), mettendo in pagamento l'importo relativo al calcolo più favorevole al pensionando.

Si tratta comunque di modesti benefici, proprio perché il nuovo calcolo è limitato alla "quota b".

Poiché la Nota operativa dispone anche che le Sedi provinciali, a domanda dei pensionati interessati (cioè con anzianità contributiva oltre i 40 anni), "sono tenute a provvedere alle eventuali riliquidazioni" delle pensioni già in essere "nei limiti della prescrizione quinquennale", in attesa di ulteriori chiarimenti i pensionati che siano al limite della scadenza quinquennale dalla data di decorrenza della loro pensione, possono per prudenza (se lo ritengono opportuno) presentare domanda alla propria Sede provinciale INPDAP ai fini dell'applicazione degli eventuali benefici previsti dalla Nota INPDAP n° 26 del 13/06/2008.

“Nota operativa n° 26 del 13/06/2008

Oggetto: Modalità di calcolo dei trattamenti pensionistici con anzianità contributiva superiore a 40 anni.

Il rendimento pensionistico dei trattamenti liquidati da questo Istituto è determinato dalla sommatoria dell'aliquota inerente gli anni maturati dall'iscritto alla data del 31 dicembre 1992 con quella relativa al valore differenziale tra quella maturata alla cessazione e quella riferita alla medesima data del 31 dicembre 1992, nei limiti dell'aliquota massima raggiungibile in corrispondenza di 40 anni di anzianità contributiva; gli anni eventualmente eccedenti non incidono nella percentuale di rendimento della quota di pensione di cui all'articolo 13, comma 1, lettera b) del Dlgs. n. 503/1992.

Tale modalità di calcolo può essere sfavorevole per coloro che cessano dal servizio con un'anzianità contributiva maggiore a 40 anni di servizio.

Al fine di non penalizzare gli iscritti che si trovano in questa situazione, si ritiene necessario effettuare un duplice calcolo di pensione ed in particolare:

- uno derivante dall'importo spettante all'interessato considerando nella "quota a" di pensione l'intera anzianità maturata al 31 dicembre 1992 e nella "quota b" l'anzianità contributiva a partire dal 1° gennaio 1993 limitata al raggiungimento di 40 anni di anzianità contributiva;

- l'altro relativo all'importo spettante all'interessato considerando nella "quota b" di pensione l'intera anzianità contributiva maturata a partire dal 1° gennaio 1993 e nella "quota a" di pensione solo gli anni necessari al raggiungimento di un'anzianità contributiva complessiva pari a 40 anni.

L'importo da porre in pagamento è quello relativo alla pensione più favorevole risultante dal duplice calcolo.

Si invitano, pertanto, le Sedi a definire le pensioni in via di liquidazione secondo le istruzioni operative riportate nella seguente nota; per quanto attie-

ne le pensioni liquidate precedentemente alle nuove istruzioni operative, le Sedi sono tenute a provvedere alle eventuali riliquidazioni previa richiesta degli interessati e nei limiti previsti dall'articolo 26 della legge n. 315/1967, per il personale delle casse gestite dagli ex Istituti di previdenza, e dagli articoli 203 e seguenti del DPR n. 1092/1973, per il personale statale. Il pagamento degli eventuali ratei spettanti avverrà nei limiti della prescrizione quinquennale.

La struttura informatica, cui la presente è trasmessa per conoscenza, provvederà a modificare le funzionalità informatiche secondo quanto riportato nella presente nota.

IL DIRIGENTE GENERALE
Dr. Costanzo GALA

La normativa contrattuale in tema di prevenzione e controllo del rischio clinico

Solitamente, quando si affronta il problema della gestione del rischio clinico nell'ambito delle strutture sanitarie pubbliche (segnatamente delle strutture ospedaliere, dove si concentra tanta parte del rischio clinico), si pensa subito alla normativa contrattuale relativa alla copertura assicurativa della responsabilità civile dei dipendenti-dirigenti per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi.

