

# La gestione del rischio in sanità. Profili economici e assicurativi

Prof. Giuseppe Turchetti  
Scuola Superiore Sant'Anna  
[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

# Agenda

---

- Il rischio in sanità: specificità
- Conseguenze economiche e assicurative
- Premesse per le proposte operative



# Agenda

---

- Il rischio in sanità: specificità
- Conseguenze economiche e assicurative
- Premesse per le proposte operative



# Il rischio clinico

---

## Fenomeno **complesso** e **multidimensionale**

### 1. **Si verifica all'interno di *sistemi complessi***

I sistemi sanitari risultano complessi per le diverse variabili che li caratterizzano:

- specificità dei singoli pazienti
- complessità degli interventi
- esperienze professionali multiple
- modelli gestionali diversi



# Il rischio clinico

---

## Fenomeno **complesso e multidimensionale**

### 2. **Complessità della *medicina moderna***

- complessità dei problemi assistenziali
- nuove esigenze sanitarie
- necessità di integrazione tra diverse professionalità mediche
- elevato utilizzo di tecnologia e sua crescente complessità
- conseguente complessità organizzativa



# Il rischio clinico

---

## Fenomeno **complesso e multidimensionale**

### 3. ***Verso una nuova concezione di rischio e di errore***

- Presenza di nuovi rischi
- Cambiamento della sensibilità e innalzamento delle aspettative
- Presenza di rischi meno *accettabili*



**Cambiamento della soglia di accettabilità**



# Il rischio clinico

---

## Fenomeno **complesso e multidimensionale**

### 3. **Molteplici configurazioni di rischio**

#### Es. rischio tecnologico

- rischio associato a tecnologie già presenti da tempo nella pratica clinica, ma nuove procedure
- rischio associato a tecnologie già commercializzate ma di recente introduzione. Nuove tecnologie e nuove procedure
- rischio associato a sperimentazioni di nuove tecnologie ancora non certificate e solo prototipali



# Il rischio clinico

---

## Fenomeno **complesso e multidimensionale**

### 3. **Molteplici configurazioni di rischio**

#### Es. rischio tecnologico

- **La sempre più stretta interrelazione tra i vari processi sanitari** – un semplice esempio è rappresentato dalla diagnostica in sala operatoria, dove si mescolano in tempi rapidissimi processi molto diversi tra di loro e il risultato che può dare un esame diagnostico svolto a paziente “aperto” può condizionare l’attività del chirurgo – **porta alla creazione di problematiche nuove.**

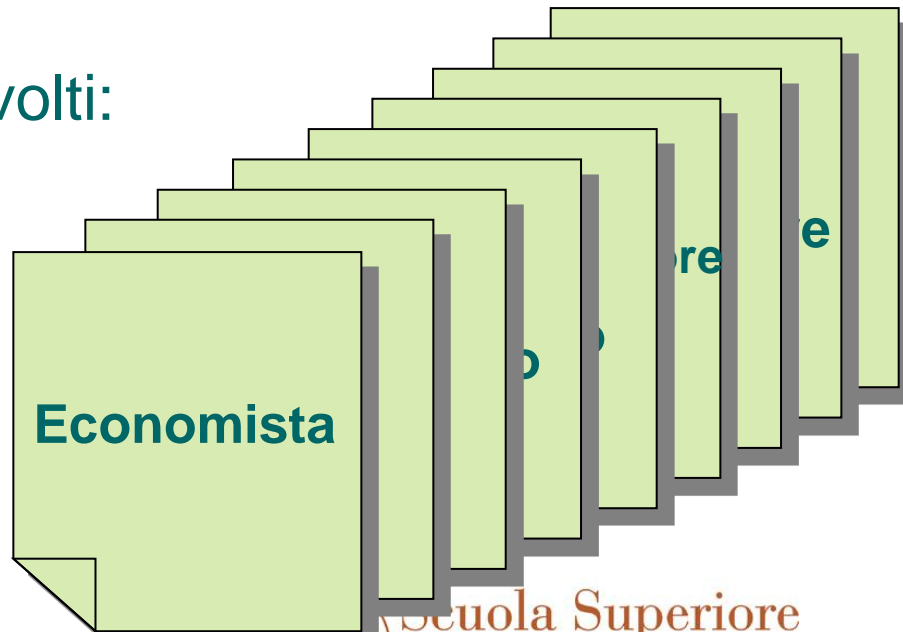


# Il rischio clinico

## Fenomeno **complesso e multidimensionale**

4. Coinvolge numerosi soggetti, ciascuno con la propria prospettiva e dimensione di analisi

I soggetti coinvolti:



