

RASSEGNA STAMPA RISK MANAGEMENT 2013

COMMISSIONE ERRORI DELLA CAMERA: 570 CASI DI MALASANITÀ SOTTO LALENTE. LA RELAZIONE FINALE (Fonte: sito web www.sanita.ilsole24ore.com – 22 Gennaio 2013)

Incongruenze evidenti, come quella relativa al rapporto tra posti letto e personale medico, in cui spesso la prima cifra è più bassa, paradossalmente, della seconda. Spesa sanitaria ancora troppo elevata con particolare incidenza del costo del personale che nel 2011 si attesta al 32,2%. Debiti verso i fornitori che producono interessi moratori che incidono negativamente sui risultati d'esercizio.

Errori sanitari che mostrano un'Italia divisa, in cui regioni in cui si spende di più per la sanità sono anche quelle in cui la stessa è di peggior qualità. Sono le maggiori criticità riscontrate dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e i disavanzi sanitari, in particolare nelle Regioni sottoposte a piani di rientro e che emergono dalla relazione finale presentata oggi.

Oltre a un'indagine sulla domanda di salute degli italiani, con particolare riferimento alla necessità di investire maggiori risorse nelle cure delle malattie croniche e in una migliore e più diffusa prevenzione di patologie tumorali, la relazione mette a fuoco le problematiche di alcuni Regioni. Per quanto riguarda la sanità campana, risultano gravissimi alcuni elementi emersi: incarichi irregolarmente ricoperti e conferiti senza pubblico concorso presso molte aziende sanitarie locali e acquisizione di beni senza il rispetto delle procedure di evidenza pubblica presso l'ospedale di Sorrento, come segnalato dalla Commissione alla magistratura inquirente.

In Sicilia l'inchiesta condotta ha evidenziato il permanere di gravi criticità finanziarie e della situazione fortemente debitoria della maggior parte delle aziende sanitarie, in particolare quella di Messina, unite all'effetto annuncio di misure e interventi non realizzati, come la ristrutturazione della rete ospedaliera, i Pta (o medicina territoriale) e la mancata costruzione dell'Utin dell'ospedale Bambino Gesù di Taormina, ancora sprovvisto di un reparto di terapia intensiva neonatale a danno dei piccoli pazienti del reparto di cardiocirurgia.

A essere interessati da fenomeni di malagestio, anche regioni dall'assistenza sanitaria mediamente di buon livello, come la Toscana, dove il disavanzo della Asl n. 1 di Massa, pari a 1.500.000 euro ha fatto emergere logiche politiche e interessi di carriera vertenti sulle aziende sanitarie, divenute in alcuni casi centrali di creazione di consenso.

Tra le altre regioni oggetto di indagine il Lazio, la Puglia, il Piemonte, Liguria.

«Una preoccupazione diffusa rispetto allo stato di salute del nostro Sistema sanitario nazionale spinge il cittadino a rivolgersi al privato o si traduce in una mobilità sanitaria elevatissima, ulteriore aggravio di spesa per le regioni più povere, in particolare nel caso ad esempio della procreazione medicalmente assistita», ha detto il presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta, Antonio Palagiano. «Crescono le denunce per malpractice e, di conseguenza - ha aggiunto - cresce la medicina difensiva da parte dei medici che cercano così di autotutelarsi, visto che il sistema assicurativo spesso preclude loro la possibilità di stipulare polizze. Un problema evidenziato di recente da ostetrici e ginecologi italiani, che subiscono una mancanza di politiche di tutela nei loro confronti, al punto da esser spinti ad uno sciopero, mai verificatisi in precedenza».

La malasanità. In Italia, in media, ogni mese si contano circa 13 casi di presunta malasanità che finiscono sotto la lente d'ingrandimento della Commissione. Analizzando nel dettaglio la tabella della Commissione si scopre che 261 decessi sono legati a presunti errori medici e 139 a inefficienze di vario tipo. Ma il dato che balza agli occhi è un altro: circa la metà del numero totale dei decessi (400) si è registrata in due sole regioni: Calabria (87) e Sicilia (84).