In realtà questo approccio sarebbe riduttivo e poco direbbe sulle disposizioni contrattuali complessive che, direttamente od indirettamente, riguardano la prevenzione ed il controllo del rischio clinico. Certo è importante che l'attività professionale medica, comunque caratterizzata da alta rischiosità, abbia una adeguata (ed io aggiungo: obbligatoria) copertura assicurativa, anche per prevenire che il professionista operi in condizioni di eccessiva apprensione, ovvero si rifugi nella cosiddetta medicina difensiva.

Infatti già il D.P.R. 761/79 (Stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali), disponeva all'art. 28 (Responsabilità) che "Le unità sanitarie locali possono garantire anche il personale dipendente, mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile, delle eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese di giudizio, relativamente alla loro attività, senza diritto di rivalsa, salvo casi di colpa grave o dolo". Il D.P.R. 270/87, nato nell'ambito dello stato giuridico disegnato dal D.P.R. 761/79, ha poi disposto (art. 41 - Patrocinio legale del dipendente per fatti connessi all'espletamento dei compiti di ufficio) che "L'ente, nella tutela dei propri diritti ed interessi, ove si verifichi l'apertura di un procedimento civile o penale nei confronti del dipendente per fatti e/o atti direttamente connessi all'espletamento del servizio e all'adempimento dei compiti d'ufficio assumerà a proprio carico, a condizione che non sussista conflitto di interesse, ogni onere

di difesa fin dall'apertura del procedimento e per tutti i gradi di giudizio, facendo assistere il dipendente da un legale", aggiungendo che "L'ente dovrà esigere dal dipendente, eventualmente condannato con sentenza passata in giudicato per fatti a lui imputati per averli commessi per dolo o colpa grave tutti gli oneri sostenuti per la sua difesa". Il D.P.R. contrattuale successivo (D.P.R. 384/90) è poi ancora intervenuto, in materia di copertura assicurativa (art. 88), questa volta per stabilire che gli enti "sono tenuti a stipulare apposita polizza assicurativa in favore dei medici dipendenti autorizzati a servirsi, in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, del proprio mezzo di trasporto, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio" e che "le polizze di assicurazione relative ai mezzi di trasporto di proprietà dell'ente sono in ogni caso integrate con la copertura dei rischi di lesioni o decesso del dipendente addetto alla guida e delle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto".

Lo stesso D.P.R. 384/90, con notevole lungimiranza, ha istituito (art. 135) le Commissioni per la verifica e revisione di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie (Commissione regionale, Commissione professionale della U.S.L., Comitato nazionale). In particolare la Commissione regionale doveva: a) valutare i servizi sanitari in termini di adeguatezza delle strutture, attrezzature e personale; correttezza delle procedure e delle prestazioni; risultati raggiunti rispetto ai bisogni dei cittadini e in comparazione con gli standard medi nazionali; b) promuovere la diffusione delle metodologie per il miglioramento qualitativo delle prestazioni, anche attraverso l'avvio di iniziative specifiche, regionali e locali, di formazione di personale esperto in valutazione e promozione della qualità; c) validare e verificare progetti e programmi di valutazione predisposti a livello di U.S.L. dall'apposita Commissione.

L'articolo 135 anzidetto impegnava la Commissione di U.S.L. a relazionare semestralmente alla Commissione regionale e questa, sempre semestralmente, al Comitato nazionale sui programmi attivati e sui risultati conseguiti, ed impegnava altresì le U.S.L. ad individuare, per la vigenza del D.P.R. 384/90 (che opererà fino al 1996) almeno tre tra gli 11 progetti indicati di valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni. Ne cito solo alcuni, per far comprendere come questi progetti rappresentino anche un vero e proprio programma per la prevenzione e controllo del rischio clinico:

- revisione delle procedure di accettazione ospedaliera;
- consumo dei farmaci per giornata di degenza e loro valutazione quanti-qualitativa;
- prevenzione e terapia delle lesioni da decubito;
- qualità della documentazione clinica e adozione della cartella infermieristica;
- valutazione di progetti e metodologie per la prevenzione delle infezioni ospedaliere, ecc.