# Un caso: il rischio clinico in sala operatoria



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

# Il rischio clinico in sala operatoria: la dimensione del fenomeno

---

Il Ministero della Sanità statunitense riporta come ogni giorno muoiano negli ospedali USA 100 persone a causa di ferite iatrogene, il 40% delle quali sono state realizzate in sala operatoria

Le complicazioni operatorie o post operatorie e gli interventi chirurgici sulla parte sbagliata rappresentano il 23.1 % di tutti gli incidenti e che, come conseguenza, provocano nell' 84% dei casi la morte del paziente e nel 16% gravi lesioni (JCAHO 2002)

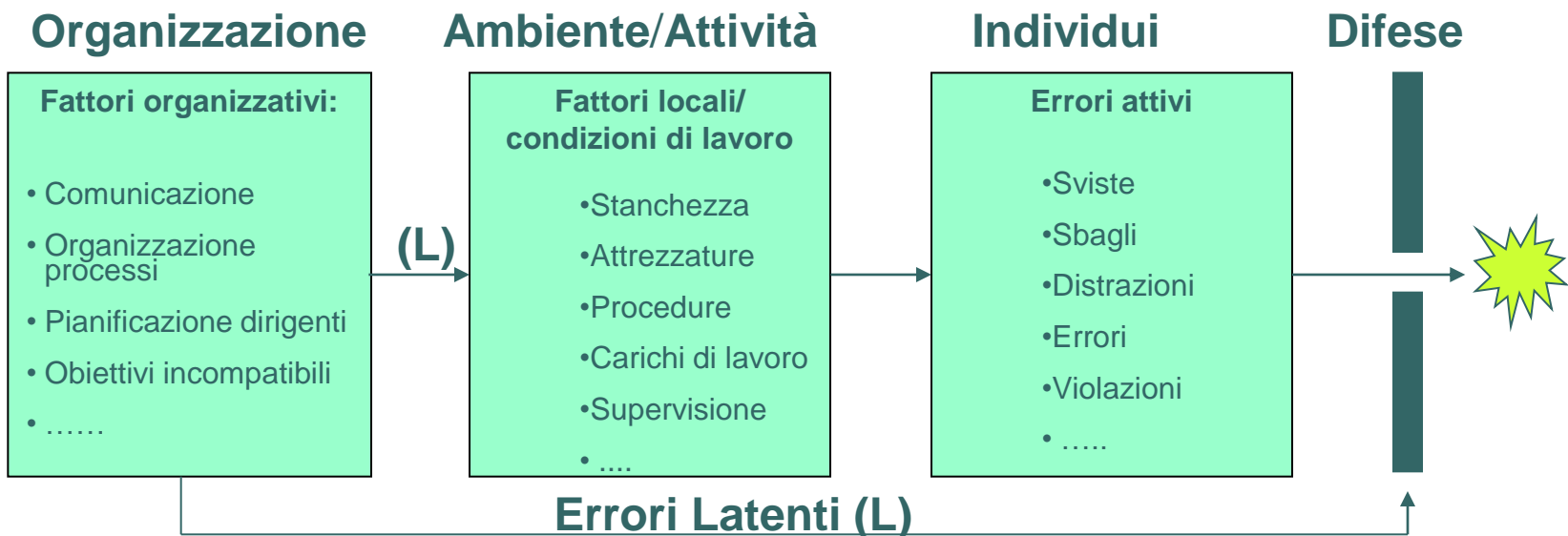
Gli interventi chirurgici su parti o organi del corpo sbagliate riguardano il 76% dei casi, nel 13 % si verificano interventi su pazienti sbagliati e nell'11% gli incidenti si riferiscono a procedure chirurgiche sbagliate o non rispettate (JCAHO 2002)



# Il rischio clinico in sala operatoria: gli errori

Da quante e quali prospettive approcciare il problema del rischio di incidenti in sala operatoria? E' il chirurgo il solo responsabile?

## Le tipologie di errori



Fonte: Reason, 1995



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

# Il rischio clinico in sala operatoria

---

## **Gli Errori Attivi:**

Azioni pericolose, errori commessi da chi è in prima linea nel “sistema”. Hanno conseguenze immediate (IOM, 1999).