L'analisi, se da una parte fa emergere il capillare lavoro svolto dalla Commissione, dall'altra mostra il lato sinistro della sanità nazionale: su 570 casi monitorati, ben 117 si sono verificati in Sicilia, 107 in Calabria, 63 nel Lazio, 37 in Campania, 36 in Emilia Romagna e Puglia, 34 in Toscana e Lombardia, 29 in Veneto, 24 in Piemonte, 22 in Liguria, 8 in Abruzzo, 7 in Umbria, 4 nelle Marche e Basilicata, 3 in Friuli, 2 in Molise e Sardegna, 1 in Trentino.

Anche per quanto riguarda i decessi intesta alla classifica sono Calabria e Sicilia. Tra gli episodi all'esame della Commissione errori, i morti legati a presunti (finché la magistratura non li accerta) casi di malasanità in terra calabrese sono stati 87, in Sicilia 84. Seguono il Lazio con 42 morti, Campania 30, Emilia Romagna 28, Puglia 25, Toscana 22, Piemonte 18, Veneto 16, Liguria 14, Lombardia 13, Abruzzo 8, Basilicata e Umbria 3, Sardegna e Friuli 2, Trentino, Marche e Molise 1.

Gli episodi di malasanità non sempre però hanno a che fare con l'errore diretto del camice bianco. Spesso sono figli di disservizi, carenze, strutture inadeguate. Tutte lacune del Ssn che la Commissione cataloga come 'altro'. Su 186 casi totali registrati in tutto il Paese (che potrebbero aver causato 139 vittime), 45 riguardano gli ospedali siciliani, 28 le strutture del Lazio, 20 quelle della Calabria. E ancora: 17 casi si sono verificati in Emilia Romagna, 15 in Puglia, 10 in Lombardia, Veneto e Campania, 8 in Piemonte, 7 in Liguria e Toscana, 3 in Abruzzo, 2 in Sardegna, 1 a testa in Friuli, Marche, Molise e Basilicata.

Ticket: il rischio franchigia. L'ipotesi di eliminare in sanità ticket ed esenzioni introducendo invece un meccanismo di franchigia proporzionale al reddito lordo «appare tuttavia da verificare» perché potrebbe causare «l'impossibilità di un trattamento tempestivo, risolutivo e poco costoso, e l'aumento delle possibili complicazioni, delle eventuali possibilità di contagio e della generale morbilità», scrive la Commissione.

«Così impostato questo sistema - spiega la Commissione - dovrebbe frenare maggiormente i primi accessi al sistema, mentre non determinerebbe alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti, basandosi sull'ipotesi che l'inappropriatezza stia più tra i primi che tra i secondi. Se, tuttavia, a una migliore analisi tale impianto dovesse risultare come capace di orientare positivamente la domanda, è indubbio che la sua attuazione potrebbe essere uno strumento efficace per garantire la sostenibilità del sistema, compatibilmente con la salvaguardia degli imperativi etici che lo contraddistinguono».

Secondo la Commissione parlamentare «è necessario poter garantire ai cittadini l'accesso alle cure attraverso una partecipazione solidaristica e progressiva alle spese, evitando il più possibile gli effetti negativi della compartecipazione ai costi mediante ticket standardizzati».

«Una tale politica basata sull'efficacia e sulla sostenibilità dovrebbe essere capace di orientare la domanda di salute in senso virtuoso, limitando i fattori di distorsione legati alla richiesta di prestazioni superflue, senza ostacolare l'accesso al sistema di coloro che delle cure mediche hanno bisogno, ma che, al contempo, incontrano maggiori ostacoli nel farsi carico dei costi aggiuntivi».

«Esigenze di carattere etico impongono, infatti, la necessità di utilizzare le compartecipazioni al costo dei servizi non solo come fonte di finanziamento delle prestazioni, ma anche come strumento di governo del sistema, utile a contenere la domanda di prestazioni inappropriate e con bassa efficacia, senza che venga invece pregiudicata anche la domanda di prestazioni sanitarie con elevata produttività in termini di salute», conclude la Commissione.

