

SURVEY FIASO 2023

Malpractice Medica & Health Risk Management

Un percorso tecnico-strategico-specializzato a disposizione delle Associate per un approccio consapevole e *data-driven* alla gestione dei rischi clinico-sanitari ed economici

Antonio D'Amore, Antonio D'Urso, Nicola Pinelli, Fabio Russo*

L'ambito delle riflessioni finalizzate a perseguire la migliore gestione delle risorse per quella che potrà essere la Sanità del Futuro non poteva non includere la L. n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco) a oltre 6 anni dalla sua entrata in vigore. La survey ha indagato le seguenti aree: caratteristiche e parametri dimensionali dell'Azienda; descrizione della governance, malpractice medica/contenzioso; descrizione della strategia economico-finanziaria utilizzata; rilevazione fenomenologica della valutazione del rating professionale aziendale ed interazione malpractice medica-governance clinica. La metodologia di raccolta delle

informazioni e dei dati relativi a questi argomenti ha preventivamente tenuto conto della possibile grande eterogeneità delle diverse articolazioni aziendali nonché della relativa bassa conoscenza di alcuni termini o fasi operative. Sono presentati poi i dati relativi a 3 temi suddivisi per nord, centro e sud. I principali risultati sono sintetizzati nei seguenti termini: valutazione sinistri, impatto del rischio clinico-sanitario, gestione economica finanziaria, strumenti economico-finanziari e affidabilità professionale. Assenza di un affidabile metodo di verifica dei risultati ottenuti. In vari contesti è dichiarata la riduzione della sinistrosità senza il supporto di evidenze empiriche in quanto questa dinamica può essere valutata per un periodo lungo superiore a quello degli incarichi manageriali. Altro aspetto importante sembra emergere dalla non adeguata attenzione su alcuni elementi come le cartelle cliniche e le

S O M M A R I O

1. La premessa
2. Il campionamento e l'elaborazione
3. Obiettivi della survey
4. La rilevazione

* Antonio D'Amore, Direttore generale dell'AO Ospedale Cardarelli.

Antonio D'Urso, Direttore generale dell'Azienda UsI Toscana sud est.

Nicola Pinelli, Direttore della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Fabio Russo, Consulente Risk Management.

● MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

adeguate expertise professionali nella gestione di processi che hanno un impatto economico rilevante per l'Azienda. Nelle regioni del sud e del centro la gestione della malpractice medica sembra emergere come un "problema" da risolvere piuttosto che un'opportunità di gestire meglio le risorse e il rischio clinico. Infine uno degli aspetti critici più evidenti sembra essere quello del collegamento tra le informazioni rilevabili dai casi denuncia di malpractice medica e la gestione dei rischi clinico-sanitari. L'assenza di un adeguato studio statistico e analitico di tali dati riduce l'impatto sul rischio quasi esclusivamente ad azioni reattive (audit) con limitate attenzioni agli interventi sulle principali risorse di governance clinica.

Parole chiave: malpractice medica, gestione dei rischi clinico-sanitari, Health Risk Management.

A technical-strategic-specialized pathway available to Associates for an approach conscious and data-driven approach to the management of clinical-health and economic risks

The scope of reflections aimed at pursuing the optimal management of resources for what could be the Healthcare of the Future could not overlook Law 24/2017 (so-called Gelli-Bianco Law), over six years after its entry into force. The survey investigated the following areas: characteristics and dimensional parameters of the Company; description of governance, medical malpractice/litigation; description of the economic-financial strategy used; phenomenological assessment of the evaluation of the company's professional rating and the interaction between medical malpractice and clinical governance. The methodology for collecting informa-

tion and data on these topics took into account the possible great heterogeneity of different company articulations as well as the relatively low knowledge of some terms or operational phases. Data related to three themes are then presented, divided into north, central, and south. The main results are summarized in the following terms: claims assessment, impact of clinical-health risk, economic and financial management, economic-financial tools, and professional reliability. Absence of a reliable method for verifying the results obtained. In various contexts, a reduction in claims frequency is declared without empirical evidence support, as this dynamic can be assessed over a period longer than managerial assignments. Another important aspect seems to emerge from the inadequate attention to elements such as medical records and adequate professional expertise in managing processes that have a significant economic impact on the Company. In the southern and central regions, the management of medical malpractice seems to emerge as a "problem" to be solved rather than an opportunity to better manage resources and clinical risk. Finally, one of the most evident critical aspects seems to be the connection between information gleaned from medical malpractice reports and the management of clinical-health risks. The absence of adequate statistical and analytical study of such data reduces the impact on risk almost exclusively to reactive actions (audits) with limited attention to interventions on the main clinical governance resources.