Purtroppo, come spesso avviene, anche in questo caso le previsioni contrattuali sono rimaste largamente inattuare.

Ho sottolineato questi aspetti per evidenziare come la gestione della sicurezza dei processi clinici non possa avvalersi dei modelli derivati dall'esperienza industriale (dove prevale l'attenzione sulla prevenzione del danno alla struttura ed all'organizzazione produttiva, piuttosto che sul danno alla persona) per collocarsi più propriamente nell'ambito dei sistemi per la valutazione e revisione della qualità dei servizi sanitari (diagnostici e terapeutici, di prevenzione e riabilitazione), anche se questi sistemi di verifica e revisione della qualità non possono essere considerati sostitutivi di uno specifico programma di risk management.

Le realtà sanitarie italiane, almeno per tutti gli anni '90, nell'ambito del rischio clinico hanno invece adottato un approccio amministrativo al problema, limitandosi all'acquisto di una polizza assicurativa, rinunciando da una parte a qualsiasi analisi e revisione dei propri pro-

cessi assistenziali, e dall'altra determinando gravi distorsioni nel rapporto con il mercato assicurativo.

E tutto ciò nonostante: la trasformazione delle U.S.L. in aziende sanitarie locali; il riconoscimento in capo ai medici dipendenti della qualifica dirigenziale; la rivoluzione del rapporto medico-paziente rappresentata dalla filosofia e dalla prassi del consenso informato, che ha determinato la morte della medicina paternalistica a vantaggio di un approccio informato, partecipato, condiviso alle problematiche relative alla tutela della salute della persona, trasformazioni e processi che hanno reso ancor più delicata ed urgente la problematica della prevenzione e controllo del rischio clinico.

E veniamo agli anni 2000, cioè al 2° contratto della dirigenza medica dell'8/06/2000, che all'art. 24 (Coperture assicurative), prevede al comma 1 che le aziende assumano "tutte le iniziative necessarie per garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 (Patrocinio legale), per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave".

Il comma 2 dello stesso articolo, al fine di pervenire ad una omogenea e generalizzata copertura assicurativa, ha istituito "una Commissione paritetica nazionale", formata dai rappresentanti di tutte le Regioni e delle OO.SS. firmatarie del contratto, "per la realizzazione, attraverso forme consortili delle Regioni, di un fondo nazionale che consenta di provvedere alla predetta tutela mediante la sottoscrizione di accordi quadro con compagnie di assicurazione appositamente selezionate secondo le vigenti disposizioni di legge, ai quali (accordi) le aziende aderiscono".

La Commissione paritetica avrebbe dovuto, secondo il comma 3, indicare "le modalità di costituzione, gli Organi di gestione, le modalità di funzionamento, il sistema dei controlli del predetto fondo e la decorrenza dei versamenti" ed il fondo avrebbe dovuto essere "costituito - come base - dagli apporti economici prestabiliti dalla Commissione a carico delle singole aziende e finanziati dalle stesse con le risorse già destinate alla copertura assicurativa ed in misura media pro-capite di 50.000 vecchie lire mensili, trattenute sulla voce stipendiale prevista dalla Commissione stessa, a carico dei dirigenti per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale", e, secondo il comma 4, avrebbe dovuto "ultimare i propri lavori entro tre mesi dall'entrata in vigore del presente contratto".

La Commissione ha concluso i suoi lavori dopo 18 mesi (in luogo dei 3 previsti) con un documento articolato in più parti: conclusioni, proposta, box 1, box 2.

Nelle "Conclusioni" si prende atto delle difficoltà connesse: alla istituzione di un fondo nazionale per una generalizzata e omogenea tutela assicurativa per tutti i dirigenti del S.S.N.; alla obbligatorietà di adesione al fondo; alla rappresentanza dei soggetti coinvolti - aziende sanitarie e dirigenti - all'interno degli Organi di gestione del fondo e ciò in ragione dei loro diversi apporti economici; alle forme consortili delle Regioni; alle censure dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato circa la sottoscrizione di accordi-quadro con le Compagnie di assicurazione, se finalizzati alla realizzazione di una unica gara a livello nazionale, a maggior ragione in mancanza di un'analisi del rischio e quindi di una soglia di gara congrua e per la necessità di allineare, preliminarmente, tutte le scadenze contrattuali delle polizze in essere.