**Es. preparazione non idonea del paziente all'intervento chirurgico**

## **Gli Errori Latenti:**

Errori nella progettazione, nell'organizzazione, nella formazione o nella manutenzione che portano agli errori degli operatori in prima linea e i cui effetti rimangono silenziosi nel sistema per lunghi periodi (IOM, 1999)

**Es. ritardata manutenzione di una attrezzatura chirurgica**

## **Gli Errori del sistema:**

Difetti, disfunzioni nei metodi operativi dell'organizzazione, nei processi o nelle infrastrutture; non sono il risultato di un'azione individuale, ma il risultato di una serie di azioni e fattori (Quality Interagency Coordination Taskforce)



# Il rischio clinico: il contesto

---

**Non si è in presenza di una scienza esatta**

**Non c'è niente di deterministico**

**Le stesse conoscenze disponibili sono basate su probabilità**

**È l'uomo che opera, che progetta e gestisce le organizzazioni**

**Si possono verificare errori ed eventi avversi**



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)



**INCHIESTA** ■ Errori umani ma anche cattive strutture alla base delle richieste di danni

# Medici sotto accusa

## *Dodiecimila le cause aperte con i pazienti*

I processi rappresentano solo una parte del contenzioso annuo che vale 2,5 miliardi €

Una tutela  
senza  
certezze

DI ROBERTO TURNO

**N**egli Usa l'hanno ribattezzata «three strike law». In soldoni: la legge del baseball. Dopo tre errori accertati, s'è deciso in Florida (e solo lì), il medico viene cacciato dalla corsia. La regola del baseball, appunto: il battitore che sbaglia tre volte di seguito esce di scena. Allo stesso modo, il dottore perde la licenza.

Caso-limite, gli States, in fat-

**12.000**

**CONTENZIOSO APERTO**

È il numero delle cause pendenti per errori medici, in base ai dati Cineas-Politecnico Milano e Ania

**7.800**

**SINISTRI DENUNCIATI**

Per la Rc professionale medica in un anno. Sono 6.700 quelli per Rc strutture sanitarie (Ania 2004)

**320.000**

**PAZIENTI IN UN ANNO**

Personae che riportano danni o malattie per errori o problemi organizzativi Sen (Cineas)

**2,5 MILIARDI €**

**RICHIESTE RISARCIMENTO**

È l'ammontare totale in un anno delle richieste di danni per errori o incidenti Sen (Cineas)

**ROMA** ■ Con 12mila cause pendenti, 320 mila persone coinvolte e richieste di risarcimento da 2,5 miliardi l'anno cresce il contenzioso in sanità. Lo confermano i dati che il Tribunale dei diritti del malato

presenterà dopodomani: +5,76% di errori medici segnalati in 4 anni. E mentre il Parlamento cerca una soluzione di garanzia, i medici si organizzano.

SERVIZI A PAG. 2 e 3



Scuola Superiore  
Sant'Anna

di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

Nel 2005 sono cresciute del 12 per cento rispetto all'anno precedente le denunce al Tribunale del malato per presunti sbagli terapeutici

# Troppi errori, aumentano i processi ai medici

*Cure inadeguate, i pazienti ricorrono ai giudici per i danni. «Apriremo un pronto soccorso legale per i dottori»*

1000  
SEGNALAZIONI  
una denuncia  
1000  
CASI SOSPETTI  
alla segnalazione  
di un medico  
sospetto di aver  
causato un danno



**A RISCHIO** Medici ospedalieri in reparto. Sono in aumento gli specialisti citati in giudizio

Medici assediati dalle cause in aumento per presunti commessi in corsia, negli ambulatori e in sala operatoria. Sotto accusa per diagnosi errate, prescrizioni sbagliate, terapie inefficaci. Portano più spesso alla sbarra i medici nella scoperta di una malattia, inadeguatezza di una dose di farmaci errati di medici.

Nel 2005 le denunce arrivate al Tribunale del malato di Milano hanno un'impennata: più 12%

su iniziativa del Politecnico), che lunedì organizza un convegno sull'argomento.

