

RELAZIONE SUL RISCHIO PROFESSIONALE: (Prevenzione e difesa del medico e del paziente)

Nell'immaginario collettivo il medico ha cambiato ruolo: da padrone indiscusso della vita sanitaria dei pazienti ad operaio qualificato (talora qualificatissimo) inserito in una sanità aziendalistica più attenta ai costi che alla persona, più concentrata su aspetti burocratico-amministrativi che sulla erogazione di atti medici qualificati, moderni e sicuri.

In tutto il mondo la crescente richiesta di salute è stata accompagnata da un crescente contenzioso, sia penale che civile, per presunti errori medici, subito amplificati dalla stampa scandalistica.

Le statistiche assicurative dimostrano che ogni medico, in 20 anni di attività, ha l'80% di probabilità di ricevere un avviso di garanzia e di entrare in un circuito infernale da cui uscirà cambiato, innocente o reo che sia.

Un sindacato, almeno un sindacato come il Nostro, non può evitare di affrontare questo problema, che è esploso negli ultimi 20 anni.

Un sindacato, almeno un sindacato come il Nostro, non può limitarsi ad agire di rimessa ed a consigliare al Collega "*informato*" un buon civilista, un buon penalista, un buon medico legale, un buon perito.

Un sindacato come il Nostro deve entrare nel cuore del problema e, proporre alcune concrete soluzioni.

L'ERRORE

"*Errore*" in medicina non significa inevitabilmente "*colpa di quei medici, colpa di quell'équipe, colpa di quella serie di équipes*".

L'errore è insito nella medicina, perché l'attività del medico si confronta con una realtà dinamica, il paziente.

Da un lato, un'attività imponente: 8 milioni di ricoveri ed un miliardo di prestazioni ambulatoriali, in Italia, nell'anno 2001.

Dall'altro lato, 12.500 denunce in un anno. Legate soprattutto ad errori organizzativi: farmaci diversi o scaduti, interventi su lati/parti sbagliate, procedure innovative.

Ai medici oggi non si chiede solo di sapere e saper fare, ma anche di saper organizzare e di saper informare.

L'errore nasce da una serie di carenze ed omissioni: la fretta, l'arroganza, la superficialità, il disinteresse, la presunzione, la disinformazione, la disorganizzazione, l'imprevisto...

L'errore è ineliminabile in qualunque attività professionale ed in qualunque specialità medica. Si può ottimizzare la QUALITÀ della struttura, delle CONOSCENZE, degli ATTI MEDICI, ma non si possono eliminare gli "*eventi avversi*" - ed il conseguente avvio di un processo volto a chiarire se tale evento sia stato frutto di casualità o di errore. Se oggi il 3,7-16,6% dei ricoveri è associato ad eventi avversi, quale sarà la percentuale di eventi avversi tra 10 anni, quando la popolazione sarà più vecchia, più diabetica, più aterosclerotica? Quando il contenzioso medico-paziente sarà ancora più elevato e quando le aspettative economiche, legate ad una sentenza favorevole alla parte lesa, saranno ancora maggiori?

L'errore non può essere evitato: perché i medici non sono tutti *dei premi Nobel per la Medicina*, perché l'organizzazione ospedaliera avrà sempre delle carenze; perché un lavoro di gruppo è — spesso — lavoro con poca solidarietà.

Va migliorata la qualità: con il monitoraggio (anonimo) degli errori; con l'ECM, con un miglior

rapporto tra medico e paziente, con le linee guida.
Ma non viviamo nel migliore dei mondi possibili. Ed allora? Cosa fare?
È necessaria, innanzitutto, un'attenta analisi dei fenomeni in gioco.

L'EVENTO AVVERSO

Colpisce l'utente; i medici coinvolti, l'intera struttura, l'opinione pubblica. Da ciò, alcuni danni immediati.

Alla struttura: la demotivazione, la rottura del gioco di squadra, la medicina difensiva.

Al rapporto medico-paziente: oggi non è più sufficiente rispettare le regole. La gente chiede di più... e l'evento avverso viene percepito – sempre e comunque – come responsabilità di qualcuno. La medicina, oggi, non è un beneficio, ma un diritto, come la salute. Perché la malattia è “*un incidente*” da cui occorre liberarsi presto e bene, con un rimedio assoluto e definitivo.

Quando ciò non avviene, si cercano i colpevoli... e la prova a discolora è a carico del medico.

La medicina è stata banalizzata (automedicazione, autodiagnosi) quindi è oggi sottovalutata, anche negli esiti infausti. Che non vengono più accettati.

IL RISCHIO PROFESSIONALE

- È elevato, come in tutte le professioni, e come in tutte le attività liberali, a rischio di errore.
- È elevato, perché le aspettative dei pazienti sono cresciute.
- È elevato, perché condizionato da una serie di fattori e di condizioni si è trasformato: da fiduciale (contrattuale) ad extracontrattuale, perché c'è l'intermediazione della struttura.

L'arte medica si è trasformata da libera professione “*singola, autonoma, diretta*” a professione coinvolgente diverse figure (tecnici, infermieri professionali, amministrativi, medici). Da ciò una “*responsabilità organizzativa oggettiva*”, in capo a tutti i medici, primari e non. Ma nel diritto italiano non è prevista, per i professionisti, la responsabilità oggettiva, tipica invece delle imprese.

La diffusione del concetto di “*responsabilità oggettiva*” potrebbe fare grossi danni alla medicina, perché scaricherà sui medici responsabilità non loro, ma tipiche solo dei **veri** dirigenti.

Infatti la responsabilità professionale “*tipica*” è solo per “*dolo*” o per “*colpa grave*”.

Dolo, ossia un comportamento che porta a fatti lesivi voluti. Colpa, ossia un evento, anche non voluto, indotto da una inosservanza della norma prevista. Grave, perché l'evento era prevedibile.

Oggi, purtroppo, il rischio professionale può essere ampliato o ridotto. Lo si può ridurre solo attraverso la formazione, semplificando il rapporto medico-paziente e puntando sulla informazione e sul consenso, che vanno privilegiati e documentati.

Il **medico** ha precisi **doveri professionali**: aggiornamento, comportamenti adeguati, strumenti di lavoro adeguati. Si tratta di doveri individuali, d'equipe e di struttura. Che implicano altrettanti **diritti professionali**, oggi largamente disattesi dalle ASL: l'aggiornamento, la formazione, un'organizzazione idonea. Diritti e doveri cozzano, spesso, tra loro... per motivi economici e per assenza di regole chiare.

La diligenza è un dovere e previene gli errori. La negligenza favorisce l'errore.