Keywords: Medical Malpractice, Clinical and Health Risk Management, Health Risk Management.

Articolo sottomesso: 11/11/2023,
accettato: 15/12/2023

1. La premessa

L'ambito delle riflessioni finalizzate a perseguire la migliore **gestione delle risorse** per quella che potrà essere la **Sanità del Futuro** non poteva non includere la L. n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli-Bianco) a oltre 6 anni dalla sua entrata in vigore.

L'osservazione critica degli innumerevoli convegni, corsi di formazione, pubblicazioni e report che hanno accompagnato l'evoluzione, sia tecnica sia giurisprudenziale, della legge, ha condotto **FIASO** nella progettazione e start-up di un percorso di **orientamento** che possa coadiuvare concretamente il Management mediante una roadmap, nell'ambito di un piano di rilancio del SSN, che consenta l'ottimizzazione dei vari strumenti gestionali a disposizione e, quindi, un maggior impatto sull'incremento del livello di sicurezza per i pazienti, nel miglioramento del rapporto fra Azienda, personale sanitario e utenza e nella riduzione dei costi (diretti e indiretti).

Questa prima pubblicazione è focalizzata su alcuni risultati dell'**analisi di primo livello** (dato singolo) riferibili a una macro-osservazione fenomenologica degli elementi di natura principalmente organizzativa, rimandando gli esami combinati di secondo e terzo livello (come quelli, per esempio, sulla sinistrosità medmal) al programma *in-formativo* di FIASO, che prevede un approfondimento nonché lo sviluppo degli argomenti per step.

2. Il campionamento e l'elaborazione

Partendo dall'obiettivo di **acquisire informazioni significative dal punto di vista qualitativo e non quantitativo**, la base statistica del campionamento doveva tener conto: *ex ante*, del

numero delle Aziende Sanitarie interpellate (le Associate FIASO, circa il 70% di quelle appartenenti al SSN) e delle percentuali di riscontro alle survey (in un range tra il 20% e il 40%, a cui si deve aggiungere l'aspettativa tenuto conto della complessità della rilevazione e il ristretto tempo concesso); ed, *ex post*, della composizione del Sistema Sanitario Nazionale italiano tra le varie tipologie di Azienda.

Ciò premesso, l'attendibilità statistica (sia interna sia esterna) dell'analisi dei dati che si andranno a proporre è stata costruita sulla base dei seguenti elementi dimensionali e metodologici:

- riscontro alla survey (45% delle Associate, con picco del 60% per l'area nord);
- editing e sommarizzazione dei dati (verifica, pulizia e omogeneizzazione);
- estrapolazione (per i dati con maggior variabilità) e interpolazione (per i dati più regolari) finalizzate a riprodurre la composizione del SSN (SSN/survey: A.S.L. 52%/46% – A.O. 25%/24% – IRCCS + Fondazioni 11%/16% – A.O. integr. con Univ. 8%/9% – A.O.U. 4%/5%).

Tali elaborazioni hanno consentito di pervenire a un margine di errore "qualitativo" massimo del 15% (un'analisi anche quantitativa attendibile pretende un'osservazione temporale più ampia).

3. Obiettivi della survey

Declinata in premessa la *ratio* del progetto **FIASO**, gli obiettivi non possono che essere tutti quegli elementi usualmente non rilevati o oggetto di esclusiva discussione *di stile*, ma che risultano fondamentali se si vuole puntare a una **governance efficace ed efficiente**, quali:

● MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

- il livello di conoscenza di che cosa sono, quali sono e come si valutano i rischi clinico-sanitari aziendali;
- il livello di consapevolezza di come si gestiscono i rischi clinico-sanitari;
- i diversi modelli di governance sia in ambito malpractice medica sia clinica adottati anche in relazione alle soggettività socio-politiche, dimensionali, dello stato evolutivo delle azioni di risk management e di expertise;
- le criticità percepite.
- il livello di conoscenza e consapevolezza in ambito dei sinistri medmal e il linking con i rischi clinico-sanitari;
- il livello di compliance aziendale rispetto a quanto previsto dalla L. n. 24/2017;
- le esigenze prodromiche per un percorso evolutivo.

4. La rilevazione

Funzionale a obiettivi e processi statistici necessari, è stato predisposto un questionario (anonimo e in compliance privacy) per aree tematiche con prevalenti domande chiuse a risposta singola o multipla ma anche con sezioni aperte che hanno consentito non solo di acquisire le informazioni tecniche necessarie ma anche degli indicatori attendibili del grado di “consapevolezza” e “conoscenza” dei vari argomenti trattati.