Medici e posti letto. Nelle Regioni con i conti della sanità in rosso il rapporto tra medici e posti letto mostra delle «incongruenze evidenti» e il confronto con le regioni del Nord è impietoso: si passa da circa 6 medici ogni 10 posti letto effettivi in Friuli Venezia Giulia, provincia autonoma di Trento e Marche, ai 12 camici bianchi ogni dieci posti letto in Sicilia; 11,8 in Basilicata; 11,1 in Calabria. E non va meglio il Lazio, con 11,3 medici ogni 10 posti letto, secondo la relazione conclusiva della Commissione.

«In sostanza - spiega la Commissione nella sua relazione - in base ai questionari pervenuti, la Sicilia sembra evidenziare un numero di dipendenti medici, ogni dieci posti letto effettivi, pari al doppio di quelli presenti in Friuli, nella provincia di Trento e nelle Marche». Presentano invece valori vicini alla media nazionale (otto medici per dieci posti letto) la Toscana, l'Emilia Romagna e l'Abruzzo.

«E' chiaro che, se per far funzionare lo stesso numero di posti letto ci sono realtà regionali che utilizzano risorse umane doppie, cioè non potrà che far lievitare in maniera esorbitante la spesa sanitaria senza aggiungere niente ad appropriatezza ed efficacia delle cure», dichiara in merito il presidente della Commissione, Antonio Palagiano. «Emerge evidente anche da questo dato - prosegue - lo scarto regionale tra Nord e Sud, che parla di un Paese diviso da una sanità ancora disomogenea. Un'Italia federale non può essere un'Italia che vede garantito il diritto alla tutela della salute in modo diverso da Regione a Regione. Di fronte alle sfide che il federalismo ci prospetta, il primo, imprescindibile, punto da cui partire, è la necessità di garantire ad ogni cittadino italiano, pari accesso alle cure».

GLI ERRORI SANITARI COSTANO CARO ALLA SANITÀ PUBBLICA

(Fonte: sito web <http://www.anioinforma.it> - 17 Giugno 2013)

I danni causati dagli errori medici impongono un notevole impegno non solo finanziario per essere affrontato. Le problematiche mediche non hanno trovato risoluzione con la legge Balduzzi, complicando una situazione già complessa. I tribunali, così sono chiamati a mediare e a decidere su un mondo in profonda evoluzione

Lo sviluppo della tecnologia e il miglioramento delle procedure mediche hanno permesso di salvare innumerevoli vite nel corso dei decenni. Tuttavia, un effetto paradossale è che hanno permesso di far emergere errori del personale medico, mostrando i limiti della loro preparazione. Così, si è assistito a un' involuzione, dove il medico da figura riverita è divenuto una preda ambita per avvocati, per cittadini disperati o avidi e per le compagnie assicurative. I medici non sono rimasti a guardare e molti hanno sviluppato la c.d. "Medicina difensiva".

I professionisti, in pratica, prescrivono esami, analisi e medicinali superflui, pur di garantirsi legalmente da eventuali errori, dimostrando di aver fatto l'impossibile per individuare eventuali complicanze. Questo comportamento, però, costa annualmente alle finanze pubbliche italiane 13,5 miliardi di euro e non impedisce la valanga di esposti e cause contro i medici. Il totale dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è, infatti, cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila.

La stima del numero di sinistri segnalati dalle imprese di assicurazione italiane nel 2009 è stato di oltre 34.035, di cui due terzi relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie. Secondo questi dati, si scopre che ad aumentare è sia il numero delle denunce contro i singoli professionisti (12.559 contro 11.851 dell'anno precedente) sia contro le Asl (21.476 contro 17.746 del 2008). Si tratta di una crescita notevole, accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici, passati dai 35 milioni del '94 ai 485 milioni del 2009.