Per tutte queste ragioni, la Commissione ha valutato più rispondente ad ottenere immediati risultati rispetto all'obiettivo contrattuale, una linea di intervento regionale, che avrebbe anche consentito di addivinare ad una gara unica (regionale) senza incorrere nelle censure dell'Autorità garante. Tuttavia, conclude la Commissione, l'applicazione omogenea e generalizzata della linea di intervento sostanziata

nella successiva "Proposta", dovrà "essere garantita, al momento, mediante impegno di tutte le Regioni in sede di Conferenza dei Presidenti".

Nella "Proposta", la Commissione paritetica indica un percorso, articolato in più fasi, da condursi a livello regionale, per realizzare l'obiettivo contrattuale di cui all'art. 24. Le fasi indicate sono:

1. analisi del rischio, a livello regionale, operata da un soggetto competente e terzo, al fine di addivenire ad una congrua soglia di gara;
2. individuazione delle soglie minime di garanzia, con eventuali integrazioni da parte delle singole aziende (vedi anche box 1);
3. mappatura delle singole situazioni contrattuali aziendali (contratti in essere; contenuti e scadenze; numero dei beneficiari; risorse disponibili, da parte aziendale e a carico dei singoli dirigenti interessati);
4. allineamento delle scadenze contrattuali, con adeguamento delle aziende all'ultima scadenza rilevata, mediante la stipula pro-tempore di contratti di più breve durata;
5. bando di una unica gara a livello regionale, ad avvenuto allineamento, condotta dalla Regione o dalle aziende sanitarie, mediante una unione di acquisto o l'individuazione di una azienda-capofila;
6. promozione di un nuovo rapporto tra aziende-dirigenti e rischio-assicuratore, in cui le aziende abbandonino il vecchio atteggiamento passivo per convertirlo nella attiva trattazione e gestione diretta dei sinistri e delle coperture assicurative (vedi anche box 2).
7. previsione di una Commissione di vigilanza regionale (composta da una rappresentanza di Regione, aziende e OO.SS.) con poteri di intervento per correggere comportamenti difformi. I dati in possesso della Commissione di vigilanza regionale dovranno affluire ad un Osservatorio nazionale (composto da rappresentanti regionali e OO.SS.) con il compito di vigilare sulla reale e omogenea applicazione sul territorio nazionale della clausola di cui all'art. 24 e, attraverso un'azione continua di monitoraggio e comparazione, proporre interventi di correzione-miglioramento del sistema.

Il box 1 contiene "i riferimenti ed i criteri per le condizioni minime di garanzia". I principi essenziali di riferimento sono:

- oggetto della copertura assicurativa, che per la polizza aziendale è tenere indenne l'assicurato - azienda e dirigenti - da ogni somma che questi debba risarcire a terzi in conseguenza di fatti colposi - connessi ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione - che determinino responsabilità ai sensi di legge, mentre per la polizza dei dirigenti è la tutela di tutti i dirigenti dell'azienda dall'azione di rivalsa esercitata dall'azienda stessa nei loro confronti per fatti commessi per colpa grave, accertata con sentenza passata in giudicato, nell'ambito della propria attività professionale per conto dell'azienda di appartenenza, compresa l'attività libero professionale intramuraria, in ogni sua forma, nonché dalla responsabilità dei dipendenti per danni patrimoniali provocati a terzi e/o all'azienda medesima per fatti commessi per colpa grave, nell'ambito della propria attività professionale per conto dell'azienda di appartenenza. Le risorse a disposizione sono quelle già destinate dalle aziende alla copertura assicurativa, nonché quelle poste a carico dei dirigenti fino alla concorrenza dell'importo pro-capite previsto dal contratto nazionale di lavoro per la copertura della responsabilità per colpa grave o di eventuali ulteriori rischi;
- validità temporale dell'assicurazione, con garanzia prestata "per tutti i sinistri occorsi nel periodo di validità del contratto, indipendentemente dal momento in cui viene avanzata la richiesta di risarcimento del danno";
- definizione di massimali adeguati per sinistro, che devono naturalmente essere calibrati sulla base dell'analisi del rischio, ma con le seguenti indicazioni di massima per la responsabilità civile verso terzi, cioè 5 milioni di euro per ogni sinistro, con il limite di 5 milioni per ogni persona e di 5 milioni per danneggiamenti a cose;
- definizione delle clausole di recesso: con preavviso di 180 giorni;
- obblighi reciproci tra compagnia e assicurato; le aziende devono