Di seguito il framework operativo con le aree tematiche sondate:

- *caratteristiche e parametri dimensionali dell'Azienda;*
- *descrizione della governance, malpractice medica/contenzioso;*
- *descrizione della strategia economico-finanziaria utilizzata;*
- *rilevazione fenomenologica della sinistrosità medmal (mediante domande chiuse a risposte singole, si è cercato*

di acquisire dati di natura oggettiva in quanto la discrezionalità è ancora troppo inattendibile in un settore dove troppe definizioni non sono ancora condivise ed univoche – le analisi di questi dati saranno resi pubblici in altra sede);

- *valutazione del rating professionale aziendale;*
- *interazione malpractice medica-governance clinica;*

PRIMA PARTE DELLA SURVEY – IL CONTESTO

Dimensioni e organizzazione

I dati raccolti, necessari a una descrizione dimensionale e organizzativa dell'Azienda, sono stati utilizzati sia per verificare l'attendibilità delle risposte, sia per “pesarle” lì dove questi risultavano variabili influenti (come, per esempio, nella sinistrosità).

La ricognizione è avvenuta mediante domande chiuse a risposta singola con l'esclusione della parte dedicata a eventuali “singolarità di rischio” rilevate in forma aperta per le opportune finalità cognitive sull'argomento.

Il monitoraggio ha riguardato: i PPOO/Ospedali, i DEA/Pronto Soccorso/Pronto Soccorso specialistici; i numeri riferibili ai principali indicatori socio-sanitari (ricoveri, PPLL, interventi chirurgici, parti ecc.) nonché dimensionali (retribuzioni, dipendenti, medici, infermieri, comparto ecc.) e possibili criticità logistiche e organizzative.

Tipologia cartelle cliniche

Tra i vari risultati dell'analisi dei dati di questa prima sezione della survey si rappresenta, di seguito, uno degli elementi che ha un sensibile impatto sia sulla **sicurezza dei pazienti** (difetti

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

nella comunicazione tra i medici) sia sull'**esito del contenzioso** (principio giuridico di vicinanza della prova) (Tab. 1).

Dove certamente il dato più significativo è che la metà delle Aziende Sanitarie utilizza ancora la cartella clinica cartacea (certamente la meno sicura ed efficiente) con un ritardo ancora più accentuato per le aziende dell'area sud (Tab. 2).

Premettendo che una maggiore fram-

mentazione dei dati, tenuto conto dei limiti quantitativi della rilevazione, aumenta inevitabilmente il margine di errore (in questo caso fino al 30%) – motivo per cui l'osservazione ha solo un valore prettamente indicativo – appare comunque significativa l'informazione circa la prevalente evoluzione digitale degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e delle Fondazioni, così come il ritardo delle Aziende Universitarie.

Tab. 1 – Tipologia cartelle cliniche per zona geografica

TIPOLOGIA CARTELLE CLINICHE tutte le Aziende Sanitarie	Esito			
	Totale	Nord	Centro	Sud
elettronica	19,2%	21,7%	25,0%	9,1%
informatizzata	30,8%	28,1%	37,5%	36,4%
cartacea	50,0%	50,0%	37,5%	54,5%

Tab. 2 – Tipologia cartelle cliniche per diversa tipologia di Azienda

TIPOLOGIA CARTELLE CLINICHE per diversa tipologia di Azienda	Esito				
	A.S.L.	A.O.	IRCCS	A.O. Int. Univ.	A.O.U.
elettronica	19,5%	14,3%	55,6%	0,0%	0,0%
informatizzata	32,2%	28,6%	44,4%	16,7%	33,3%
cartacea	48,3%	57,1%	0,0%	83,3%	66,7%

SECONDA PARTE DELLA SURVEY – LA GESTIONE DELLA MEDMAL

Governance malpractice medica e contenzioso

La metodologia di raccolta delle informazioni e dei dati relativi a questi argomenti ha preventivamente tenuto conto della possibile grande eterogeneità delle diverse articolazioni aziendali nonché della presunta bassa cono-

scenza di alcuni termini o fasi operative (per esempio, che cosa s'intende con "istruzione della pratica").

Pertanto, i dettagli sulle caratteristiche organizzative relative alla gestione delle richieste di risarcimento per atti medici erronei e del relativo contenzioso sono stati rilevati mediante domande chiuse con possibili risposte multiple sugli argomenti ritenuti più significativi, quali: le strutture tecniche coinvolte, incluso l'utilizzo e la

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

relativa composizione, e le modalità operative delle operazioni principali (istruzione delle pratiche, valorizzazione della prima riserva, rilevazione criticità clinico-sanitarie ecc.).