È un'ondata di procedimenti giudiziari che adesso rischia di travolgere anche i medici di famiglia, decisi ad aprire un pronto soccorso legale per fare fronte

regionale della Fimmg, la federazione dei medici di famiglia —. Metteremo a disposizione a spese della Fimmg esperti per aiutare almeno all'inizio chi si vede recapitare la cartolina verde della Procura: spesso le cause finiscono in niente, ma

ci bianchi più spesso chiamati in giudizio sono i chirurghi, gli ortopedici, gli oncologi e i ginecologi: «I pazienti mettono sempre più in discussione le cure ricevute — rileva Francesco Locurcio, avvocato esperto nella responsabilità del medico in



re l'accusa nei confronti di un collega con perizie tecniche avevano un certo timore riverenziale per la categoria. Oggi il lupo è disposto a mangiare un altro lupo».

Per Gianfrancesco Luzzo, segretario di Cittadinanzattiva del Tribunale per i diritti del malato, comunque, almeno una segnalazione su tre è fatta a ragion veduta: «Chi sporge denuncia — dice — lo fa soprattutto perché non vuole che l'errore si ripeta». Il celebre rapporto del 1999 dell'Institute of Medicine ricordava che To Err is Hu-

IL MAGI

## Meglio le cause civili che i reati: omicidi colposi e

«La gente si rivolge alla magistratura che crede di poter ottenere una propria esigenza dalla magistratura. Giulio Benedetti lavora nel dipartimento di Milano che si occupa di medici».

Perché usa il termine «crede», non «Non sempre. Spesso non basta la perizia per condannare il medico. C'è la giurisprudenza che va consolidando materia, per arrivare ad una con necessaria prova di colpa grave e non è possibile ottenere oppure, pi



Giulio Benedetti

mente, non ci sono meglio fare una dove quegli stessi sono sufficienti e il risarcimento di bit, ma questo pareccchio».

Perché? «Perché bisogna tasca propria le mediche e le per nel penale a pag lo Stato».

Quante quere? «Oltre 200 ogni 12 mesi, divise omicidi colposi e lesioni».



Scuola Superiore Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssupsup.it](mailto:g.turchetti@sssupsup.it)



14 LA REPUBBLICA

- Secondo i calcoli, le vittime sarebbero fino a 50mila l'anno  
I costi: fino a 10 miliardi
- Tra le cause principali i tempi troppo abbreviati e lo scambio di farmaci

## “Ospedali: 90 errori mortali al giorno”

*I dati degli oncologi sulla malasanità. La sala operatoria il luogo più pericoloso*

IL DATO AD UN CONVEGNO. LE CAUSE: SBAGLI IN SALA OPERATORIA, DIAGNOSI TARDIVE, CONFUSIONE TRA FARMACI

### **Errori medici, 90 morti al giorno**

Dalla malasanità più vittime che per incidenti stradali

**Italia, ogni giorno una strage. Negli ospedali  
“La malasanità fa più di 14 mila morti l'anno”**



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)



**MalaSani+à**

Associazione per le vittime di errori medici

[www.malasanita.com](http://www.malasanita.com)

## **un errore medico può spezzare una vita**

Compiere un errore su un essere umano è atroce.

Primo perchè la sofferenza non si cancella e secondo perchè troppo spesso in queste cose non c'è soluzione di recupero.

Ogni medico dovrebbe sentire forte in sè questa responsabilità, la responsabilità di chi a lui si affida ad "occhi chiusi".

Se credi che alcuni medici non abbiano avuto quest'attenzione su di te e su una persona a te cara, aderisci alla nostra associazione "no profit" di chi paga come te distrazione e leggerezza.

Chiama subito il numero verde o contattaci sul nostro sito internet.

# PER LA DIFESA DEL MALATO

NUMERO VERDE  
**800-461995**

Solo da telefoni fissi

- 1) Ti hanno curato male e stai peggio di prima?
- 2) Ritieni che un tuo familiare sia morto senza che si facesse tutto il possibile per salvarlo?
- 3) Pensavi che partorire fosse il più bel giorno della tua vita e invece è diventato una tragedia perché tuo figlio non è nato sano o tu hai subito gravi conseguenze?
- 4) Sei stato operato senza che ti abbiano spiegato perché e a cosa andavi incontro?
- 5) Non sei riuscito a fare in Ospedale una Tac, un'ecografia, una risonanza magnetica, un Pap-Test e hai dovuto farli a pagamento perché erano urgenti?
- 6) In Ospedale sei stato trattato senza umanità?

