

Risk management e medicina legale: la nostra esperienza nell'ospedalità privata

Autori: Gianpietro Volonnino, Raffaele La Russa, Zoe Del Fante,
Silvia Romano, Valentina Fazio, Paola Frati

U.O.C. Medicina Legale e delle Assicurazioni
Direttore Prof. Vittorio Fineschi



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Innovazioni della legge n. 24/17

- ▶ Valorizzazione di sistemi integrati di gestione del rischio (art. 1-4)
- ▶ Introduzione di una via procedurale preferenziale rappresentata dall'art. 696bis cpc (art. 8)
- ▶ Obbligo di copertura assicurativa o 'altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi' (art. 10)

Articolo 10

- «Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private **devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi** ... anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento, nonché di sperimentazione e di ricerca clinica»

Funzione del rischio clinico

I primi 4 articoli della legge sono dedicati alla valorizzazione di sistemi di gestione integrata del rischio applicati in concreto, basati sul miglior stato dell'arte in materia.

Funzione del rischio clinico

- ▶ Risulta necessaria un'implementazione, presso le strutture sanitarie, pubbliche e private, di efficienti ed efficaci sistemi di gestione del rischio clinico, orientati in ottica proattivo/preventiva.
- ▶ Assume quindi rilevanza il **Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.)**, organismo di natura collegiale e multidisciplinare, deputato al controllo del rischio clinico.

Attività del Co.Va.Si.

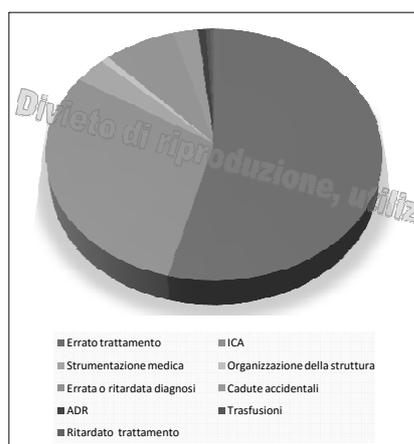
- ▶ Individua aree di criticità dal punto di vista organizzativo e tecnico-professionale
- ▶ Concorre alla definizione delle priorità di intervento e verifica i risultati conseguiti
- ▶ Valuta i sinistri al fine di individuare la sussistenza del nesso causale
- ▶ Valuta l'impatto economico del rischio →
AUTORITENZIONE

Materiali e metodi



Lo studio ha analizzato la sinistrosità di 4 strutture sanitarie private accreditate, per un totale di **241 sinistri** distribuiti dal gennaio 2014 al luglio 2018.

Risultati



In ordine alla tipologia di sinistri verificatisi, la classificazione in base al sistema ICPS ha dimostrato una prevalenza degli **errori di trattamento (54%) e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (30%)**. Si evidenziano altresì gli eventi legati ad errata e ritardata diagnosi (18%), alla strumentazione medica (3%) ed ai problemi organizzativi e gestionali, in particolare le cadute accidentali (3%).

I.C.A.

PONE ai CTU i seguenti quesiti:

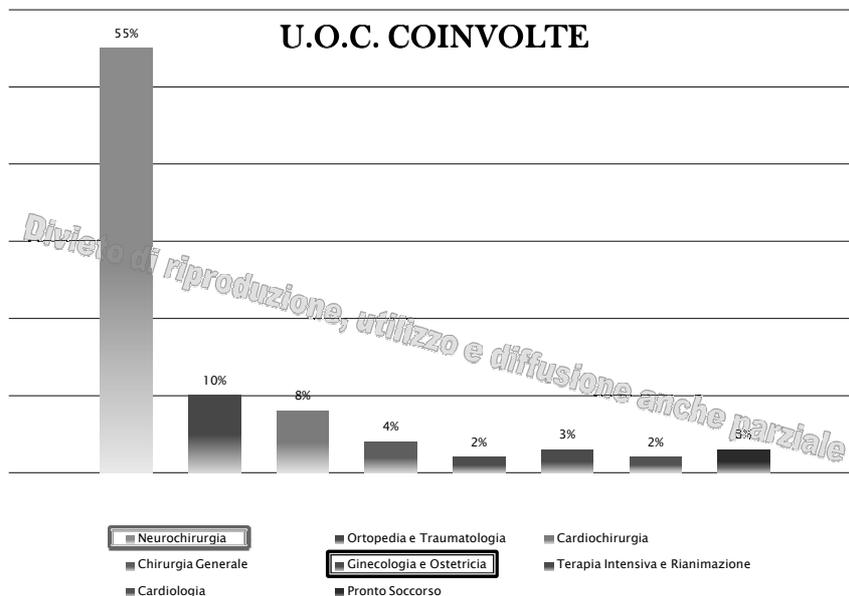
A) stabiliranno le cause del decesso del [redacted] se le stesse siano da mettere in relazione (nesso causale) con la dedotta infezione;

B) accerteranno la procedura di "sanificazione" dell'ambiente ospedaliero presso cui [redacted] è stato ricoverato, verificando quali protocolli fossero in atto al momento dell'asserita contrazione dell'infezione nosocomiale da parte del [redacted] e se essi siano stati concretamente applicati (per come emergente dalla documentazione posta a disposizione dalla parti e di quella eventualmente acquisita presso l'Azienda ospedaliera [redacted] vedendo dal rilievo che deve trattarsi di un'attività di prevenzione delle infezioni «effettiva, adeguata ed utile»;