L'ANALISI della MALPRACTICE

- Per capire un fenomeno, bisogna identificarlo

Purtroppo non esistono statistiche serie e dettagliate sulle dimensioni e sulla tipologia del rischio. Una recente analisi del problema è stata fatta dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale S. Carlo di Potenza (Dr. Maglietta) con i seguenti risultati:

1. **Qualità delle cartelle cliniche:** buona nell'88% dei casi; nettamente migliorabile nel 12% dei casi come cronologia, leggibilità, SDO, numero di pagine compilate.
2. **Consenso informato:** insufficiente nel 78% dei casi.
3. **Richieste di risarcimento:** 118 in 11 anni, di cui 7 per fatti penali. Le 111 richieste

per eventi civili erano relative a 93 episodi professionali (86 per danno biologico, 12 per decesso e 18 a fatti extraprofessionali (organizzativi).

4. **In 56/93 casi (60%)** erano coinvolte strutture chirurgiche (ortopedia=22; chirurgia=13; ginecologia=13; neurochirurgia=8) per complicanze post-intervento.
5. **Nel 15% dei casi** l'azione penale ha preceduto quella civile.
6. **Nel 28% dei casi** la colpa desunta era di tipo “*omissivo*”.

Secondo il Dr. Maglietta, negli ultimi 5 anni il contenzioso legale a Potenza si è ridotto grazie alla creazione di un'unità di risk management, alla mappatura dei rischi ed al ruolo “*attivo*” delle consulenze medico-legali.

IL DIRITTO ALLA SALUTE

L'Articolo 32 della Costituzione sancisce il diritto alla salute. Oggi, è ancora così? In realtà si tratta di un diritto limitato dalle risorse economiche annuali (D. Lgs 229/99, Art. 1, comma 3) e dal DPEF 2002-2004. In Italia, come in Inghilterra o negli USA.

È un diritto “*barcollante*” che – prima ancora di un federalismo sanitario integrale – ha portato a 21 modelli sanitari diversi, per LEA, per tickets, per regole di mobilità (pubblico-privato; da AULSS ad AULSS) e per organizzazione.

È un diritto che potrà essere ulteriormente ridimensionato con l'applicazione integrale della devoluzione sanitaria. A meno che lo Stato non rivendichi per sé competenze sanitarie “*maggiori*”, a tutela dei cittadini, da Bolzano a Marsala.

Il diritto alla salute è costituzionale, ma c'è il rischio o la probabilità di un danno, che va riconosciuto con un procedimento legale complesso. Il medico deve rispettare la “*lex artis*”; al giudice spetterà l'identificazione di un eventuale rapporto causale tra condotta ed evento. E ciò non è sempre agevole, perché la medicina è fatta di individui malati e non di malattie.

Il Codice Penale (Art. 40) chiede che venga dimostrata la condotta colposa (diretta od indiretta, ossia omissiva) prima che venga emessa una condanna. Fino a vent'anni fa l'errore medico era tollerato perché considerato inevitabile e necessario.

Il nesso di causalità valeva solo, per eventi maggiori, evitabili statisticamente (causalità omissive), ma ciò lasciava troppa discrezionalità alla magistratura (“*alto grado di probabilità*”). Ne sono derivate sentenze dissimili, ma soprattutto legate alla rilevanza del danno.

Con la recente sentenza (11/09/02) della Corte di Cassazione, la magistratura ha innovato l'approccio al problema stabilendo che l'intervento medico (omissivo o interventistico) non va valutato sulla base di elementi statistici (probabilità), ma sulla presenza di un **nesso di causalità certo** tra condotta ed evento.

La Cassazione ha ribadito la necessità di “*prove certe*”, per una condanna.

Molti magistrati, oggi, concordano sulla necessità di modificare la normativa vigente e di consentire una maggior libertà professionale ai medici.

Oggi la presunta “colpa professionale” può portare a ben cinque procedimenti (=processi; =giudizi) per una unica causa. Li elenchiamo:

1. **Procedimento penale** per lesioni o morte;
2. **Procedimento civile** per richiesta di risarcimento;
3. **Procedimento civile** con pagamento dell'ASL e possibile, successiva rivalsa sul medico – per colpa grave – come da regole fissate dalla Corte dei Conti;
4. **Procedimento civile dell'ASL verso il medico**, con possibilità di licenziamento per giusta causa;
5. **Procedimento ordinistico**, con ulteriori penalizzazioni.

Insomma, la normativa attuale non tutela i medici, ma li espone al pubblico ludibrio e ad un processo penale obbligatorio, anche se provocato da una denuncia anonima.

Oggi però la sensibilità della collettività è cambiata. Se l'adulterio, l'abigeato ed il falso in bilancio non sono più considerati reati penali, ogni comportamento sanitario deve continuare ad essere considerato penalmente?

Perché, davanti al giudice, l'ASL scappa e lascia il medico solo?

Se i freni di una FIAT sono difettosi, la colpa è della FIAT o dell'operaio?

Se un medico fa una lesione, perché non deve risponderne l'ASL, in prima battuta?

Se, in un rapporto di dipendenza, viene lesa un terzo perché non deve risponderne il datore di lavoro?

E quali sono le responsabilità dell'ASL (D. Lgs 626/94) a tutela degli erogatori dei servizi ed a prevenzione di rischi professionali legati a carenze strutturali ed organizzative?

Molte domande e molti dubbi. Che impongono sia la prevenzione del rischio che la rigida applicazione dei dettati contrattuali.

LA PREVENZIONE

In medicina gli eventi avversi possono ridotti, ma non eliminati, qualunque provvedimento venga adottato.

Se contro il caso nulla è possibile, occorre tuttavia combattere contro gli **errori evitabili**, mettendo in atto un programma integrato di **prevenzione** che comprenda molteplici aspetti: formativi, organizzativi, legislativi, assicurativi.

La Formazione va realizzata non in modo isolato e frammentario (ECM, Linee guida, standardizzazione delle procedure, verifica dei processi clinici, rapporto tra medico e paziente), ma in modo integrato, secondo i principi della *learning curve*, ossia della curva di apprendimento.

La learning curve (LC) costituisce il tempo medio necessario per insegnare una novità (procedura) scientifica e per applicarla. È strettamente legata ad efficienza, produttività, costi, complicanze, errori, organizzazione.

Componenti essenziali della LC sono: le procedure, la capacità individuale, il livello istituzionale, la selezione del paziente, l'informazione del paziente, le nuove terapie.

Tutte queste componenti sono coinvolte nell'errore sanitario, ma il cuore del sistema è, ancora una volta, costituito dal **paziente** e dal **consenso informato**.

Su questo, poco è cambiato, dal codice di Norimberga (1947) al Belmont Report (1990).

La sostanza del problema è che il **consenso informato** per essere tale deve essere: **volontario, rispettoso delle persone deboli, esito finale** di un chiaro processo informativo e formativo, **differenziato** tra ricerca clinica e routine clinica.