Di questi, circa il 60% è riferito a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 40% concerne contratti stipulati dai professionisti sanitari. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni rilevati (1999-2009) si attesta al 12,5%. Su 35.681 procedimenti di 54 Procure, 586 sono riferiti a medici, 240 risultano conclusi, di cui il 98,8% con una archiviazione, due con una condanna e uno con un'assoluzione. La quota di archiviazioni sul totale dei procedimenti avviati a carico del personale sanitario è del 40,4%.

Queste questioni, di recente, sono state al centro di un convegno, organizzato dall'A.giu.s, Associazione giuristi siciliani, dalla D.BI editore, azienda leader nel campo della scienza giuridica, e dall'Anio, l'Associazione nazionale Infezioni Osteo-articolari. Il meeting si è tenuto a Palermo a Palazzo dei Normanni nella prestigiosa Sala Gialla ed ha trattato anche le novità normative emerse di recente.

La legge Balduzzi, infatti, nata dalla conversione del precedente decreto-legge n. 158 del 2012, mira a evitare i contenziosi legali che stanno imponendo costi economici non facili da gestire. In questo senso, l'articolo 3 della legge assicura le linee-guida come unico strumento infallibile che, se seguite, impediscono i ricorsi legali per colpa lieve. Tuttavia, le responsabilità civili degli errori da parte dei medici sono ancora riconosciuti, creando un controsenso giuridico.

Non solo, ma il legislatore ha dimenticato che si tratta pur sempre di precetti e di consigli sulla migliore procedura da adottare. Tali procedure, però, non sempre sono valide per tutti i casi, perciò il medico non è esonerato dalle sue responsabilità. Inoltre, la salute dei pazienti non può essere sacrificata per mere ragioni economiche come già ha sentenziato la Cassazione. Il giudice cui sono affidati i casi, quindi, sarà chiamato a decidere la validità di una procedura medica, mediando in un settore dove manca una definizione di colpa lieve, colpa grave e atto medico. I problemi, quindi, non sono ancora risolti, anzi il quadro si è complicato in un mondo dove i cambiamenti sono costanti.

SANITA': 3 ERRORI DENUNCIATI OGNI 1000 RICOVERI IN OSPEDALI PUBBLICI

(Fonte: sito web www.adnkronos.com - 12 Marzo 2013)

Negli ospedali pubblici italiani si registrano circa 3 errori medici ogni 1000 ricoveri. La principale causa di richiesta di risarcimento danni da parte dei pazienti sono gli errori chirurgici (30%), seguiti da quelli diagnostici (16%). Sinistri che costano caro al Servizio sanitario nazionale: tra il 2010 e il 2011 i costi

assicurativi per le aziende sanitarie pubbliche sono cresciuti in media del 27%: per garantirsi una adeguata copertura 'anti-errore' sono stati spesi in media 3.400 euro a posto letto. E' quanto emerge dai due report Medmal Claims di Marsh, leader nell'intermediazione assicurativa, che prendono in esame 95 strutture ospedaliere/sanitarie pubbliche, e 52 private accreditate e non. Grazie a questo campione d'indagine Marsh ha potuto 'tastare il polso' della sanità in Italia nell'arco di 8 anni (2004-2011).

Secondo i dati del report, si registrano 10,43 sinistri ogni cento posti letto, 2,78 ogni mille ricoveri, 18 eventi ogni cento medici e 7,6 ogni cento infermieri. Il rischio si riduce notevolmente, però, nelle strutture altamente specializzate: nelle aziende sanitarie e ospedaliere di base, non specialistiche, il tasso è pari a 22,42 ogni cento posti letto e 6,79 ogni mille ricoveri; nei policlinici si registra un tasso pari a 27,22 ogni cento posti letto e 6,44 ogni mille ricoveri; nelle aziende monospecialistiche si contano 16,94 eventi ogni cento posti letto e 3,72 eventi ogni mille ricoveri. A conferma di questo elemento si aggiunge il dato complessivo delle richieste danni in base alla tipologia di struttura sanitaria e/o ospedaliera: le strutture sanitarie di primo livello registrano il maggior numero di richieste danni pari al 55% (19.252), seguono le strutture di secondo livello (ospedali ad alta intensità di cura o ad alta specializzazione) 24% (8.398) e gli ospedali universitari 18% (6.319). Molto distanziate sono le strutture specialistiche monotematiche come quelle ortopediche 1,53% (534), materno infantile 1% (327) e quelle oncologiche 0,30% (90).

