

MALPRACTICE

ANESTESISTI SOTTO TIRO

PIÙ DENUNCE AL SUD E NEI PICCOLI OSPEDALI

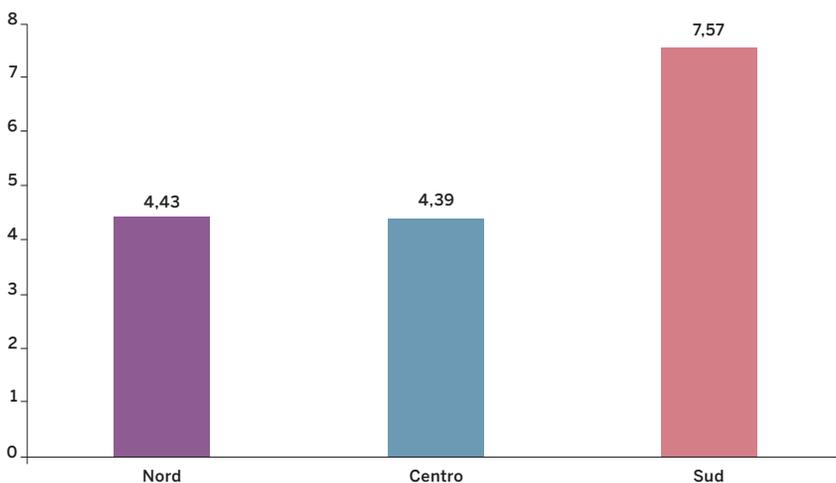
Uno studio del sindacato Aaroi-Emac fotografa l'incidenza dei contenziosi che coinvolgono gli specialisti in anestesia e rianimazione. Nel 2014 il 35% dei sinistri era in terapia intensiva e il 31% in sala operatoria. Ma solo in un caso su quattro si tratta di responsabilità diretta

Età media 50 anni, maschio, in servizio soprattutto al Sud e in strutture con meno di 120 posti letto. È il primo identikit del medico anestesista rianimatore più frequentemente oggetto di contenziosi legali per presunta malpractice. A tracciarlo sono i risultati preliminari di uno studio condotto sui propri iscritti dal sindacato Aaroi-Emac (Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani emergenza area critica). I dati si riferiscono ai contenziosi dei camici bianchi aderenti all'associazione (oltre diecimila) per il 2014. Sono stati presentati lo scorso giugno a Roma in occasione del dodicesimo Congresso Siared (Società italiana anestesia, rianimazione, emergenza e dolore), dove è stata annunciata l'istituzione di un Osservatorio nazionale permanente sul contenzioso medico-legale.

In totale sono state esaminate 490 denunce relative a 323 sinistri. Di questi, il 35% si è verificato in terapia intensiva, il 31% in sala operatoria, il 28% in un reparto ospedaliero e il 6% sul territorio. Riguardo agli eventi avversi in sala operatoria, le specialità chirurgiche più frequentemente coinvolte sono state: chirurgia generale (17%), chirurgia ginecologica (14%), chirurgia ortopedica (12%), neurochirurgia (5%) e chirurgia otorinolaringoiatrica (5%).

L'incidenza degli eventi critici si è rivelata maggiore nelle piccole strutture, dove il numero di sinistri è stato il doppio (2,24 per 1.000 posti letto) nelle strutture con