Il consenso informato non poggia su una firma apposta sotto un modulo prestampato, ma su scelte cliniche realmente condivise. E, proprio per questo, non facilmente acquisibili.

Il consenso va ottenuto dopo aver fatto chiarezza sulle procedure, sulle capacità individuali, sui livelli istituzionali, sui criteri di selezione dei pazienti, sulle terapie: classiche od innovative.

Le "*nuove terapie*" (organi artificiali, xenotrapianti, trapianti da viventi, nuovi farmaci, clonazione, cellule staminali...) e l'invecchiamento di una popolazione sempre più obesa, diabetica ed aterosclerotica avranno un impatto micidiale sull'errore medico-sanitario, con inevitabili danni da medicina difensiva.

Una società civile impreparata potrà essere bombardata da notizie di medicina miracolistica e da clamorose azioni giudiziarie contro presunti errori medici, legati a procedure apparentemente senza rischio.

Cresce, nella gente comune, la richiesta di una vita lunga e priva di malattie. Ma aumentano le patologie ed i rischi sanitari, spesso senza reali risposte terapeutiche risolutive.

Per questo, anche per questo va portato all'attenzione pubblica il problema dell'**Errore medico** e

del **Rischio in medicina.**

Va fatta informazione e formazione coinvolgendo anche il pubblico generico su temi oggi riservati ai soli addetti ai lavori.

Ma, soprattutto, va intrapresa una seria iniziativa atta a modificare gli aspetti organizzativi, formativi, legislativi ed assicurativi del rischio.

ASPETTI ORGANIZZATIVI

Le carenze finanziarie non debbono ulteriormente bloccare l'istituzione, a livello di ASL/AULSS, di una **Unità di Risk management**, clinica e non amministrativa, cui affidare almeno cinque compiti principali:

1. Stesura, codifica e consenso sulle procedure più rischiose;
2. Identificazione delle situazioni a rischio (per carenze strutturali, di personale, di Unità Operativa);
3. Consulenza "*preventiva*" verso le Unità Operative;
4. Filtro tra il Paziente (lamentele) e l'Unità Operativa;
5. Prima valutazione dell'evento avverso.

L'ASL/ULSS dovrebbe essere obbligata ad attivare una **Polizza di assicurazione sanitaria** adeguata perché costruita sulle attività realmente svolte; completa; aggiornata e senza rivalsa nei confronti dei sanitari.

Ogni ASL/ULSS dovrebbe disporre, direttamente o tramite consorzio, di un **Ufficio Legale** (Civile e Penale) e di un **Medico Legale**, in grado di fornire pareri preventivi rispetto a potenziali situazioni di rischio, nonché consigli tecnici sulle stesse.

L'ASL/ULSS, in stretta simbiosi con i sindacati medici e sanitari, dovrebbe realizzare un serio programma di ECM (teorico-pratico) legato al rischio sanitario.

A fronte di tutto ciò, l'ASL/AULSS potrebbe concordare con la compagnia assicurativa adeguati sconti sulla polizza sanitaria.

LA LEGISLAZIONE

Il problema del rischio sanitario rende indispensabili le profonde modifiche dei 2 Codici.

Se la giurisprudenza non è più indulgente (C. Costituzionale n° 166 del 22/11/1973) verso i medici e se oggi il medico risponde anche per gli eventi colposi (= lesivi non voluti), oltre che per quelli dolosi (= lesivi voluti), occorre prenderne atto e provvedere.

Se il contenzioso civile (= risarcitorio) prevale su quello penale, occorre prenderne atto e provvedere.

Se l'essere specialisti è un fattore aggravante...

Se l'assenza di consenso totale è violenza aggravata...

Se l'onere della prova spetta all'accusato...

Se la professione medica è scienza "*assoluta*" e non scienza "*condizionata alla persona*",

ALLORA bisogna cambiare le regole e costruire una Copertura Assicurativa obbligatoria, globale e sufficiente, per le ASL/ULSS, senza diritto di rivalsa sui Medici, neppure in caso di dolo. **Occorre cioè far sapere alla Gente che l'errore medico**, sempre possibile, darà — se dimostrato — **un risarcimento sicuro**. Da ciò,

la necessità di costituire un **FONDO DI SOLIDARIETA' NAZIONALE DA DANNO IATROGENO**, come in Svezia od in Francia.

Cittadino e medico vanno garantiti.

Come? Secondo noi, con alcuni passaggi fondamentali.

MODIFICA DEL CODICE PENALE (CP)

Gli aspetti sanitari del CP vanno pesantemente adattati alla “*nuova medicina*” ed alle nuove “*aspettative sanitarie*” dell’italiano medio. La CIMO-ASMD, da anni, ha elaborato alcune proposte.

1. **Modifica** dell’Articolo 589 del Codice penale volta ad eliminare, in caso di ipotizzato errore professionale medico l’obbligo dell’azione penale, anche in assenza di querela della persona offesa.

Basterebbe un disegno di legge di un solo comma: “**dopo il 3° comma dell’Art. 589 del C.P. è aggiunto il seguente comma 4° : il delitto è punibile a querela della persona offesa nel caso in cui sia conseguenza di colpa professionale nell’esercizio della professione medica**”.

Sarebbe un primo, piccolo passo che non vuole privilegiare i medici ma punta a:

- a) identificare chi denuncia e cosa denuncia;
 - b) ridurre il contenzioso penale;
 - c) evitare che articoli giornalistici scandalistici rovinino la vita professionale di migliaia di professionisti;
 - d) consentire ai medici di controdenunciare, finalmente, l’accusatore.
2. **Ridefinizione** del concetto di colpa, in medicina, con chiarificazione dei concetti di colpa grave e gravissima e con abolizione del concetto di colpa lieve.
 3. **Possibilità di immediata controquerela** del Medico/Sanitario contro il querelante.
 4. **Totale parità tra accusa e difesa** con coinvolgimento immediato della difesa e del collegio peritale.
 5. **Nuova composizione** (terna) del Collegio peritale
 6. **Elenco nazionale** di Periti specialistici.
 7. **Rispetto** della PRIVACY.
 8. **Rapidità delle procedure.**
 9. **Ruolo di “filtro”** svolto dalle UNITÀ LOCALI di RISK MANAGEMENT (parere di primo grado, sugli aspetti professionali).

MODIFICA del CODICE CIVILE (CC)

Gli errori sanitari vanno affrontati in modo diverso, anche sul piano civile.