All'origine delle richieste di risarcimento ci sono principalmente le lesioni (78%) seguite dai danni alle proprietà (11%). Solo nel 7% dei casi si tratta di decesso. Gli errori chirurgici (30%) sono al primo posto; seguono gli errori diagnostici (16%), gli errori terapeutici (10%), le cadute di pazienti e visitatori (10%), i danneggiamenti a cose (6%) e gli smarrimenti e furti (5%). Ortopedia (15%) è la specialità clinica maggiormente interessata, ma hanno totalizzato percentuali elevate anche i danni da struttura e parti comuni (14%), pronto soccorso (13%), chirurgia generale (12%) e in misura inferiore contribuiscono anche ostetricia e ginecologia (7%) e medicina generale (3%).

Per quanto riguarda invece il settore privato, al Nord si registra la percentuale maggiore dei sinistri per singola struttura sanitaria. Complessivamente sono state raccolte 3.286 richieste di risarcimento danni, con un incremento progressivo del numero fino al 2009 e una flessione negli anni 2010 e 2011. Geograficamente, le richieste di risarcimento danni per singola struttura sanitaria si attestano al 66,34% al Nord, al 12,51% al Centro e 21,15% al Sud. A guidare la classifica per tipologia di rischi è il rischio clinico con l'81,62%. Seguono i rischi relativi alla struttura (eventi in aree comuni, parcheggi, scale, ecc. tranne gli infortuni e i danni alla proprietà) con l'8,67%, i danni alla proprietà (oggetti personali, protesi, ecc.) con il 5,84% e i rischi professionali con l'1,07%.

Anche nel privato all'origine delle richieste di risarcimento ci sono principalmente le lesioni (82,59%) seguite dai decessi (8,79%) e dai danni alle proprietà (5,81%). Gli errori chirurgici sono i più reclamati (36,91%), seguono gli errori terapeutici (10,38%), gli errori diagnostici (10,16%), le cadute di pazienti e visitatori (8,52%), le infezioni (5,05%), gli errori da procedura invasiva (3,8%). Percentuali contenute riguardano gli errori da parto/cesareo e gli errori anestesiolgici, entrambi al 2,65%.

Secondo gli esperti della Marsh, "rispetto all'ospedalità pubblica, si nota un minore impatto del pronto soccorso perché molte strutture non offrono questo servizio, ma s'inseriscono specialità come l'odontoiatria, la cardiocirurgia e in taluni casi la chirurgia plastica. Ecco la classifica delle specialità cliniche maggiormente interessate: Ortopedia (13,54%), struttura e parti comuni, (11,99%), Chirurgia Generale (7,97%), Ostetricia e Ginecologia (4,78%), DEA/Pronto Soccorso (4,53%), Cardiocirurgia (4,47%), Odontoiatria (4,38%), Oculistica e Oftalmologia (3,90%). In base al campione analizzato da Marsh, la Lombardia è la Regione più virtuosa, con circa 2 sinistri ogni 1.000 ricoveri contro i quasi 3 sinistri ogni 1.000 ricoveri del dato nazionale. Al primo posto delle specialità a maggior rischio di reclamo in Lombardia: il pronto soccorso.

EVENTI AVVERSI: NELLE STRUTTURE DEL SSN I PIÙ FREQUENTI SONO LE CADUTE

(Fonte: sito web www.sanita.ilsole24ore.com – 28 Marzo 2013)

Eventi sentinella, quelli cioè che Sono definiti Eventi Sentinella quegli eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia da parte dei pazienti: il ministero della Salute ha appena pubblicato il suo ultimo rapporto che considera tutti gli eventi segnalati

dalle strutture sanitarie fino al 31 dicembre 2011 e validati dai 3 livelli (azienda, Regioni e P.A. e Ministero della Salute).