SIAMO QUI PER AIUTARTI  
**SINDACATO DEL MALATO**



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

# Agenda

---

- Il rischio in sanità: specificità
- **Conseguenze economiche e assicurative**
- Premesse per le proposte operative



# Conseguenze economiche e assicurative

---

**CRESCONO I COSTI DI ASSICURAZIONE**



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

# Negli ospedali crescono i costi di assicurazione



*Il costo del rischio clinico mette in fuga le assicurazioni. I risultati dell'indagine Marsh su un campione di 74 strutture sanitarie pubbliche*



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

La fuga delle assicurazioni dal mondo della sanità sembra essere un fenomeno inarrestabile.

I costi assicurativi per tenere in funzione un ospedale pubblico in Italia sono elevatissimi: sessanta euro a ricovero, 2.233 euro a letto, 3.690 euro a medico e 1.630 euro a infermiere.

I dati che documentano il peso delle polizze per le coperture dei rischi in campo sanitario sono contenuti nella seconda edizione della Medmal Claims Italia, realizzata dalla società di brokeraggio Marsh su un campione di 74 ospedali pubblici.

Lo studio analizza un totale di 20mila richieste di risarcimento ricevute nel periodo 2004-2009: dal confronto con la precedente rilevazione emerge un aumento generalizzato dei costi assicurativi per singola voce. L'incremento più eclatante, comunque, riguarda il costo per ricovero, passato dai 46,66 euro dello scorso anno ai 59,71 euro attuali, con un aumento del 27,97%; anche il costo medio sostenuto dalle aziende sanitarie per singolo medico, tuttavia, è cresciuto dell'11,30%: si è passati, infatti, da 3.314 euro a 3.690 euro.



Scuola Superiore  
Sant'Anna

di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

Il rischio clinico, ovviamente, rappresenta la tipologia di rischio più diffusa (69,16%), seguito dai rischi legati alla struttura (11,65%), danni alla proprietà (11,31%) e rischi professionali (2,30%).

Tra le principali tipologie di errori denunciati figurano gli errori chirurgici (25%), quelli diagnostici (16%), i terapeutici (13%), le cadute di pazienti o visitatori (11%), i danni a materiali e attrezzature (7%), smarrimenti e furti (55). Le specialità più costose, infine, sono quelle di Ortopedia, Chirurgia e Ostetricia: tutte, infatti, registrano costi per posto letto e ricovero ben oltre la media.

Ad Ostetricia spetta anche il primato del massimo importo liquidato: 2.124.000 di euro, a fronte di un valore medio liquidato nella stessa specialità di circa 102mila euro ad evento.

A seguire, gli errori più onerosi risultano essere quelli riscontrati in Chirurgia Generale (34.592 euro) e al pronto soccorso (33.880 euro).

Questa classifica, tuttavia, può ancora variare: solo il 24% delle 20mila vertenze relative ai sei anni analizzati, infatti, ha raggiunto una conclusione, il 20% è risultato senza seguito, ma addirittura il 50,53% dei casi (ossia 9.927) deve ancora ricevere una risposta.



Scuola Superiore  
Sant'Anna

di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

# Conseguenze economiche e assicurative

---

**AUMENTANO LE PRESTAZIONI  
E  
CRESCHE LA SPESA SANITARIA**



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)



Ordine  
Provinciale  
di Roma  
dei Medici  
Chirurghi  
e degli  
Odontolatri

# Chi si difende da chi? E perché?

I dati della prima ricerca  
nazionale sulla Medicina Difensiva

Roma, 23 novembre 2010

Senato della Repubblica, Sala Capitolare



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)

# Percezione del rischio

- Il 78,2 % dei medici si sente oggi più a rischio di ricevere un esposto o una denuncia rispetto al passato (tab. 1)
- Il 65,4 % si sente sotto pressione nella pratica clinica di tutti i giorni (tab. 2)
- Il 68,9% dei medici dichiara che la probabilità di essere denunciato è fino al 30%, mentre il 25% circa dichiara che la probabilità è superiore al 30% (tab. 3)
- Solo il 6,7% dei medici ritiene che la probabilità di essere denunciati è nulla (tab. 3)

## Responsabilità professionale, assicurazione e opinione sugli errori medici gravi

- Il 77,1 % circa dei medici ritiene che le norme giuridiche che disciplinano oggi la responsabilità professionale si ripercuotono abbastanza/molto sulla qualità delle cure (tab. 13)
- L'82,7% dei medici ritiene che le norme si ripercuotono abbastanza/molto sul rapporto medico-paziente (tab. 13)
- Il 73,6 % circa dei medici afferma di possedere un'assicurazione RC personale il cui costo annuo medio è di 1.147 euro (tab. 18)
- Il 35,9 % dei medici ritiene che gli errori medici potenzialmente dannosi (e, quindi, non gli errori in generale) siano abbastanza/molto diffusi (tab. 19)