In Parlamento (Atto Senato n° 108/2001, relatore Sanzarello) è in discussione il Disegno di Legge “Tomassini”, relativo agli aspetti civilistici del rischio sanitario. Si tratta di una proposta innovativa, che i medici si augurano venga perfezionata nel corso dell’iter parlamentare. Ad ogni buon conto, la CIMO-ASMD ha steso – e consegnato ai Parlamentari – un proprio DDL sul rischio professionale medico, i cui elementi fondamentali sono i seguenti:

1. **Assicurazione obbligatoria delle ASL/ULSS**
 - **Adeguata**
 - **Aggiornata**
 - **Senza diritto di rivalsa nei confronti del personale.**
2. **Unità di Risk Management.**
3. **Valutazione iniziale locale del “Caso”.**
4. **Tentativo di conciliazione.**
5. **Giudizio civile (Giudice sanitario).**
6. **Rapporti tra “Giudizio civile” e “Giudizio ordinistico”.**
7. **Tipologia della condanna: massimali rapportati al rischio...**
8. **Ruolo dei periti.**
9. **Nuove regole assicurative per la Sanità.**
10. **Le responsabilità: della Struttura, dell’U. Operativa, del singolo...**

È un disegno di legge che attiva un risparmio (per riduzione del contenzioso legale immotivato) e costituisce un segnale positivo per i medici, soprattutto ospedalieri.

Assicurazione certa: riduzione del contenzioso penale. Due passi verso un assetto diverso in cui l'errore medico "*ipotetico*" sia:

1. Innanzitutto valutato da COLLEGI ARBITRALI TECNICI LOCALI composti da medici (e con l'ausilio di legali per formulare un parere di 1° grado, valido sul piano civilistico ed assicurativo.
2. In caso di PARERE DI COLPEVOLEZZA, il "*colpevole*" dovrebbe poter ricorrere ad un GIUDICE SANITARIO, ossia ad un giudice specializzato, unico su base provinciale, che dovrebbe avvalersi di un CONSULENTE SANITARIO, da scegliere all'interno di un elenco di esperti.
3. Solo in presenza di un giudizio (del Giudice Sanitario) di "*dolo*" o di "*colpa grave*", il medico potrebbe — ma solo su denuncia di parte — essere sottoposto ad UN PROCESSO PENALE.

Come dice l'Avv. Faletti, perché comportamenti professionali "*colposi, ma non volontari*" debbono essere perseguiti non solo civilmente, ma anche penalmente?

Questa proposta, analoga a quella francese, alleggerisce l'operatore perché — in essa — l'accertamento di una responsabilità, civile o penale, non provoca una sanzione che danneggia, in modo irreparabile, la vita professionale.

NUOVO LIVELLO DI SENSIBILITÀ

La CIMO-ASMD ha chiesto e chiederà al Governo e alla Società Civile che, una nuova sensibilità porti l'errore medico ad un **giudizio civile e non penale** (se non per errori gravissimi).

L'atto medico va depenalizzato dando al soggetto leso la certezza di un indennizzo sul piano civile. Anche il delitto di omicidio colposo "*per motivi sanitari preterintenzionali*" potrebbe essere risolto in ambito privatistico (con esborso di denaro), esattamente come il falso in bilancio.

Se ciò non fosse possibile, occorrerebbe almeno impostare e concludere il percorso legislativo "*minimo*" sopra prefigurato, dando comunque al sanitario la certezza di un processo equo, rapido, sereno.

Il danno va risarcito dal Datore di Lavoro (ASL/ULSS), perché il datore di lavoro risponde dei sottoposti (Art. 28 della Costituzione; Art. 2049 del C. Civile) e quindi l'azione deve essere avviata solo verso il datore di lavoro.

L'organizzazione del lavoro non dipende che marginalmente dai medici e rende probabili "*condotte colpevoli plurime*" di difficile identificazione.

NUOVO RUOLO DEL CONSULENTE TECNICO

Oggi il consulente tecnico del Pubblico Ministero "*pesa di più*" degli altri consulenti, cosicché "*la perizia fa sentenza*". Ebbene, nelle ASL/ULSS, domani il perito dovrebbe aiutare i Colleghi ad evitare gli errori medico-legali e dovrebbe far parte dei Collegi Arbitrali Tecnici proposti in precedenza. Il Consulente Tecnico potrebbe essere il collettore delle "*segnalazioni anonime degli errori*" e potrebbe costituire un elemento essenziale di quella UNITA DI RISK-MANAGEMENT, che molti ritengono fondamentale per gli ospedali del futuro. L'Unità di R. M. dovrebbe fornire pareri organizzativi vincolanti per il DG e potrebbe consentire l'abbattimento dei costi assicurativi e di quelli legati alla "*non qualità*"; di quelli legati agli "*errori eliminabili*"; di quelli legati alla "*ignoranza*" delle regole, delle norme e dei doveri (cartelle, referti, consulenze).

Ma esistono errori ineliminabili: in diagnostica radiologica (10% dei casi) anatomia patologica (0,26-1,2% dei casi: interpretazioni soggettive, quadri precoci, tecniche ancillari), in psichiatria (TSO, carenze dei SERT, aspetti organizzativi), in chirurgia (consenso esteso, lavoro d'équipe, fase postoperatoria, day-surgery).

Anche se il 50% degli eventi avversi avviene in Chirurgia, nessuna specialità ne è esclusa. Gli eventi avversi e gli errori costano in Australia 4700 miliardi di lire l'anno. La loro prevenzione

perciò è un risparmio.

Ma, per prevenire, occorre:

- a) monitorare gli errori;
- b) migliorare la qualità;
- c) informare medico e paziente.

Ecco allora che il Medico legale, oggi visto come avversario dai colleghi, può diventare utilissimo: nella informazione sui “rischi tipici”, nel “consiglio spicciolo”, nell’individuare gli aspetti organizzativi, presumibilmente rischiosi.

QUESTIONI APERTE

Il terreno è minato e moltissime sono le questioni aperte.

1. Qual è l’equilibrio tra la legge e l’attività medica?
2. Come si possono monitorare gli errori senza esporre il personale? (BMJ 320, 728, 2000).
3. Quali sono i modelli organizzativi adatti agli eventi sanitari? (JAMA 283, 1742, 2000).
4. In Sanità, quali relazioni legano la responsabilità contrattuale (paziente-struttura) a quella extracontrattuale (medico-struttura)?
5. Se il contratto è tra paziente e struttura, perché la denuncia del paziente non è obbligatoriamente verso la struttura e non verso i sanitari? La responsabilità civile del datore di lavoro (Art. 1228 e 2049 del C. Civile) assorbe quella del dipendente anche per gli atti dolosi e colposi. Ma il medico (dirigente o dipendente?) resta responsabile nei confronti del datore di lavoro, verso cui (Dlgs 29/93) ha un rapporto di natura professionale extracontrattuale (C. Civile), con reciproche obbligazioni. E allora?
6. Oggi gli eredi del leso potrebbero agire, simultaneamente, contro il medico (responsabilità extracontrattuale) e contro l’Ente (responsabilità contrattuale). Doppia azione civile, con doppia richiesta di danno, con duplici problemi.
7. In caso di contemporaneità di azione civile e di azione penale, una stessa vicenda potrebbe dare l’avvio a 3 azioni legali diverse.
8. In caso di denuncia, qual’ è il percorso migliore per tutelarsi?
9. In presenza di “azioni potenzialmente rischiose” come va ottenuto un consenso informato legalmente inattaccabile? E come dimostrare che si ha a che fare con un paziente ad alto rischio? E come tutelarsi dal “rischio-struttura”?
10. Se la cartella clinica è un “atto pubblico di fede privilegiata”, a chi spetta garantire la regolarità della cartella stessa, ossia l’assenza di atti compatibili con la FALSITÀ MATERIALE (Art. 476-479, relativa ai fatti ed alla compilazione) o con la FALSITÀ IDEOLOGICA (alterazione della verità dei fatti) nonché la sua TUTELA (archiviazione)?