esercitare un controllo complessivo sulla gestione dei sinistri, con scambio di informazioni, monitoraggio delle pratiche e valutazione degli eventi potenzialmente produttivi di danno, con periodico censimento, di concerto tra aziende e Compagnie: dei sinistri denunciati; dei sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva); dei sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato); dei sinistri respinti (con le relative motivazioni scritte).

Nel box 2 si danno indicazioni per rivoluzionare il tradizionale atteggiamento delle aziende in materia di sinistri, vale a dire attraverso il passaggio dal vecchio atteggiamento passivo alla trattazione e alla gestione diretta dei sinistri e delle coperture assicurative, nonché l'attuazione di una politica di riduzione e prevenzione dei rischi, modificando comportamenti ed organizzazioni. Per realizzare tale obiettivo, bisogna prima censire, analizzare e valutare i rischi gravanti sull'amministrazione, secondo i criteri del risk-management, per arrivare poi a definire efficaci azioni di prevenzione.

Ciò può essere realizzato in particolare mediante: a) adozione di linee-guida per la redazione del consenso informato e la tenuta delle cartelle cliniche; b) informazione e coinvolgimento degli operatori nella segnalazione di eventi potenzialmente produttivi di danno; c) produzione di apposita modulistica di segnalazioni; d) coinvolgimento del Servizio di medicina legale aziendale; e) produzione di una casistica di specifici eventi di rischio; f) adozione di misure cliniche e organizzative finalizzate a ridurre gli eventi di rischio; g) valutazione statistica delle correlazioni tra sinistri, richieste di risarcimento ed effettiva corresponsione dello stesso.

L'art. 25 del CCNL 8/06/2000 (Patrocinio legale), pur disapplicando l'art. 41 del D.P.R. 270/87, ne riprende sostanzialmente i contenuti, con la specificazione del comma 2, dove è previsto che se il dirigente "intende nominare un legale di sua fiducia in sostituzione di quello indicato dall'azienda o a supporto dello stesso, i relativi oneri sono a carico dell'interessato" e che, in caso di conclusione favorevole del procedimento, "l'azienda procede al rimborso delle spese legali nel limite massimo della tariffa a suo carico" (qualora l'azienda avesse incaricato il proprio legale), limite comunque che "non potrà essere inferiore alla tariffa minima ordinistica".

Mi sono dilungato sui lavori della Commissione paritetica (all'interno della quale ha lodevolmente operato il nostro consulente legale, avv. G.C. Faletti), nonostante che le relative conclusioni e proposte non siano state fatte proprie né dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni, né dalla Conferenza per i rapporti tra Stato Regioni e Province autonome, né dall'ARAN, perché sono convinto che senza quel momento di elaborazione non ci sarebbe stato il "salto di qualità" realizzato con l'art. 21 del CCNL 3/11/2005, contratto di area medica tuttora vigente.

Il comma 5 di tale articolo prevede infatti che "Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo. Al fine di favorire tali processi le aziende ed enti informano le organizzazioni sindacali di cui all'art. 9 del CCNL dell'8 giugno 2000". In parole povere, si tratta delle Unità di risk-management.