# Rapporto medico-paziente: tempo a disposizione e comportamento

- Solo il 31,6% dei medici ritiene che il tempo a disposizione per le visite sia insufficiente, mentre il restante 69,6% ritiene che il tempo sia sufficiente o più che sufficiente (tab. 15)
- L'85,5 % dei medici afferma di attenersi a eventuali linee guida, protocolli o standard (tab. 16)
- Il 30,8% dei medici afferma che la decisione di prescrivere è abbastanza o molto influenzata dal costo delle prescrizioni fatte o richieste (tab. 17)

Quanti medici e quante prescrizioni sono fatte  
per esclusive ragioni di medicina difensiva



# I risultati

- **Farmaci:** circa il 53 % dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni sono il 13% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici molto giovani, quelli di assistenza primaria, in chirurgia, ostetricia-ginecologia, ortopedia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole (Tab. 4)
- **Visite specialistiche:** il 73 % e oltre dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il 21% di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici fino a 44 anni d'età, in assistenza primaria, medici ospedalieri, in medicina interna, in nefrologia-urologia, neurologia e neurochirurgia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole (tab. 5)
- **Esami di laboratorio:** circa il 71% dei medici dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il 21% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici ospedalieri pubblici, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole. (tab. 6)
- **Esami strumentali:** circa il 75,6% dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni rappresentano il 22,6 % circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici ospedalieri, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole. Esiste qualche variazione se si guardano gli esami strumentali uno per uno (tab. 7; tab. 8-9 dettagli)
- **Ricoveri:** circa il 49,9 dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono l'11% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici giovani, i medici di ospedale pubblico, in cardiologia, chirurgia, medicina interna, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole (tab. 10)



# Altri fattori di incidenza sulla medicina difensiva (tab. 20)

Oltre al timore di un esposto o una denuncia, quali altri fattori possono indurre i medici ad effettuare prescrizioni di carattere difensivo?

- Il clima che oggi esiste presso la pubblica opinione nei confronti dei medici (per il 65,8% dei medici)
- Per eventuali iniziative della magistratura (per il 57,9% dei medici)
- Per la pressione che il medico sente a causa di esperienze di contenzioso accadute ai colleghi (per il 48,4% dei medici)
- La necessità di prevenire e tutelarsi da sanzioni da parte delle strutture e dei servizi di appartenenza (per il 43,1 % dei medici)
- Per il timore di rovinarsi la carriera (per il 27,8% dei medici)
- Per paura di finire sui giornali o in televisione (per il 17,8% dei medici)
- Per la paura di perdere i pazienti (per il 10,6% dei medici)
- Per il disagio di essere criticato dai colleghi (per il 9,6% dei medici)



## La probabile Incidenza economica della medicina difensiva sulla spesa sanitaria *(stima campionaria percentuale in base a vincoli ed assunti)*

Spesa per medicina difensiva generata da **tutti** i medici  
sulla spesa del **solo SSN (tab. 32)**

Farmaci:	1,9%
Visite:	1,7%
Esami di laboratorio:	0,7%
Esami strumentali:	0,8%
Ricoveri:	4,6%
<b><i>Totale:</i></b>	<b><i>10,5%</i></b>

Spesa per medicina difensiva generata da **solli medici privati**  
sulla **spesa privata (tab. 34)**

Farmaci:	4%
Visite:	2,1%
Esami di laboratorio:	0,6%
Esami strumentali:	0,4%
Ricoveri:	0,1%
<b><i>Totale:</i></b>	<b><i>14%</i></b>

Spesa per medicina difensiva generata dai **solli medici**  
**pubblici** sulla spesa del **solo SSN (tab. 33)**

Farmaci:	1,9%
Visite:	1,8%
Esami di laboratorio:	0,7%
Esami strumentali:	0,8%
Ricoveri:	4,8%
<b><i>Totale:</i></b>	<b><i>10,6%</i></b>

Spesa per medicina difensiva generata da **tutti i medici**  
**pubblici e privati** sulla **spesa totale (tab. 35)**