Distribuzione territoriale eventi denunciati per milione di abitanti



Fonte: Aaroi-Emac, 2016

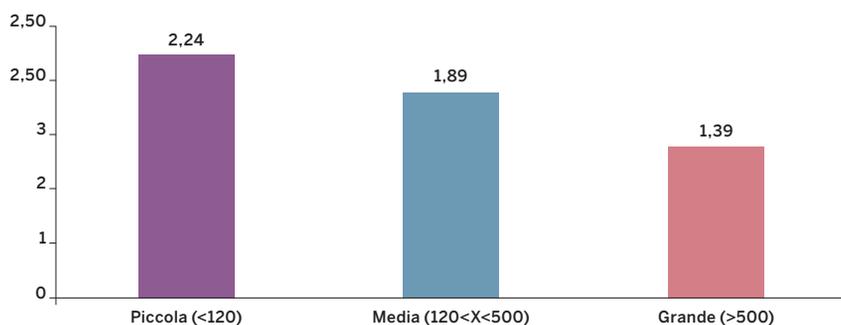
meno di 120 posti letto rispetto a quelle con più di 500 posti (1,39 per 1.000 posti letto). Anche la distribuzione geografica dei sinistri denunciati è molto variabile: il numero di eventi critici per posti letto è stato doppio al Sud rispetto al Nord: 1,36 ogni mille posti letto nelle Regioni settentrionali; 1,35 al Centro e 2,62 nel Meridione. Con un trend simile se si considera il dato per milione di abitanti: 4,43 eventi critici per milione di abitanti al Nord, 4,39 al Centro e 7,57 al Sud. Nel confronto fra strutture pubbliche e private convenzionate, l'incidenza dei sinistri è risultata più alta nelle seconde (2,67 vs 1,46 ogni 1.000

posti letto). Altro dato significativo – sottolinea il sindacato – è il minor numero di denunce portate avanti nei confronti dei medici donna (189) rispetto agli uomini (345), nonostante la sostanziale parità di genere degli iscritti all'Aaroi-Emac.

Le procedure oggetto di contenzioso riguardano nel 52% dei casi l'esecuzione di un'anestesia generale, nel 36% di un'anestesia loco-regionale, nell'11% un intervento in condizioni di emergenza, solo nell'1% procedure di sedazione. L'anestesista-rianimatore è stato coinvolto nel 64% delle denunce per responsabilità di équipe, nel 25% per responsabilità diretta, nel 3% per il ruolo di



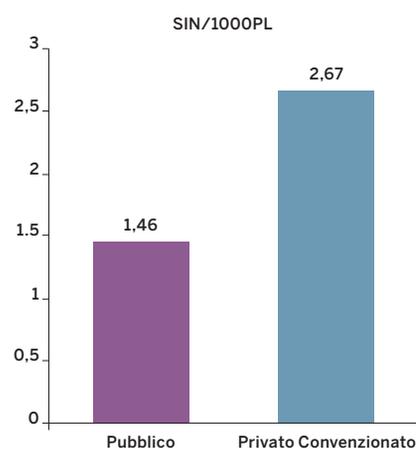
Eventi per dimensione struttura ogni mille posti letto



Struttura	Sinistri	Posti letto	SIN/1000 Posti letto
Piccola (<120)	71	31.711	2,24
Media (120<X<500)	160	84.438	1,89
Grande (>500)	103	74.007	1,39

Fonte: Aaroi-Emac, 2016

Distribuzione eventi (n=334) per tipo struttura



Fonte: Aaroi-Emac, 2016

responsabile dell'Unità operativa. Nel rimanente 8% non si è riusciti a risalire al tipo di responsabilità per carenza di informazioni. Le fasi di induzione e mantenimento dell'anestesia sono state quelle in cui si sono verificati in misura maggiore gli eventi avversi, che però nella fase di mantenimento (48%) sono dipesi più dall'operato del chirurgo che dell'anestesta-rianimatore (fase intra-operatoria), mentre si è attribuita una responsabilità pressoché esclusiva all'anestesta-rianimatore nel 35% degli eventi avversi riguardanti l'induzione dell'anestesia generale o l'esecuzione dell'anestesia locoregionale (fase pre-operatoria). Il 17% degli eventi

avversi si è verificato al risveglio e durante il monitoraggio del paziente in recovery room. I settori dell'anestesia, della rianimazione, dell'emergenza e dell'area critica sono strategici per la funzionalità degli ospedali e richiedono alti standard di qualità e sicurezza a beneficio di operatori e cittadini. Per questo – spiega il sindacato – una delle necessità ineludibili è quella di indirizzare in maniera più adeguata la formazione degli specialisti. In particolare quella “in simulazione avanzata” che Aaroi-Emac organizza al Centro SimuLearn di Bologna. “Non bisogna, comunque, dimenticare – commenta Franco Marinangeli, consi-

gliere Siated e responsabile scientifico del centro – che le procedure anestesiolgiche negli ultimi anni hanno fatto passi da gigante in termini di sicurezza. Senza timore di smentita si può dire che l'anestesia è oggi un atto sicuro, con un'incidenza della mortalità che si è ridotta negli ultimi 50 anni in maniera esponenziale raggiungendo un tasso di 0,4-0,8 decessi ogni 100 mila procedure”. (M.Lon) ▲