Il Comitato di Valutazione Sinistri (CVS)

Tenuto conto che si tratta di una struttura tecnica spesso istituzionalmente richiamata (per esempio: Linee Guida Ministeriali per l'attività di gestioni dei sinistri da Responsabilità medico-sanitaria o nelle varie bozze di decreto attuativo L. n. 24/2017), motivo per il quale è utilizzata dalla stragrande maggioranza delle Aziende Sanitarie (circa il 98%), un estratto interessante dell'analisi survey è quello relativo ad alcuni aspetti del CVS (Comitato di Valutazione Sinistri), quali la composizione in Tab. 3. Dal CVS estrapoliamo le seguenti informazioni di possibile interesse:

- la maggioranza delle Aziende utilizza il CVS come possibile struttura di linkaggio con la gestione dei rischi clinico-sanitari;

- **1 Azienda su 4** utilizza il CVS solo a monte del sinistro (istruzione medico legale della pratica) e non a valle (per esempio: la valutazione di una possibile transazione o decisioni di natura legale come la proposizione di un appello);
- l'**85%** delle Aziende dotate di Broker assicurativo ha incluso questa figura professionale nel CVS;
- la distribuzione degli altri componenti anche esterni vede nel **30%** dei casi l'utilizzo di legali esterni, nel **26%** quello del Direttore della UOC clinica coinvolta nel caso, nel **22%** è stato incluso un Loss Adjuster, nel **13%** un medico legale convenzionato e nel **9%** dei casi un Health risk manager;
- è stata rilevata una grande diversità nella composizione tecnica del CVS, pari a un **tasso di eterogeneità di quasi l'80%**.

L'impatto sul rischio clinico-sanitario

Abbiamo accennato al link tra la gestione del sinistro medmal e il rischio clinico-sanitario e, in tal senso, abbiamo cercato di approfondire le modalità in cui questo avviene.

Tab. 3 – Composizione del CVS aziendale

	% delle Aziende
Medicina Legale	91,8%
Clinic Risk Management	91,8%
Ufficio Legale	75,5%
Direzione Sanitaria (delegato)	61,2%
Ufficio Sinistri/Assicurazioni	55,2%
Assicuratore	46,9%
Broker assicurativo aziendale	44,9%
Altro componente tecnico anche esterno	38,8%
Affari Generali	36,7%
Direzione Amministrativa (delegato)	20,4%
Direzione Generale (delegato)	4,1%

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Nell'evidenziare che abbiamo rilevato una sensibile e prevedibile bassa conoscenza su concetti quali “matrice dei rischi” e “benchmark”, la Tab. 4 rappresenta un estratto della ricognizione specifica.

Tab. 4 – Attività di collegamento tra la malpractice medica e la governance clinica

	% delle Aziende
Rilevazione delle informazioni clinico-sanitarie dall'evento denunciato	88,5%
Alimentazione di un database/matrice dei rischi clinico-sanitari con i dati rilevati dal contenzioso medmal	76,9%
Utilizzo, negli strumenti di governance clinica (PDTA e procedure), delle informazioni rilevate dal contenzioso medmal	40,9%
Benchmark sinistri medmal con altre Aziende sanitarie	25,0%
Nessuna delle sopraindicate	7,7%

Dalla tabella si deduce che soltanto il 40% delle Aziende da un seguito “tracciabile” in ambito clinico a quanto rilevato in ambito malpractice medica e, di queste, circa l'80% lo fa utilizzan-

do come strumento gli audit (di seguito un dettaglio); pertanto, **meno del 10% delle Aziende Sanitarie utilizza le informazioni medmal nella predisposizione di PDTA e procedure.**

Tab. 5 – Attività di auditing per eventi avversi

	% aziende
Per eventi sentinella	88,5%
Per eventi significativi (ESA)	80,8%
Per eventi particolarmente gravi con effetti anche sull'immagine aziendale	59,6%
Per eventi con dinamica poco chiara	44,2%
Per eventi con criticità documentali	44,2%
Per eventi frequenti	40,4%
Non si effettua o è un'attività solo occasionale	5,8%

Dall'esame di quanto riportato in tabella, si rileva che viene effettuato un audit per i casi oggetto di denuncia (sinistri) in una forbice tra il 5% e il 15%.