Farmaci:	3,7%
Visite:	2,4%
Esami di laboratorio:	0,8%
Esami strumentali:	0,8%
Ricoveri:	3,2%
<b><i>Totale:</i></b>	<b><i>11,8%</i></b>



# Agenda

---

- Il rischio in sanità: specificità
- Conseguenze economiche e assicurative
- **Premesse per le proposte operative**



# Premesse per le proposte operative

---

- Lavorare sulle evidenze scientifiche e cliniche
- Lavorare sui meccanismi della sicurezza



# I sistemi di gestione del rischio clinico: requisiti e caratteristiche principali

---

Nella progettazione di un sistema di gestione del rischio clinico è prioritario e fondamentale considerare i seguenti aspetti:

- **Cultura** ➔ cultura della sicurezza e approccio integrato
- **Organizzazione** ➔ metodi scientifici e strumenti operativi/gestionali rigorosi
- **Funzionamento** ➔ meccanismi incentivanti



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: requisiti e caratteristiche principali

---

Nella progettazione di un sistema regionale di gestione del rischio clinico è prioritario e fondamentale considerare i seguenti aspetti:

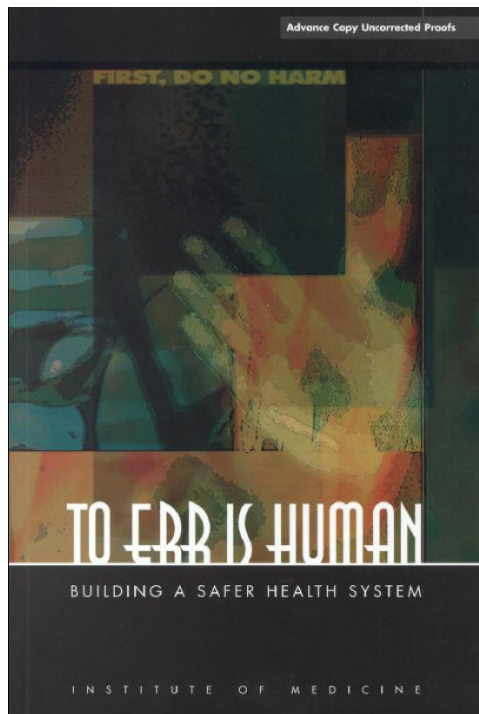
- **Cultura** → **cultura della sicurezza e approccio integrato**
- Organizzazione → metodi scientifici e strumenti operativi/gestionali rigorosi
- Funzionamento → meccanismi incentivanti



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: **la cultura della sicurezza**

---

- **Cultura (prerequisito)**



Dalla data di pubblicazione del rapporto *To err is Human* (Institute of Medicine, Stati Uniti, 1999) la promozione della cultura della sicurezza è divenuto fattore fondamentale e preliminare alla ricerca di efficaci soluzioni per il governo del rischio clinico



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: **la cultura della sicurezza**

---

## **Un rischio da evitare:**

numerose sperimentazioni sono state avviate a livello regionale, di singola azienda o struttura sanitaria e di singolo reparto

### **Mancanza di coordinamento**



### **Molteplicità di modelli di gestione del rischio clinico**



- **Non confrontabilità di metodi e risultati (no *benchmarking*)**
- **Difficoltà a costituire una banca dati generale**

**È necessario trovare un minimo comune denominatore**



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: **requisiti e caratteristiche principali**

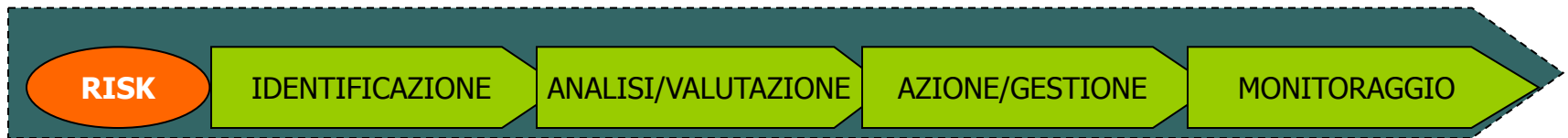
Nella progettazione di un sistema regionale di gestione del rischio clinico è prioritario e fondamentale considerare i seguenti aspetti:

- Cultura → cultura della sicurezza e approccio integrato
- **Organizzazione** → **metodi scientifici e strumenti operativi/gestionali rigorosi**
- Funzionamento → meccanismi incentivanti



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: **requisiti e caratteristiche principali**