ASPETTI ASSICURATIVI

L’aggravarsi delle patologie, l’esplosione delle conoscenze, l’ineliminabilità dei rischi, le norme di legge, le carenze organizzative, l’errore in agguato, l’aspettativa dei pazienti, le statistiche, la rivalsa.

Almeno 10 buoni motivi per avere un’assicurazione professionale, non solo individuale, ma anche personale, anzi “personalizzata”, ossia costruita tenendo conto delle attività realmente svolte e di tutti i rischi professionali. Un’assicurazione equa per massimali e per regole; comprensiva di tutela legale e di eventuali periti. Disdicibile e migliorabile con semplicità...

Un’assicurazione che non sia solo un pezzo di carta con clausole misteriose e restrittive, ma sia un servizio... ben prima dell’evento spiacevole ...

Un consorzio assicurativo nazionale dovrebbe farsi carico dei “rischi sanitari impossibili”, come avviene nel settore automobilistico.

IN CONCLUSIONE

Il grave problema del rischio professionale va affrontato e risolto, con una serie coordinata di azioni.

1. **In tempi rapidi**, la definizione degli aspetti assicurativi (Art. 24 e 25 del CCNL 8/6/2000);
2. **In tempi medi**, una sensibilizzazione della categoria e dell’opinione pubblica (=Associazione dei consumatori) sul problema del rischio sanitario;
3. **In tempi lunghi**, una modifica legislativa “*minimale*” (Codice civile e Codice penale) che modifichi il modo di affrontare e di valutare i rischi sanitari. Vanno definiti:
 - a) Il rapporto contrattuale tra Paziente e ASL;
 - b) Il rapporto extracontrattuale tra ASL e Medico;
 - c) Una nuova graduazione delle “*colpe professionali*” ed un nuovo percorso processuale per gli errori sanitari.
 - d) La natura **civilistica e solo civilistica** dell’errore medico “*usuale*”;
4. **In tempi lunghi**, la presenza – su base almeno provinciale – di una *Unità di risk management*, che raccolga la casistica degli errori sanitari e che possa attivarsi sia autonomamente che su richiesta, anche sindacale.

Se il problema “*rischio sanitario*” è un problema reale. Se l’errore sanitario è ineliminabile, nonostante la formazione continua e la ricerca asfissiante di miglioramento della qualità. Se il sottofinanziamento della sanità è, esso stesso, elemento critico e spesso causale dell’errore sanitario. Se tutto ciò è vero, occorre intervenire.

La CIMO-ASMD ha costruito un pacchetto di proposte concrete, che pone all’attenzione ed alla riflessione del Ministro Castelli, del Governo, degli Assessori Regionali alla Sanità, dei politici e dei cittadini.

Proposte da discutere, ma soprattutto da concretizzare, perché il “*bene salute*” è un interesse primario, per tutti.

Stefano Biasioli
Presidente Nazionale CIMO-ASMD



DALLA MEDICINA DIFENSIVA ALLA MEDICINA OLISTICA

E' un tema importante, per il medico di oggi. Un tema trascurato nei Convegni ma ben presente nella pratica clinica di tutti i giorni e nelle teste dei nostri Colleghi, soprattutto dei medici ospedalieri.

La medicina difensiva è il frutto della medicina moderna ed è, soprattutto, una conseguenza della globalizzazione sanitaria, con diffusione anche in Europa ed in Italia del contenzioso tra paziente e medico, con esplosione delle cause (civili e penali) intentate dai pazienti (o dai loro parenti e dai loro eredi) contro i medici curanti.

Non scopro nulla se Vi racconto che è cambiato il rapporto medico-paziente. E' pesantemente cambiato, così come si è modificato quello tra medico ed infermiere; tra medico ed amministrativo; tra medico ed amministratore.

Da un lato, l'erronea percezione del pubblico che la medicina moderna abbia ucciso la morte.

Dall'altro, il venir meno del medico come "nume tutelare della salute", come esperto in tema di salute, cui affidarsi in modo totalmente acritico. Parroco, Medico, Sindaco: erano le tre autorità di un qualunque Paese, quaranta anni fa.

L'apertura indiscriminata della Facoltà di Medicina; l'assenza di filtri programmatori; la pletera medica sono tre tra i tanti fattori che hanno modificato il rapporto medico-paziente.

Il medico non è più il Consigliere di Famiglia (MMG) od il Barone (potente, lontano, sacralizzato) ma è un impiegato, di cui non ci si fida fino in fondo, salvi errori o felici eccezioni.

Da un lato, la certezza di una vita eterna. "... 78 anni per gli uomini ed 83 per le donne ma io supererò la media perché mia madre ha più di 90 anni ed anch'io"

Da un lato, la sensazione che la medicina faccia miracoli: di prevenzione, di diagnosi, di terapia, di risultati.

Dall'altro, la modestia del livello medio di professionalità; la disaffezione verso una delle più belle professioni; la frustrazione di una "dirigenza di latta" carica di responsabilità e di oneri, ma con pochi onori.

Dall'altro, la diffidenza verso il paziente, non più visto come una persona da interpretare (prima che da curare) ma come una "noia", un fastidio nell'arco di una giornata convulsa. Piena di tante scartoffie (più o meno urgenti), di statistiche da compilare, di budget da rispettare, di gare da organizzare, di scogli da superare.

E lui? Lui, il paziente viene visto spesso di corsa: sia che giaccia nel letto d'ospedale (ma allora ha più probabilità che, un giorno o l'altro, qualche medico lo ascolti) sia, soprattutto, a livello ambulatoriale. Quanti ambulatori frettolosi per pazienti che o conosci troppo bene o non conosci per nulla!