Nel periodo considerato - 2005-2011 - sono pervenute 1723 segnalazioni, di cui 1442 valide ai fini della produzione della reportistica. La morte o grave danno per caduta di paziente rappresenta l'evento più frequentemente segnalato, con una percentuale di casi pari al 22,3% rispetto al totale degli eventi sentinella segnalati. Il tasso di mortalità tra tutti gli eventi segnalati, è del 36,8%.

Riguardo al numero di segnalazioni il ministero evidenzia un sostanziale equilibrio per gli anni 2010 e 2011 (407 segnalazioni nel 2010 e 370 nel 2011) mentre, si osserva un aumento rispetto al 2009 (280 segnalazioni); ciò potrebbe essere in relazione alla emanazione del Decreto dell'11 dicembre 2009, che istituisce il sistema informativo per il monitoraggio degli Eventi sentinella – SIMES.

Nonostante i buoni risultati raggiunti, tuttavia, la sottosegnalazione rimane un problema rilevante, evidenziando che le motivazioni culturali e organizzative alla base del fenomeno sono ancora forti e diffuse. Il rapporto sottolinea anche l'estrema variabilità del numero e tipologia delle segnalazioni tra le diverse Regioni/PA così come tra le diverse strutture sanitarie; in molti casi si registra la totale assenza di segnalazione, mentre alcune realtà sanitarie, si caratterizzano per una attenzione mirata solo a specifici eventi sentinella (es. suicidio, cadute, atti di violenza a danno di operatore).

Gli eventi non ascrivibili alle categorie predefinite risultano pari al 14,36%, con il miglioramento di un punto percentuale rispetto al precedente rapporto in cui "Altro" rappresentava il 15,4%, ma tuttavia rimane ancora un dato significativamente elevato.

Il 68,93% (994/1442) degli eventi sono stati analizzati attraverso le metodologie indicate nel protocollo, con un miglioramento del 9,73% rispetto al precedente rapporto.

Nel 62,76% dei casi è stato individuato un piano di azione per prevenire il ripetersi dell'evento, mentre nel precedente rapporto di monitoraggio la percentuale era del 55,1%.

Rispetto agli eventi sentinella censiti (1723), quelli validati sono stati 1442, indicando la necessità di interventi mirati su singole realtà aziendali e regionali per migliorare l'accuratezza e la qualità delle informazioni.

In continuità con il precedente rapporto, c'è una elevata frequenza, tra i fattori contribuenti, della "mancanza, inadeguatezza ed inosservanza di Linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali, procedure", da cui deriva l'esigenza di rendere disponibile sul proprio sito web una sezione dedicata dove possono essere reperite le raccomandazioni già elaborate sulla base delle criticità emerse e delle esperienze internazionali.

L'evento con il maggior numero di segnalazioni è l'evento n. 9 "Morte o grave danno per caduta di paziente" con 321 segnalazioni pari al 22,26%. La seconda categoria per numerosità di segnalazioni (226 eventi, corrispondenti al 15,67% del totale) è rappresentata dall'evento "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale". L'evento "ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente" rappresenta la terza categoria segnalata con 207 segnalazioni pari al 14,36%.

Negli eventi sentinella nel 36,8% dei casi si è verificata la morte, nel 14,4% è stato riscontrato un trauma maggiore conseguente alla caduta di paziente e nel 10,3% è stato necessario un reintervento chirurgico.

Il 38,4% degli eventi sono accaduti nel reparto di degenza, mentre il 19,6% si è verificato in sala operatoria e le discipline maggiormente interessate sono Medicina Generale, Ostetricia e ginecologia, Chirurgia generale, Psichiatria e Ortopedia e traumatologia.