Inoltre il comma 2 dello stesso articolo prevede che "per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale" (con la specificazione che gli ulteriori rischi sono da intendersi sia quelli derivanti dalla specifica attività svolta, sia la copertura dal rischio di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave) le risorse destinate dall'azienda per la copertura della responsabilità civile di tutti i dirigenti, ivi comprese le spese di giu-

dizio, sono incrementate “con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di 26 euro mensili ad un massimo di euro 50, poste a carico di ciascun dirigente”.

Al di là delle norme contrattuali in materia di copertura assicurativa del rischio clinico, in particolare a far data dal 1° contratto della dirigenza (5/12/1996) è stato introdotto un corpus normativo in materia di verifica e valutazione dei dirigenti, che ha certamente un grande significato anche relativamente alla prevenzione e controllo del rischio clinico.

Infatti l’oggetto della valutazione periodica dei dirigenti da parte del Collegio tecnico riguarda, tra l’altro:

- i risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo alla appropriatezza e alla qualità delle prestazioni e alla certificazione della qualità dei servizi;

- la capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee-guida o protocolli e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;

- le attività di ricerca clinica, sperimentazione, tutoraggio e formazione aziendale;

- il raggiungimento del minimo credito formativo di cui all’art. 16-ter del D.Lgs. 502/92;

- il rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, ecc., ecc.

Alle periodiche valutazioni professionali positive sono legati benefici economici connessi all’attribuzione di incarichi di responsabilità crescente.

Ma anche la verifica operata annualmente da parte del Nucleo di valutazione sui risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi indicati ha certamente un suo profondo valore, non solo ai fini dell’attribuzione della retribuzione di risultato, ma anche e soprattutto ai fini di migliorare la produttività quali-quantitativa della struttura, riducendo così il rischio clinico.

C’è infine tutta la normativa contrattuale, derivata prima dal D.P.R. 761/79 e poi dal D.Lgs. 502/92, e s.m. e i., in materia di obbligo all’aggiornamento e alla formazione permanente (da ultimo: Educazione Continua in Medicina) per il personale sanitario dipendente, grande forma di investimento culturale per avere operatori della salute sempre informati, permanentemente aggiornati e formati, condizione ideale per limitare, se non azzerare, i rischi clinici. Anche il Convegno in corso, evento ECM, ha questi significati e valori.

A questa notevole mole di disposizioni regolamentari si aggiungono poi numerose disposizioni legislative in materia di LEA, di appropriatezza diagnostico-terapeutica (pur con qualche enfasi di troppo sul versante del risparmio gestionale), di linee-guida e protocolli, di indirizzi ministeriali sulle buone condotte cliniche, di avvertimenti sui più frequenti eventi-sentinella, ecc., nonché norme deontologiche e relativi Codici, disposizioni tutte che dovrebbero essere in grado di ridurre al minimo il rischio clinico nelle strutture ospedaliere.

Dato che, come dimostrano le cronache relative ai casi di “malasantità” e la nostra esperienza sul campo, così non è, mi permetto di indicare alcuni tra i principali elementi di criticità:

- le disposizioni contrattuali vengono troppo spesso disattese. Basti pensare allo scempio che vien fatto delle ore settimanali riservate a studio, didattica, aggiornamento, ricerca, ecc., alla scarsa serietà del sistema delle verifiche professionali e di produttività, o al fatto che, ad oggi, le Unità di rischio clinico siano realtà solo in un terzo circa delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane. E anche dove istituite, esse non hanno la necessaria multidisciplinarietà, la forza organizzativa e l’autonomia per ridurre gli errori, o prevenire il contenzioso in prima istanza, ovvero gestirlo compiutamente poi, e ancora ci si balocca se tali Unità debbano rappresentare solo una “funzione” gestita alla buona in staff con le direzioni generali aziendali o avere autorevole e autonoma struttura, dotazione organica sufficiente, idonee organizzazione e risorse;