Parole chiave

Malpractice, contenzioso medico-legale, sinistri, anestesisti rianimatori
Aziende/Istituzioni
 Aaroi-Emac, Siated

AAROI-EMAC: MANCANO ALL'APPELLO 3.500 SPECIALISTI COSÌ IL MEDICO DIVENTA "COMMESSE VIAGGIATORE" E LA SICUREZZA DEL PAZIENTE PIÙ DIFFICILE DA TUTELARE

Gli anestesisti rianimatori dovrebbero essere presenti in ospedale h24, ma sono troppo pochi – o rimpiazzati con soluzioni “atipiche e occasionali” – e spesso costretti a muoversi fra più strutture compiendo “salti spazio-temporali al limite della fantascienza”. Ecco cosa ne pensa il sindacato

▲ **Alessandro Vergallo**
Presidente nazionale Aaroi-Emac

Ci sono oggi, e aumentano di giorno in giorno, innumerevoli attacchi alla professione medica, che se non contrastati rischiano di ridurla, continuando a svilirne il valore, ad “arte ausiliaria” di un sistema sanitario allo sbando, con effetti devastanti sui cittadini del nostro Paese. Il depauperamento delle risorse che il Governo centrale continua a tagliare, il prolungarsi del blocco contrattuale del pubblico impiego, il turnover impedito da normative di legge improntate al risparmio indiscriminato, la quotidiana mortificazione professionale dei medici ospedalieri da parte di molte amministrazioni sempre più arroganti e sempre più schiave dei poteri forti, rappresentati da una certa politica arretrata e da una certa Università incartapecorita, il reclutamento di personale affidato al caporalato sono tutti elementi che svelano la malcelata volontà di privatizzare il Servizio sanitario nazionale (Ssn). Una privatizzazione che ha il suo incipit, o forse il suo strumento, in una “spending review” attuata in modo tale da lasciare che molti “rami secchi” continuino a sprecare risorse, perseverando invece nel penalizzarne i settori più strategici. Tra le conseguenze di una tale scellerata applicazione di un controllo di spesa, che altrimenti sarebbe condivisibile, c'è una minore possibilità di cura per la popolazione meno abbiente. Al contempo, negli ospedali pubblici italiani,

sono rimaste invariate molte situazioni paradossali: per esempio, oltre ad una sproporzionata numerica crescente tra dirigenti amministrativi e dirigenti medici, a fronte di una sostituzione di personale amministrativo con personale sanitario e tecnico portatore di “limitazioni” di incredibile prevalenza statistica, abbiamo un numero incredibile di cardiocirurgie, reparti di area internistica nei quali a fronte di una progressiva riduzione dei posti letto non è mai stata riparametrata la dotazione di personale, punti nascita nei quali il personale in servizio assicura alla popolazione meno di un parto al giorno. Per focalizzare l'attenzione su quale sia l'impatto professionale e sociale di quest'ultimo paradosso, basti pensare che lo studio Aaroi-Emac sui contenziosi sanitari ha dimostrato che nei piccoli ospedali, quelli sotto i 120 posti letto, gli eventi avversi che danno luogo a denunce sia civili che penali sono il doppio rispetto alle strutture con più di 500 posti letto. Eppure, la politica e le amministrazioni si rifiutano di affrontare il problema, preferendo aggirarlo con soluzioni fantasiose per far fronte alle carenze organizzative che il mantenimento dei piccoli ospedali, in combinazione con la riduzione del personale, ha fatto emergere inevitabilmente e drammaticamente, arrivando ad istituire una nuova figura professionale: il medico commesso viaggiatore. E qual è stato lo specialista maggiormente utilizzato per

dar vita a questa nuova creazione? L'anestesista rianimatore, che in talune realtà è diventato un professionista “globetrotter”, obbligato a compiere salti spazio-temporali al limite della fantascienza tra una struttura e l'altra.