L'HOSPITAL RISK MANAGER RIDUCE RISCHIO EPISODI DI MALASANITÀ

(21 Febbraio 2012 - Fonte: sito web www.adnkronos.com)

Più sicuri, nelle strutture sanitarie, grazie all'hospital risk manager, una nuova figura professionale che ha il compito di gestire, monitorare e prevenire i rischi in corsia, riducendo, così, episodi di malasanità. A lui è assegnato l'arduo compito di coordinare una squadra per evitare danni a pazienti, medici, infermieri e tecnici. Deve passare, con estrema durezza, dal problema di una trasfusione sbagliata a quello delle tubature rotte e, metaforicamente parlando, aggiustare le falle.

Infatti, con la locuzione 'gestione del rischio in ambito sanitario', "s'intendono tanti aspetti, dai farmaci alla documentazione sanitaria, la cartella clinica, o settori specifici come la sicurezza della sala operatoria o particolarmente a rischio come ortopedia, ostetricia e ginecologia", spiega a LABITALIA Roberto Agosti,

docente Cineas (consorzio universitario che proprio in questi mesi sta organizzando un master per questa figura) e risk manager presso l'azienda ospedaliera di Desio e Vimercate.

"Per questo, l'hospital risk manager -continua- deve avere conoscenze e competenze che riguardano tanti ambiti; conoscenze legate, per esempio, al rischio di infrastrutture e tecnologie informatiche, non solo quelle inerenti il rischio clinico. Un ospedale, infatti, ha molte fonti di rischio, dalla tegola che casca dal tetto alla tubatura che si rompe: è un ambito così articolato che nessuno può avere una conoscenza approfondita di ciascuno dei settori. Dunque, il risk manager deve svolgere, innanzitutto, una funzione di coordinamento delle figure specifiche che lavorano con lui".

Il lavoro dell'hospital risk manager, poi, segue due modi di agire; primo, l'azione preventiva, che richiede di intervenire sulla formazione del personale, in modo da diffondere la cultura del rischio all'interno dell'ospedale. "La formazione, sia teorica che sul campo, è volta alla prevenzione del rischio nell'intero percorso, ed è un lavoro che presuppone un'approfondita conoscenza del settore, fondamentale per scoprire quali sono i punti critici, e dove, effettivamente, c'è il rischio che capiti qualcosa".

E' bene specificare, però, che il risk manager non 'inventa' niente. "Già dalla fine del millennio scorso -ricorda Agosti- esistono strumenti scientifici per la gestione del rischio, e sono quelli suggeriti dal ministero della Salute, che ha emanato diverse raccomandazioni riconosciute a livello internazionale". Un esempio pratico? "Le fiale di cloruro di potassio, per esempio, sono fiale che contengono una quantità di sale che, se iniettata rapidamente, può causare la morte; in questo caso, la semplice raccomandazione è 'stai attento, queste fiale mettile in un cassetto separato'. Sembra una cosa banale ma -avverte- salva la vita".

Al fianco di un'azione preventiva dell'hospital risk manager, l'altro modo di agire, che riguarda la parte reattiva: "Nel caso si verifichi un incidente, la filosofia della gestione del rischio ha un unico obiettivo: cercare di capire -spiega Agosti- perché si è verificato. Sottolineo 'perché', a dispetto dell'atteggiamento classico volto a cercare di capire 'chi' è stato, con l'illusione che, avendo identificato il colpevole, sia risolto il problema. La filosofia del risk management -precisa- supera la cultura della colpa e va alla ricerca delle cause, perché l'incidente non dipende dalle persone, ma da condizioni che sono interne al sistema".

Ma per diventare un esperto di hospital risk management come si fa? Agosti conferma che "non esiste nessuna norma a regolamentare quale debba essere il titolo di studio della figura, che, infatti, dovendosi confrontare con attività di varia natura, può essere coperta da un medico legale, da un avvocato o da un ingegnere".

"Non esiste -aggiunge- un profilo di base, o un corso di laurea obbligatorio. E' chiaro, però, che dovendo lavorare nell'ambito sanitario, è auspicabile che il manager sia laureato in quest'ambito o, almeno, che ci sia un approfondimento del settore post laurea".