Quanti consigli telefonici, espressi senza "vedere" il paziente ma fidandosi solo del Collega! Quante consulenze scritte, senza la presenza fisica di Chi la consulenza ha richiesto e – quindi – conosce bene sia il paziente che i motivi che lo hanno indotto a chiedere (sbrigativamente) la consulenza stessa.

Quanti pazienti dimessi (perché serve il posto letto!) con diagnosi incomplete, perché mancano i referti delle più sofisticate indagini strumentali.

Quanti pazienti dimessi con la solo ricetta

Quante lettere di dimissione compilate 10-15 giorni dopo l'effettiva dimissione del paziente

Quanti pazienti rifiutati dal Pronto Soccorso, per assenza di posti letto

Quanti cardiopatici, uremici, oncologici, neurologici sbattuti da un reparto (anzi U.O.C. od U.O.A.C.!) all'altro, per assenza di posti letto specialistici.

“Non ho posto” ed il paziente gira, come un pacco postale, finchè non trova (dopo ore) un posto letto, inadeguato per la sua patologia

Pazienti come pacchi; pazienti e familiari imbufaliti; medici frettolosi e scostanti (la disfunzione organizzativa è sempre colpa degli altri); mancato coordinamento organizzativo, che cresce con la dimensione dell'ospedale. Quando la carta prevale sul colloquio diretto; quando “il pedonaggio” prevale sul telefono, ritardando i percorsi. Quando la professione diventa un impiego, con orario rigido.

“Per quello che mi danno faccio anche troppo”.

Ecco, la medicina difensiva parte da 4 elementi:

- normativi (appiattimento e demotivazione)
- contrattuali (assenza di carriera e di incentivazioni reali)
- organizzativi (revisione delle piante organiche e dell'assetto istituzionale) ed economici (lavoro usurante malpagato)

per essere “esaltata” da ulteriori momenti di criticità:

- il cronico sottofinanziamento del SSN
- i problemi di aggiornamento (ECM)
- i rapporti, carenti, tra ospedale e territorio
- l'emergenza sanitaria
- l'inomogenea distribuzione del carico di lavoro
- la riduzione dei posti letto per acuti
- le dimissioni “difficili” dei postacuti
- la malpractice
- l'assenza di linee guida e di percorsi codificati
- i “difficili rapporti medico-paziente”
- le carenze di comunicazione tra le diverse figure professionali

15, almeno 15 criticità, sono perciò alla base della Medicina difensiva.

Se queste sono le cause, quali sono gli effetti?

1. L'assenza di una chiara filiera gerarchica provoca uno scarico di responsabilità'.
Un esempio, per tutti. Ad un paziente con una IRC (insufficienza renale cronica di grado modesto) il medico curante, per medicina difensiva, non firma il “modulo di consenso e di rischio per una urografia. Conseguenze? Un ricovero di 3-4 giorni, per effettuare l'esame (in sicurezza), su richiesta del nefrologo e con rischio del nefrologo
2. L'assenza di chiare linee guida e di chiari protocolli terapeutici condivisi (dagli specialisti e dai medici del territorio) provoca una caterva di esami laboratoristici e strumentali, perché “non si sa mai”.
3. L'assenza di un ospedale virtuale (con messa in rete della cartella clinica di tutti i pazienti dell'Ulss) porta alla ripetizione di radiografie del TORACE inutili (negativo), di indagini strumentali sofisticate, di indagini di laboratorio costose (ormoni, omocisteina) ed alla cattiva utilizzazione delle informazioni cartacee (perse, non messe in ordine, arrivate in ritardo, viste in ritardo).

4. La cattiva organizzazione (tra Laboratorio e Reparti e tra Radiologia e Reparti) porta a ritardi di refertazione, a ritardi di trasmissione dei referti, a ritardi nella interpretazione degli stessi. E così, si creano le false urgenze: pre-notturne, pre-festive e festive.
5. Il super-lavoro dei pronto-soccorso (oberati da false urgenze) ha pesanti impatti sull'attività di ricovero e sull'esatta collocazione dei pazienti negli spazi specialistici idonei.
6. Le guardie notturne seguite dal lavoro diurno favoriscono gli errori, soprattutto in sala operatoria.
7. I mancati passaggi di consegna favoriscono il rischio
8. I mancati, frequenti, controlli della terapia portano a terapie incongrue, ad associazioni pericolose e ad errori evitabili.
9. Nel mucchio, sono evidenziabili alcuni comportamenti tipici:
 - a) quello del Collega che è sempre introvabile nei momenti critici;
 - b) quello del Collega che smonta dal Servizio senza informarti dei casi gravi o sottovalutando i casi gravi;
 - c) quello del Collega che – guarda caso – spaventa il paziente che, con Lui, rifiuta sistematicamente l'assenso per le procedure a rischio;
 - d) quello del Collega che sbologna il caso, sempre e comunque, al "Primario";
 - e) quello del Collega che criminalizza sempre il paziente, ritenendolo (per definizione) inaffidabile;
 - f) quello del Collega che si trincerava dietro i "moduli del consenso", come se la firma apposta sotto un modulo (senza un consenso reale) assolvesse sempre;
 - g) quello del Collega che evita per definizione ogni manovra rischiosa;
 - h) quello del Collega che rifiuta i rischi;
 - i) quello del Collega che fa "la voce fuori dal coro".

Cari Amici,

il mestiere del medico, soprattutto del medico ospedaliero, è oggi rischioso. Il più rischioso, se utilizziamo come parametro il rapporto rischio/guadagno.

Nell'arco di 20 anni di vita professionale, ognuno di noi – mediamente – riceve un avviso di garanzia, che gli modificherà la vita, personale e professionale, per gli ulteriori 20 anni.

- Dopo un avviso di garanzia, il camice bianco colpito non sarà più lo stesso. Nell'approccio al malato, nei comportamenti, nell'assunzione dei rischi.
- Dopo un avviso di garanzia, per mesi e per anni (la Giustizia è lenta, Lei!) quel camice bianco non sarà più lo stesso: avrà paura, sarà privo di quella fiducia che sta alla base del rapporto medico-paziente.
- Dopo un avviso di garanzia, quel camice bianco sarà solo e pieno di dubbi.

- E, se poi non sarà rinviato a giudizio o sarà assolto, non tornerà più come prima: brillante, deciso, ostinato.
Fare il medico, oggi, è rischioso.
- Lo si può fare, trincerandosi dietro a comportamenti difensivi “non faccio, rimando, lascio ad altri”
- Lo si può fare, coinvolgendo il malato: parlandogli e riparlandogli. Perché capisca, per essere certi che capisca Ma ciò implica un sostanziale cambio di mentalità: il tempo dedicato al malato, a parlare al malato, è tempo ben speso
- Lo si può fare tornando alla medicina olistica, che vede la persona e non la malattia. Che non confonde il colloquio con la debolezza o la perdita di autorità.....
- Lo si può fare, con la solidarietà di equipe e con una gestione costituita da un mix di democrazia e di decisionismo. Nella quale ciascuno conosca il proprio ruolo e nella quale la “solidarietà” e la “condivisione” siano beni quotidiani.