- **Requisiti organizzativi: metodi scientifici e strumenti operativi/gestionali rigorosi**



*Verso una vera cultura del rischio*



**RISK MANAGEMENT**

**Strumento per la gestione dei rischi ospedalieri**

**Def. “Funzione aziendale con il compito di identificare, valutare, gestire e sottoporre a controllo economico i rischi di una azienda”**



**Scuola Superiore  
Sant'Anna**  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

**[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)**

# *Il risk management*

---

**Approccio multidisciplinare e proattivo**

**Fasi**



- **identificazione del rischio**
- **valutazione del rischio**
- **gestione del rischio**

In **Italia** carenza dei sistemi informativi



**Valutazione e gestione del rischio: molto difficile**



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: **requisiti e caratteristiche principali**

Nella progettazione di un sistema regionale di gestione del rischio clinico è prioritario e fondamentale considerare i seguenti aspetti:

- Cultura → cultura della sicurezza e approccio integrato
- Organizzazione → metodi scientifici e strumenti operativi/gestionali rigorosi
- **Funzionamento** → **meccanismi incentivanti**



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: **modalità di funzionamento**

---

- **Modalità di funzionamento**

L'efficacia dei sistemi e degli strumenti di gestione del rischio dipende da quanto essi riescono a coinvolgere i diversi attori

## **OBIETTIVO**

**Individuare meccanismi capaci di  
incentivare adeguatamente i diversi  
operatori**



# I sistemi regionali di gestione del rischio clinico: **modalità di funzionamento**

---

Uno degli strumenti più efficaci per la definizione degli incentivi è rappresentato dal **MECCANISMO DI *FINANZIAMENTO della SICUREZZA***

Possibili modelli di finanziamento del rischio

**Ricorso esclusivo  
al mercato  
assicurativo**

**Individuazione -  
anche - di  
meccanismi di  
autofinanziamento**



# I sistemi regionali di gestione del rischio: quale meccanismo di finanziamento?

---

## OBIETTIVO (1)

Individuare la modalità di finanziamento del rischio che consenta di:

- ridurre la **dimensione del rischio**
- contenere gli **effetti associati al rischio**
- contenere il **costo del rischio**

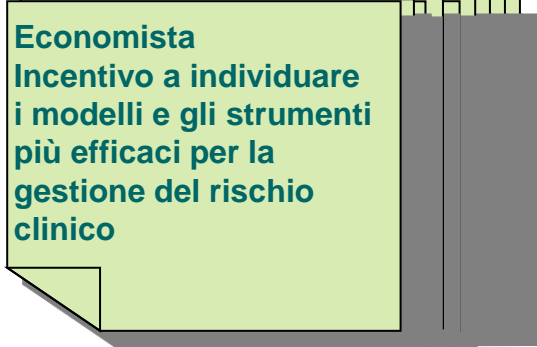


# I sistemi regionali di gestione del rischio: quale meccanismo di finanziamento?

## OBIETTIVO (2)

Individuare la modalità di finanziamento del rischio che consenta di **allineare gli incentivi** dei diversi operatori

...così da ridurre il rischio di azzardo morale e di comportamenti opportunistici (associati a possibili interessi divergenti e a contesti ambientali non adeguati)



Economista  
Incentivo a individuare  
i modelli e gli strumenti  
più efficaci per la  
gestione del rischio  
clinico



# I sistemi regionali di gestione del rischio: quale meccanismo di finanziamento?

---



...e da distribuire adeguatamente la  
responsabilità tra tutti gli attori del sistema



# I sistemi regionali di gestione del rischio: quale meccanismo di finanziamento?

---

## I Fondi per l'*autoassicurazione*

- Da valorizzare quale strumento per **accelerare** la diffusione della cultura della sicurezza e della gestione del rischio più che come strumento per il risarcimento
- Incentiva la Regione e le strutture sanitarie a utilizzare strumenti di limitazione dell'azzardo morale
- Strumento di "pacificazione sociale" e di limitazione del contenzioso



---

“In medical terms the papal aphorism *to err is human* is quite incorrect and should be re-phrased by *the propensity for errors is human*, indicating that errors are components of human cognitive processing and actions but excludes the fatalistic connotation *that there is nothing anyone can do about it*”

A. Cuschieri, 2003



Scuola Superiore  
Sant'Anna  
di Studi Universitari e di Perfezionamento

[g.turchetti@sssup.it](mailto:g.turchetti@sssup.it)