Ma questa è solo l'ultima pensata che aggiunge ulteriore insostenibilità alla cronica carenza di personale che molto più di altre specializzazioni affligge la categoria degli anestesisti rianimatori, crea disorganizzazione nel loro lavoro, ed aumenta in modo intollerabile i rischi intrinsecamente legati al loro delicatissimo ruolo di medici da sempre al servizio dei cittadini nelle situazioni di maggior fragilità, cioè allorquando devono affrontare un intervento chirurgico, o sono ricoverati nelle rianimazioni, o accedono ai Pronto Soccorso per emergenze di ogni tipo, o più in generale si trovano in pericolo di vita.

L'ambito in cui si muove l'anestesista rianimatore (Ar) spazia dall'Anestesia e Medicina Perioperatoria alla Terapia Intensiva e Rianimazione, dall'Emergenza Urgenza territoriale e ospedaliera alla cura e alla prevenzione del dolore, compreso quello da parto. A differenza di tutti gli altri medici, infatti, ogni anestesista rianimatore interviene sui pazienti affidati alle sue competenze da solo. All'interno di una struttura sanitaria la presenza di un Ar è fondamentale per garantire la sicurezza dei pazienti. Ma nonostante la normativa



obblighi – in teoria – alla presenza dell’Ar h24 negli ospedali, in realtà tale obbligo di presenza (la “guardia”) è ampiamente disatteso, sostituito da quello di precipitarsi in ospedale da casa (in “pronta disponibilità”) a seguito di chiamate per ogni tipo di urgenza ed emergenza. La maggior drammaticità di questa arcaica modalità di garantire ai cittadini la salute in condizioni di pericolo si verifica proprio nei Punti Nascita, dove l’Ar è sempre indispensabile per la sicurezza della donna e molto spesso, in assenza del neonatologo, anche per quella del bambino. Né può essere sottaciuto che il reclutamento di personale “atipico”, in pratica quasi “occasionale”, attraverso inquadramenti contrattuali di tipo “territoriale” (es. “specialista ambulatoriale”) o tramite appalto a società di servizi, adottato da troppe amministrazioni per assicurare al Ssn gli specialisti necessari, riguarda incredibilmente proprio gli Ar, le cui competenze professionali, negli ospedali, sono quelle meno “occasionalmente” in confronto a

tutte le altre. Ancora, va sottolineato che i vari tentativi di “task snatching” (furto di competenze), l’esatto significato di ciò che viene propugnato ad arte come “task shifting” (trasferimento di competenze) dalla professione medica a quelle sanitarie ausiliarie, impattano in maniera inaccettabile sugli Ar e sulla sicurezza dei pazienti.

Negli ospedali italiani mancano almeno 3.500 anestesisti rianimatori, ai quali andrebbero aggiunti quelli indispensabili per la partoanalgesia laddove si intenda realizzarla con le uniche metodiche realmente efficaci, cioè quelle loco-regionali, che essi soli possono effettuare, oltre che quelli necessari ad un Sistema di Emergenza-Urgenza 118 assicurato da professionisti altamente competenti, da sempre chiamati a soccorrere i colleghi di altre discipline per assistere i pazienti nelle condizioni cliniche più gravi, e non affidato, spesso con metodi da “ufficio di collocamento”, a “medici emergenzisti” improvvisati. Fare il gioco delle tre carte per evitare di assumere tutti

gli specialisti in Anestesia e Rianimazione che servono al Ssn è inutile e rischioso per tutti i cittadini. Per quanto riguarda l’art. 22 del Patto per la Salute, rispetto alla previsione di un maggior impegno assistenziale degli specializzandi, le carenze di personale specialista in Anestesia e Rianimazione possono essere tamponate solo marginalmente (ma con effetti tutt’altro che trascurabili in termini di efficienza) per attività di minor rilievo, come ad esempio il supporto nelle Recovery Room e nelle Rianimazioni, ma non attraverso la sostituzione degli specialisti in sala operatoria o nei servizi di guardia: questo principio è condiviso anche dalle società scientifiche Siared e Siaarti, e dal Collegio dei professori di Anestesia e Rianimazione (Cpar). ▴

Parole chiave

Anestesisti rianimatori, tagli, personale, sicurezza, pazienti

Aziende/Istituzioni

Aaroi-Emac, Siared, Siaarti, Cpar, Ssn