La medicina difensiva non è “vera” medicina. Perché chi si nasconde dietro alle carte, ai moduli, alla lentezza del sistema rinuncia ad essere un professionista medico, ma sceglie (per viltà e per comodità) di fare l’impiegato.

Le difficoltà, i dubbi, gli ostacoli divengono montagne insuperabili perché manca l’equipaggiamento (la strumentazione) e l’allenamento (la volontà).

La medicina difensiva è all’antitesi sia del medico ippocratico che del medico del Vangelo.

“Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico ...”

La medicina, oggi, è uno stretto sentiero di montagna pieno di insidie e di pericoli.

E’ una arrampicata da affrontare in cordata e non in solitaria.

Senza il gioco di squadra, non c’è vera medicina ma cosmica e poco efficace solitudine.

La medicina difensiva presuppone una scelta “mentale”, prima ancora che “reale”. “Non sono disponibile al rischio comunque”.

“Faccio di tutto per evitare le situazioni a rischio”, senza sapere che – per la Magistratura – la responsabilità è anche collettiva, perché coinvolge tutti coloro che sono stati professionalmente a contatto con quella vicenda clinica finita male.

E’ un esempio di ieri. Un feocromocitoma aggredito per via laparoscopica prima e per via classica poi; una lesione della cava; una trombosi della cava; un’insufficienza renale in rianimazione; un quarantenne in pericolo di vita. Chirurghi, anestesisti, radiologi, laboratoristi, nefrologi, rianimatori.....

Riceveremo tutti un avviso di garanzia? Se qualcuno ha sbagliato le scelte chirurgiche saremo tutti a rischio?

Beati gli ospedali con le Unità di Risk management e con la possibilità di fruire di consulenze preventive rispetto alla denuncia.

La medicina difensiva cosa avrebbe fatto? Avrebbe detto ai parenti che il chirurgo non ha studiato bene il paziente, che il chirurgo ha sbagliato tipo di intervento.

La medicina normale, invece, cercherà di fare il possibile perché quel paziente possa, almeno, superare il periodo postoperatorio, utilizzando tutte le risorse tecnologiche a disposizione.

Vedete, la medicina aggressiva può provocare una risposta di tipo difensivo, se si pensa più a se stessi che al malato.

La medicina aggressiva crea un danno, che deve essere tamponato da una buona prassi clinica ma, soprattutto, da un corretto approccio al malato.

Se nego il danno e mi nascondo; se nego il danno e lo nascondo all’interessato: aggiungo errore ad errore e rischio a rischio.

No, non Vi sto facendo un pistolotto clericale.

Forse, da me Vi aspettavate (per il ruolo sindacale che rivesto) un discorso sindacale, pratico.

Commi ed articoli del Codice Civile e del Codice Penale. Commi ed articoli di contratti e di decreti ministeriali, che non tengono nel dovuto conto gli aspetti peculiari della professione medica e dell'atto medico. Che dimenticano che, anche in Medicina, l'errore umano non può essere azzerato ma solo ridotto...

Invece no. Ho voluto farVi riflettere, perché – tornando nei Vostri Reparti – capiate e facciate capire che la solidarietà d'equipe e la voglia di miglioramento sono gli unici mezzi per evitare la medicina difensiva e per ridurre il rischio professionale.

Ridurre, non eliminare! Perché errare è umano. Ma, come dice l'Avv. Faletti, errore non è sinonimo di colpa.

Continuare ad essere medici, questa è la sfida!

Stefano Biasioli

Padova, 25 febbraio 2006

**PROPOSTA DI UN DDL CIMO-ASMD SUL RISCHIO CLINICO
(Roma, 17/03/2005)**

Art. 1 – Responsabilità per danni occorsi in strutture sanitarie.

1. La responsabilità civile conseguente a fatto lesivo colposo imputabile al personale delle Aziende Sanitarie ed a danno di terzi fa capo alla struttura di appartenenza e la relativa azione si esercita con le modalità di cui all'art. 4.

Art. 2 – Assicurazione obbligatoria RCT – RCO delle Aziende Sanitarie.

1. E' fatto obbligo a ciascuna Azienda Sanitaria del SSN, struttura o ente privato operante in regime autonomo o di convenzione con il SSN, struttura o ente che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi, di dotarsi di copertura assicurativa RCT/RCO a vantaggio dei propri dipendenti e collaboratori, del personale tutto, a qualunque titolo operante, e di qualsiasi soggetto che si sottoponga a prestazioni sanitarie o si trovi, a qualunque titolo, a frequentare quegli ambiti.
2. Il massimale minimo per le garanzie suddette è fissato dalla Regione con cadenza biennale. In prima applicazione, esso non può essere inferiore a € 10.000.000,00.

3. La Regione e le Province Autonome di Trento e Bolzano provvedono ad adottare, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, Linee Guida Regionali (o provinciali) per l'applicazione dell'obbligo di stipula di polizza assicurativa RCT / RCO per le Aziende, le strutture e gli enti di cui al co. 1
4. La stipula e la vigenza di polizza assicurativa, in coerenza con le Linee Guida di cui al co. 3, è condizione per l'accreditamento o la convenzione di enti o strutture private e per il finanziamento dell'attività di istituto per le Aziende Sanitarie del SSN.
5. L'assicuratore non può opporre al terzo eccezioni di carattere contrattuale, tranne che si tratti di mancato versamento del premio cui consegue il regime di cui all'art. 1901 c.c.

Art. 3 – Contenuto della garanzia assicurativa

1. Per effetto del ricorso a prestazioni di natura e contenuto sanitario presso le Aziende, Enti e strutture di cui all'art. 1 co 1, si instaura tra il soggetto richiedente e l'Azienda, Ente e struttura erogante un rapporto di carattere contrattuale.
2. Oggetto della garanzia assicurativa è il risarcimento del danno che, per effetto di inadempimento o di altro comportamento, di natura colposa, sia derivato al terzo per fatto comunque riconducibile alla responsabilità dell'Azienda, ente o struttura che ha erogato la prestazione.
3. La garanzia assicurativa ricomprende altresì il risarcimento del danno o l'indennizzo che spetta allo Stato, all'Ente territoriale di riferimento, all'Azienda, ente o struttura privata (limitatamente al rapporto di accreditamento o convenzione) per fatto colposo del dipendente che determini un pregiudizio di natura patrimoniale.
4. La garanzia assicurativa RCO vale per i soggetti che, a qualunque titolo, svolgano attività lavorativa presso le Aziende, enti e strutture di cui all'art. 1 co. 1 e per i quali sia prevista l'obbligatoria iscrizione all'assicurazione INAIL, a prescindere dal fatto che la stessa sia stata effettivamente svolta. Sono espressamente ricompresi nella medesima i soggetti che, a titolo precario e senza corrispettivo, frequentino, anche occasionalmente, gli ambiti suddetti a meri fini di apprendimento.
5. Ai fini tutti della presente legge, i beneficiari della garanzia RCO sono terzi tra loro e verso il soggetto giuridico di appartenenza.
6. La garanzia assicurativa RCT – RCO è obbligatoriamente estesa alla responsabilità personale del singolo operatore presso i soggetti di cui all'art. 1 co. 1. A tal fine, è escluso il diritto di rivalersi verso il responsabile da parte dell'assicuratore e delle Aziende, Enti e strutture di appartenenza, tranne che in caso di dolo.

Art. 4 Esercizio dell'azione

1. Il soggetto danneggiato esercita l'azione diretta convenendo in giudizio l'Azienda, ente o struttura di cui all'art. 2 co. 1 e l'assicuratore, trascorsi novanta giorni dalla data di ricevimento della richiesta risarcitoria stragiudiziale inviata ai medesimi soggetti e corredata da idonea documentazione medica, dichiarando, nel contempo, che i postumi lesivi sono stabilizzati nonché la propria disponibilità ad acconsentire agli accertamenti, ai controlli ed alle verifiche che si reputino necessarie.
2. Il termine di cui al co. 1 decorre dalla data di ricevimento della comunicazione del danneggiato dell'avvenuta stabilizzazione dei postumi, nel caso di lesioni con reliquati permanenti.

3. Entro lo stesso termine, l'Azienda, ente o struttura interessati o il loro assicuratore comunicano al danneggiato la somma offerta ovvero indicano i motivi per i quali non ritengono di formulare offerta.
4. In caso di accettazione dell'offerta, il relativo pagamento deve seguire entro i successivi venti giorni.
5. In caso di mancata accettazione, la somma offerta deve comunque essere versata nello stesso termine e va computata quale acconto sulla liquidazione definitiva del danno.
6. E' ammessa la liquidazione, con ordinanza provvisoriamente esecutiva, in ogni stato e grado del giudizio, di somme a titolo di anticipazione sul risarcimento del danno o sull'indennizzo, qualora ricorrano i contemporanei presupposti dei gravi indizi di responsabilità e dello stato di bisogno.
7. E' facoltà delle parti deferire la composizione della controversia ad un Collegio arbitrale, composto da tre membri, uno per ciascuna delle parti litiganti ed il terzo, con funzioni di Presidente, scelto di comune intesa tra i primi due o, in difetto, dal Presidente dell'Ordine dei Medici competente per territorio rispetto al luogo ove si è verificato il fatto lesivo. Si applicano a tale procedura le disposizioni di cui agli artt. 806 e segg. cpc, salva la facoltà delle parti di consentire al Collegio di comporre o di decidere la lite secondo equità.

Art. 5 Albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici di ufficio per vertenze di responsabilità medica

1. E' istituito l'albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici di ufficio per le vertenze riguardanti i casi di responsabilità professionale sanitaria, le cui modalità costitutive e di esercizio sono disciplinate da decreto del Ministro della Salute da emanarsi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.
2. Possono richiedere l'iscrizione all'albo i medici laureati ed abilitati all'esercizio della professione, specialisti in medicina legale o titolari di altra specializzazione, il cui intervento è limitato all'ambito professionale della specializzazione posseduta.
3. La tenuta e l'aggiornamento dell'Albo sono demandate ad apposita Commissione, presieduta dal Presidente del Consiglio Superiore di Sanità, membro di diritto, e composta da ulteriore otto membri. Modalità di nomina e di durata in carica e di funzionamento della Commissione sono stabilite dal decreto di cui al co. 1.
4. Nelle vertenze, giudiziali o arbitrali, aventi ad oggetto richieste risarcitorie conseguenti a fatti professionali ascritti a personale sanitario, i consulenti tecnici di ufficio e gli arbitri sono nominati tra soggetti iscritti all'albo di cui al co. 1, con priorità tra coloro che sono specializzati nella disciplina sul cui esercizio verte il contenzioso.

Art. 6 Unità di risk management

1. Ciascuno dei soggetti di cui all'art. 2 co. 1 individua, all'interno della propria organizzazione o con il ricorso a soggetti esterni specialisti della materia, una unità di risk management alla quale compete, quantomeno e salvo integrazioni da definirsi dalla Regione o dalle Province Autonome e salvo il potere organizzatorio delle singole Aziende, (i) di definire, anche in contraddittorio con le OO.SS. della dirigenza e della dipendenza, le situazioni di rischio determinate dalle vischiosità delle procedure in atto, indicando le soluzioni da adottarsi per il loro superamento, (ii) di individuare, anche in contraddittorio con gli organi di prevenzione interni quali indicati dalle vigenti disposizioni in materia di sicurezza e salute dei lavoratori, le situazioni e

le modalità prestazionali potenzialmente rischiose, anche sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro, indicando le soluzioni da adottarsi per il loro superamento, (iii) di interagire con i soggetti coinvolti e con l'assicuratore le volte in cui si verifichi un fatto che importi l'attivazione della copertura assicurativa obbligatoria, (iv) di costituire organo di consulenza in materia assicurativa, di analisi del rischio e di adozione di presidi o procedure di suo superamento a vantaggio dei soggetti di cui all'art. 1 co. 1 e di quanti, nel loro ambito, siano dotati di poteri decisionali.

2. L'unità di risk management è organo di staff della direzione generale. Nello svolgimento dei compiti di cui al co. 1 e di quelli che gli sono attribuiti dalla Regione o dalle Province Autonome con l'atto di cui all'art. 2 co. 3, i suoi componenti sono svincolati da rapporti di gerarchia.

Art. 7 Rinvio alla contrattazione collettiva

1. I principi di cui alla presente legge non sono derogabili in pejus nell'ambito della contrattazione collettiva, pubblica o privata, relativa alla dirigenza ed al comparto sanitario.
2. Spetta alla contrattazione collettiva nazionale, regionale e locale di adattare i principi suddetti alle singole realtà di settore e di risolvere l'applicazione dei medesimi riguardo a istituti peculiari quali l'esercizio della libera professione intra moenia, anche allargata.

Art. 8 Abrogazioni

1. Sono abrogate, limitatamente all'obbligo di esercizio dell'azione per responsabilità erariale nel caso di colpa grave, le disposizioni in materia di cui al DPR 10.1.57 n. 3 e ogni altra disposizione in proposito.