Le figure professionali specializzate in gestione del rischio sanitario, però, sono state avvistate soprattutto nel Nord Italia, come dichiara Agosti: "La situazione italiana è a macchia di leopardo. Alcune Regioni hanno fatto da capofila e quindi sono più avanti, come l'Emilia Romagna, la Toscana, la Lombardia e, più recentemente, il Veneto e il Piemonte; qui c'è un risk manager per ogni azienda. Nel Centro-Sud, invece, c'è molto poco perché -si rammarica- è stato fatto poco, sia dalle Regioni che a livello universitario".

SANITÀ E ASSICURAZIONI. MINUCCI (ANIA): "PUNTARE SU RISK MANAGER E TABELLE DANNO BIOLOGICO" (02 Luglio 2013 - Fonte: sito web <http://www.quotidianosanita.it>)

Il presidente dell'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici ha tracciato la rotta da seguire sul tema della responsabilità civile, "sempre più caratterizzato da denunce e dall'aumento dei risarcimenti per i casi di malasanità".

Il tema della responsabilità civile dei medici e delle strutture sanitarie è sempre più caratterizzato "da numerose denunce e dall'aumento dei risarcimenti per i casi di malasanità". E' l'allarme lanciato da Aldo Minucci, presidente dell'Associazione nazionale delle imprese assicuratrici (Ania), nella sua relazione all'assemblea annuale.

Le conseguenze di queste dinamiche si traducono soprattutto nelle difficoltà, per numerose specializzazioni, "di trovare copertura a prezzi ragionevoli". E, a sua volta, l'industria assicurativa "ha registrato ingenti perdite a seguito del costante trend di crescita delle denunce e degli importi di risarcimenti".

E' per arginare queste criticità che Minucci propone di applicare misure "utili a mitigare il rischio di malpractice medica, contenere il livello dei costi e incrementare la disponibilità dell'offerta di misure assicurative". In questo senso, la priorità è rappresentata dall'inserimento della figura del risk manager "in tutte le strutture sanitarie, lo sviluppo di adeguati processi di formazione per medici e operatori e il monitoraggio sistematico degli errori".

Altra misura che il presidente dell'Ania ha suggerito riguarda l'eliminazione "della responsabilità per colpa degli esercenti le professioni sanitarie che provino di aver rispettato, nello svolgimento della loro attività, appropriati protocolli di comportamento medico-sanitari". In terzo luogo occorrerebbe "la previsione di tabelle valutative del danno biologico e l'introduzione di limiti ai danni non patrimoniali".

Sul tema di un fondo unico dedicato alle professioni sanitarie, Minucci ha osservato che prima di istituirlo bisognerebbe "innanzitutto definire chiaramente chi può beneficiarne e a quali condizioni". E' allo stesso modo importante procedere a una stima "dell'effettivo fabbisogno finanziario, che dipende dall'entità dei rischi garantiti, in modo da poter quantificare con corrette tecniche attuariali il contributo da versare".

Allo stato attuale, la legge prevede che il Fondo sia alimentato dal contributo dei professionisti che ne richiedano l'intervento e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici. Questo meccanismo tuttavia "oltre a determinare un aumento del costo delle polizze – ha osservato Minucci – presenta anche il problema di non garantire la congruità delle risorse del Fondo rispetto ai presumibili impegni, tenuto conto della ridotta dimensione complessiva dei premi del comparto, pari a 600 milioni di euro". Sarebbe quindi utile individuare modalità alternative di finanziamento, "ad esempio in maniera simile a quanto stabilito per il contributo previdenziale gravante sulle parcelle di alcune categorie professionali".

Nella sua relazione annuale, il presidente dell'Ania ha affrontato un altro tema di enorme portata per le professioni sanitarie: i gravi danni alla persona, cioè quelli sull'integrità psicofisica con un danno biologico permanente tra i 10 e i 100 punti di invalidità. "Su questo punto, siamo ancora in attesa della tabella che stabilisce i valori di risarcimento prevista dal Codice delle assicurazioni private ben sette anni fa". E l'approvazione della tabella "spetta al governo. Noi abbiamo il dovere di sottolineare l'urgenza di questa decisione".