- il S.S.N. è cronicamente sottofinanziato, e quindi c’è l’ansia del risparmio a tutti i costi, ed i rinnovi contrattuali avvengono con un ritardo costante dai 3 ai 4 anni. Tutto ciò rappresenta il clima opposto, il contesto massimamente sfavorevole rispetto a quello richiesto per l’obiettivo degli “errori 0”. Ed invece per organizzare una diversa cultura della sicurezza, basata soprattutto sulla prevenzione degli errori, ci vogliono comunque tempo, denaro (investimento per il futuro), un approccio globale e, soprattutto, bisogna crederci (da parte dei medici e delle aziende);

- oggi la copertura assicurativa dei medici non è adeguata, e non è omogenea sul territorio nazionale, addirittura non lo è neppure a livello regionale, e ciò danneggia in primo luogo i pazienti che possono risultare vittime di eventi avversi, e può indurre i medici più deboli a rifugiarsi nella medicina difensiva. Ma, al di là della presenza di una polizza assicurativa, è proprio il sistema assicurativo che deve essere migliorato, innanzitutto trovando un equilibrio tra facilità di compensazione del danno subito dal paziente, indipendentemente dal livello di cure adottato (criterio della strict liability), e capacità di creare comunque deterrenza (criterio della negligence rule, cioè mantenimento di un severo sistema di regole sulla responsabilità professionale quando il danno è generato da assistenza inferiore agli standard previsti dal sistema giuridico), avendo cura altresì di scoraggiare atteggiamenti trascurati od opportunistici (ad esempio, attraverso il sistema delle franchigie);

- siamo solo ai primi passi dell’approccio clinico al rischio sanitario, che è di tipo proattivo, va cioè alla ricerca degli errori attivi (per studiarli e prevenirli), cioè degli errori dei professionisti, degli errori umani (inesperienza, distrazione, dimenticanza, negligenza, imprudenza, incapacità di prendere decisioni), o degli errori latenti, che sono ben maggiori (circa l’80%), cioè errori impersonali legati ad attività e processi anche distanti dal luogo dell’incidente (carenze organizzative e gestionali, inadeguata organizzazione del lavoro, insufficienza di strutture, strumenti ed attrezzature, carenza di manutenzione, mancanza di personale, mancanza di progetti formativi, ecc.). È evidente tuttavia come i sistemi centrati sulla colpa (tort system), distorcendo la relazione medico-paziente, impediscono di investigare senza reticenze sugli errori, imparando da essi per prevenirne di nuovi. E se ci fosse un buon approccio clinico al rischio sanitario, migliorerebbe anche l’approccio economico-assicurativo, che è di tipo reattivo, cioè interviene ex-post, ad errore già consumato, e si potrebbe chiedere anche alle Compagnie assicurative di fare la loro parte: miglior analisi dei rischi; diversificazione delle polizze (come condizioni e massimali); ragionevole equilibrio tra entità dei premi ed effettività degli indennizzi;

- come dimostra il protocollo sperimentale di monitoraggio degli eventi sentinella (predisposto dal Ministero della Salute), sulla base di 18 mesi di osservazione, si sono evidenziati numerosi “eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili”. Cito i principali eventi avversi, o eventi sentinella, per ordine di frequenza: complicanze post-intervento chirurgico, comprese quelle infettive e tromboemboliche; gestione dell’emergenza; suicidio in paziente ricoverato; complicanze post-anestesia; materiale ritenuto; complicanze sulla diade madre-neonato legate al parto ed al periodo neonatale; errori trasfusionali e/o di terapia farmacologia; caduta del paziente; procedura in paziente sbagliato o in parte del corpo sbagliata; violenza o maltrattamento, ecc. Poiché l’esito degli eventi avversi o sentinella è, per il 68% dei casi, la morte e, per il 32%, grave danno e poiché è chiaro che quasi sempre è rinvenibile un errore di prevenzione o di organizzazione, possiamo certamente fare molto per evitare morti inutili, cioè per salvare molte vite e prevenire molti danni, e con essi un mare di guai. Provare, per credere ! Ce lo chiede addirittura la Costituzione, che ha qualificato la tutela della salute diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività.