

IL RISK MANAGEMENT IN SANITA'

"Mi definiscono un tipo eccentrico perché in pubblico dico che: gli ospedali, se vogliono migliorare, devono dichiarare quali sono i loro risultati e devono analizzare i loro risultati, per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali; devono dedicarsi all'assistenza di quei casi per i quali sono riconosciuti dare un buon risultato, evitando di tentare di assistere quei pazienti che presentano patologie per le quali non sono qualificati; devono assegnare i casi (per la chirurgia) agli operatori per ragioni migliori che l'anzianità, il calendario o le convenienze di tempo; devono pubblicizzare non solo i loro successi, ma anche i loro errori, così che il pubblico possa aiutarli; quando è necessario devono gratificare il personale sulla base dei loro operati e per ciò che fa per i pazienti. Tali opinioni non saranno così eccentriche da qui a pochi anni" (Eugene Codman, 1914).

Negli USA, dove, da anni, il fenomeno è sotto osservazione, si stima che circa l'1% dei pazienti ricoverati negli ospedali, siano vittime di errori organizzativi/gestionali del Sistema Sanitario.

Assumendo per l'Italia lo stesso parametro (non essendovi nel nostro Paese dati statistici certi e non avendo motivi per dubitare che l'entità del fenomeno sia differente), il numero di pazienti vittime possibili di errori è stimabile in circa 100.000 pazienti, su circa 10 milioni di ricoveri/anno.

Presso i Tribunali Italiani sono pendenti circa 13.000 cause che vedono coinvolti medici e pazienti.

Le strutture sanitarie spendono per assicurarsi dai 750.000 euro per le strutture più piccole (con bacino d'utenza di 50.000 persone) a 2,5 milioni di euro per le strutture più grandi, per non parlare dei costi aggiuntivi relativi alla singola tipologia di rischio.

Per gli errori dovuti all'errata somministrazione di farmaci, per esempio, si è stimato un costo aggiuntivo complessivo (costi sociali compresi) di oltre 2 mila euro/paziente.

Le compagnie di assicurazione, a fronte di una raccolta premi annua di circa 175 milioni di euro riferiscono di aver speso per accantonamenti e risarcimenti circa 415 milioni di euro.

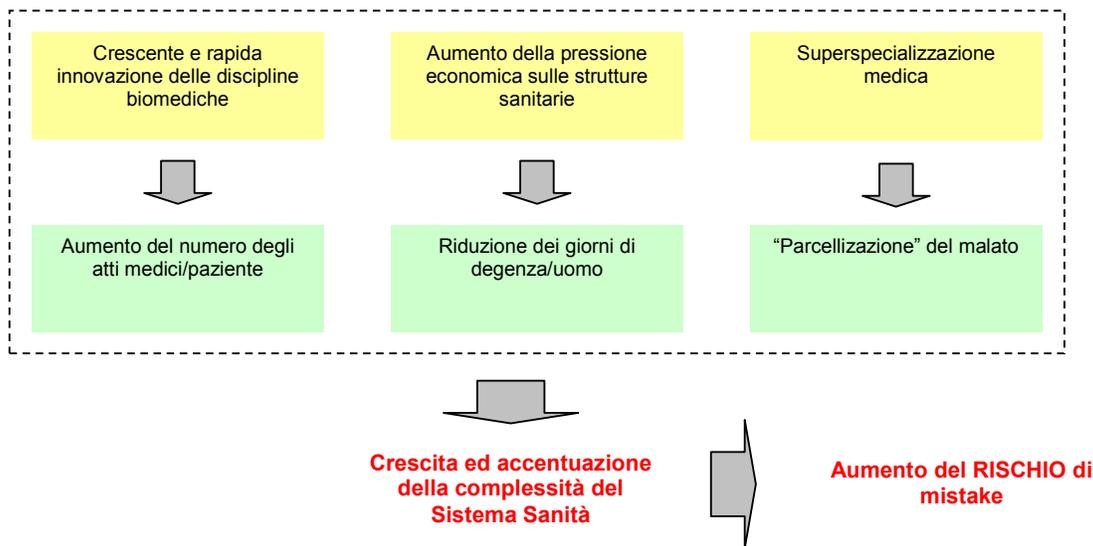
Risultato: molte strutture sanitarie, nel nostro paese, hanno difficoltà ad assicurarsi per carenza di disponibilità economiche a fronte di premi assicurativi sempre più alti e molte compagnie d'assicurazione "preferiscono" non farsi carico di polizze ad alto rischio.

Analizzando con attenzione i dati dei Tribunali Ordinari, delle compagnie assicuratrici e del Tribunale per i Diritti del Malato, si scopre che in realtà solo in una misura variabile tra il 14% ed il 17 % dei casi i procedimenti Civili e/o Penali messi in atto, si concludono con una condanna dei medici o delle strutture sanitarie.

Esaminando i motivi delle richieste di risarcimento dei danni si scopre che riguardano tendenzialmente gli stessi reparti, le stesse situazioni, gli stessi interventi, indipendentemente dal luogo e dalla tipologia del nosocomio.

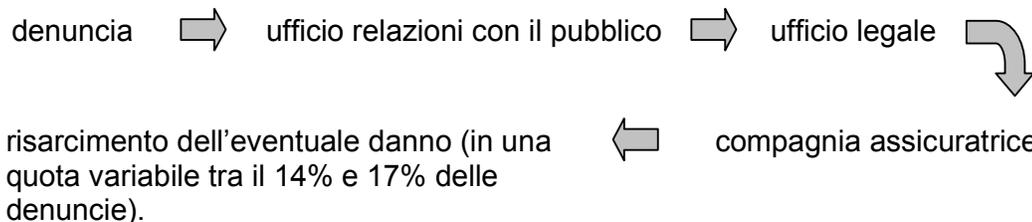
Che fare per cambiare?

1. Analizzare i motivi che portano e che hanno portato al verificarsi di questa situazione:



2. Analizzare il circuito che porta i pazienti/utenti a chiedere risarcimenti per eventuali danni subiti all'interno delle strutture sanitarie.

Il dato singolare e grave che emerge è la totale assenza di un feed-back informativo. Spesso infatti gli stessi medici che avrebbero causato l'errore non hanno idea degli sviluppi del procedimento di risarcimento del danno non potendo applicare così le comuni azioni preventive affinché non si verifichi un ulteriore episodio di rischio. Si consideri, ad esempio, la normale procedura di una azienda sanitaria al momento di una richiesta di risarcimento del danno:



Tale procedura causa un aumento della "sinistrosità" dell'azienda e, in ultimo, l'aumento del costo della polizza per l'anno successivo senza che sia stata attuata nessuna misura di controllo e gestione dell'errore finalizzato al riconoscimento delle cause ed alla rimozione delle stesse.

3. Adottare una **Politica di Gestione del Rischio** che possa trasformare e rompere questo circolo vizioso.

Per far ciò sarebbe sufficiente, anche sulla scorta dell'esperienza statunitense e di alcune strutture ospedaliere italiane, la messa a punto di un **programma di Risk Management** basato sull'approccio per processi e che possa permettere:

- L'individuazione delle aree critiche;
- L'individuazione di standard qualitativi da applicare e monitorare costantemente al fine di riconoscere e prevenire l'errore;

- La corretta gestione del contenzioso con uno scambio continuo di informazioni fra uffici legale delle organizzazioni sanitarie, ufficio relazioni con il pubblico ed aree ospedaliere nelle quali sono stati registrati gli errori;
- Utilizzare sistemi di identificazione dei pazienti (utilizzo del braccialetto di riconoscimento);
- L'implementazione ed attuazione di un piano aziendale strategico;
- Lo sviluppo di un programma di informazione e formazione (staff meeting, gruppi di discussione sugli errori, newsletter interne, istituzione di comitati sulle varie aree d'interesse e sviluppo, etc.);
- L'utilizzazione di tecnologie appropriate nei contesti organizzativi adeguati (refertazione informatizzata, uso del codice a barre, dispositivi di distribuzione automatica dei farmaci, etc.);
- Potenziamento degli strumenti di feed back elaborando una sorta di partnership con i cittadini/utenti/pazienti per migliorare l'assistenza sanitaria..

In tal senso emerge, anche in Italia, la necessità di una nuova figura sanitaria, il **Risk Manager**, che possa coordinare, unire ed applicare le Procedure della Qualità e di Appropriatezza alla buona pratica medica.

Concludendo, per far comprendere al meglio ciò che è possibile fare, compatibilmente con i limiti che il nostro stesso stato d'uomini ci impone, è utile porre un confronto con altre realtà critiche:

negli USA, una Qualità del Sistema del 99.9%, comporterebbe comunque due atterraggi a rischio ogni giorno all'aeroporto di Chicago, 16.000 pezzi di posta persi ogni ora, o 32.000 assegni dedotti dal contro sbagliato ogni ora.

Un Sistema Sanità perfetto non esiste e non potrà mai realizzarsi per mille motivi non sempre dipendenti dalle capacità dell'organico o della struttura, ma arrivare ad una Qualità del 99,9% è alla portata di ogni ospedale.

- Prof./Dott. Alberto Bellocco, docente a contratto di Medicina Legale c/o Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma
 - M. Caterina Ledda