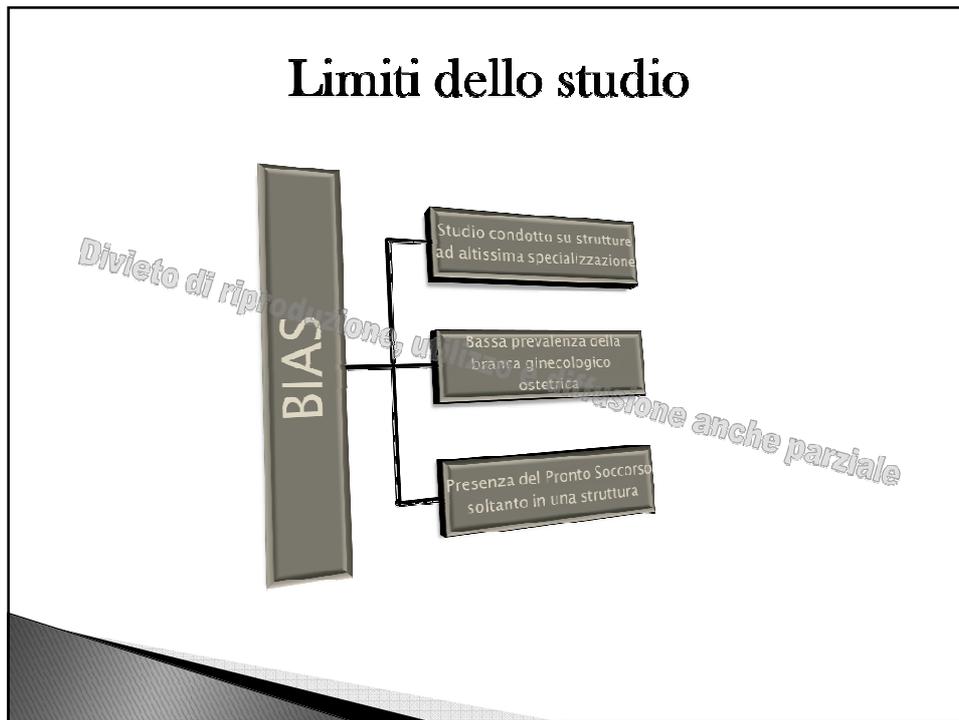
C) accerteranno se risultino implementati controlli e verifiche che consentano di individuare, sempre in concreto, come e quanto l'applicazione delle buone prassi di sanificazione abbia inciso sulla insorgenza – e controllo – delle infezioni ospedaliere e quali provvedimenti che siano stati assunti all'esito delle verifiche di cui alla lettera A); se vi sia stata alla attuazione di corsi periodici di aggiornamento obbligatori per il personale medico-sanitario che rendano significativi i contenuti delle predette circolari e protocolli emanati dalla direzione sanitaria del nosocomio;

D) accerteranno se, in merito a quanto sopra, l'ente ospedaliero, tenuto in questione, dal Comitato I.O. (competente per la redazione ed approvazione dei documenti e protocolli in tema di prevenzione delle infezioni ospedaliere) – allo scopo di rendere effettivo ed adeguato il processo di sanificazione, alla luce del caso concreto e attese le condizioni progresse del paziente che – se a priori deteriorate – fanno inevitabilmente salire l'indice di Rischio Effettivo (I.R.E.) e la classe di rischio (A.S.A.)

U.O.C. COINVOLTE



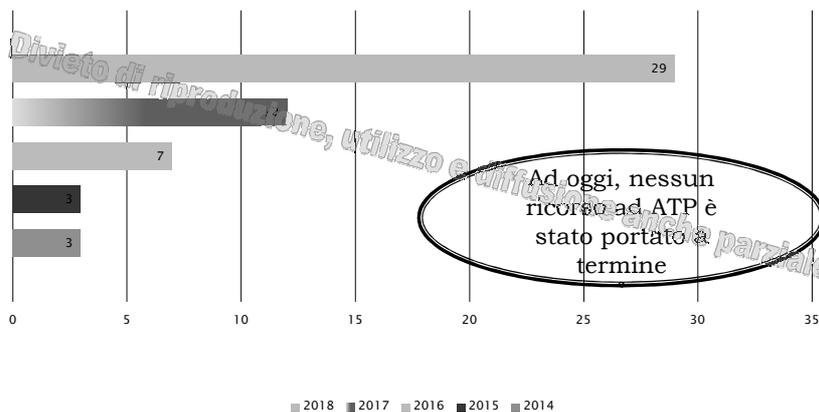
Limiti dello studio



Articolo 8

- ▶ «Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da una responsabilità sanitaria **è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'art. 696bis cpc** dinanzi al giudice competente»
- ▶ «La presentazione del ricorso di cui al comma 1 costituisce una condizione di procedibilità della domanda di risarcimento ...»
- ▶ «Ove la conciliazione non riesca o il procedimento non si concluda entro il termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, la domanda diviene procedibile e gli effetti della domanda sono salvi se, entro novanta giorni dal deposito della relazione o della scadenza del termine perentorio, è depositato ... il ricorso di cui all'articolo 702bis del cpc ...».

DISTRIBUZIONE DEL RICORSO AD ATP



Puntualizzazioni sul ricorso all'art. 696 bis cpc

- ▶ Potenziali vantaggi: accorciamento dei tempi dell'iter giudiziario dei casi
- ▶ Potenziali limiti: tale brevità di tempi può comportare un aumento del carico di lavoro gravante sul Co.Va.Si, nonché uno studio meno approfondito del caso, in termini medico-legali



Conclusioni

Analisi del contenzioso medico-legale mediante l'ausilio del Co.Va.Si.



Individuazione di eventi avversi ed eventi sentinella



Pianificazione delle strategie per l'abbattimento del rischio al fine di permanere in regime di autorizzazione

Divieto di riproduzione, utilizzo e diffusione anche parziale