Il modello di gestione economico-finanziario

Altro argomento prioritario per il Management aziendale è quello del sistema adottato tra le misure analoghe (ex art. 10 della L. n. 24/2017) e le varianti dello strumento assicura-

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Tab. 6 – Attuale modello di gestione economica dei rischi medmal

	Distribuzione
Sistema misto – polizza R.C.T.O. con franchigia per sinistro in S.I.R.	48,1% nord: 55,2% centro: 44,4% sud: 45,5%
Autoritenzione totale – misure analoghe ex art. 10 L. 24/2017	34,6% nord: 41,4% centro: 33,2% sud: 27,3%
Sistema misto – polizza R.C.T.O. con franchigia aggregata annua in S.I.R.	7,7% nord: 10,3% centro: 0,0% sud: 9,1%
Sistema assicurativo – polizza R.C.T.O. senza franchigie	3,8% nord: 3,4% centro: 0,0% sud: 9,1%
Sistema misto – polizza R.C.T.O. con franchigia aggregata annua gestita dagli assicuratori	3,8% nord: 0,0% centro: 11,1% sud: 9,1%
Sistema misto – polizza R.C.T.O. con franchigia per sinistro gestita dagli assicuratori	1,9% nord: 0,0% centro: 11,1% sud: 0,0%

tivo (franchigia per sinistro o aggregata, in SIR o assistita) (Tab. 6).

Da ciò si rileva:

- una netta prevalenza del sistema misto con franchigia per sinistro in SIR e autoritenzione totale (insieme quasi l'83% del totale, ancora più accentuata nell'area nord con circa il 97%; quasi equamente distribuito tra le due soluzioni);
- che oltre il 65% delle Aziende ha deciso di utilizzare lo strumento assicurativo seppure in una situazione di hard market (più accentuato nell'area sud con oltre il 70%);
- il sistema misto con franchigia per sinistro in SIR è la soluzione tecnica più utilizzata.

Gli strumenti economico-finanziari (Assicurazione e Fondo Sinistri)

L'utilizzo di uno dei modelli gestionali non può prescindere dalla conoscenza e consapevolezza degli strumenti economico-finanziari a disposizione.

La ricognizione, realizzata mediante domande chiuse a risposta multipla,

nel rilevare (anche in questo caso) una certa bassa conoscenza delle caratteristiche nonché sostanziali differenze tra la ritenzione e il trasferimento di questa tipologia di rischio, nella distribuzione tra costi possibili, probabili e certi, ha provato a rappresentare lo stato dell'arte nel rapporto Azienda Sanitaria – mercato assicurativo, nella gestione del fondo sinistri (ex art. 10 L. n. 24/2017) e nel livello di adattamento della governance (clinico-sanitaria e del contenzioso) alle singole strategie utilizzate. Di seguito alcuni estratti in Tabb. 7, 8 e 9 che mostrano rispettivamente la media nazionale dei partecipanti per gara (2,3), la media del valore franchigia (260.000 €) e la frequenza della metodologia utilizzata nella valutazione dell'accantonamento fondo sinistri. Il paese attuale duopolio che caratterizza da tempo il mercato assicurativo della RCTO sanitaria si manifesta non solo negli esiti (i due principali stakeholder occupano insieme quasi il 95% del mercato assicurativo specifico) ma anche nella partecipazione alle gare dove la presenza di altri concorrenti appare rara e occasionale.

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

Tab. 7 – Gare per servizi assicurativi di R.C.T.O. – Numero partecipanti

	Esito
Media nazionale per gara	2,3
Media per gara – area nord	2,7
Media per gara – area centro	1,8
Media per gara – area sud	1,7

Tab. 8 – Coperture assicurative con sir per sinistro – Valore franchigia

	Esito
Media nazionale	€ 260.000
Media – area nord	€ 271.000
Media – area centro	€ 217.500
Media – area sud	€ 257.000

Tab. 9 – Metodo per la valutazione dell'accantonamento fondo sinistri in caso di sistema con autoritenzione totale

	Distribuzione
Valutazione medico legale di ogni richiesta di risarcimento pervenuta	41,2%
Media valore dei sinistri anni precedenti (storico sinistri)	35,3%
Utilizzo di un importo predefinito tabellare per tipologia di sinistro pervenuto	5,9%
Metodi statistico-attuariali con voci pesate	5,9%
Mediante il valore indicato dalla controparte nell'istanza/atto giudiziale	5,9%
Valutazione del Loss Adjuster	5,9%

Il perdurare dell'hard market ha, negli anni, ridotto ai minimi termini i benefici effetti di una reale concorrenza lasciando l'efficacia della procedura concorsuale alle capacità tecniche di chi predispose l'intero progetto tecnico-assicurativo (qualità del report sinistri, attendibilità e completezza del risk assessment, capacità previsionale nell'individuazione del corretto livello di ritenzione ecc.).

Abbiamo ritenuto significativo rappresentare gli esiti della ricognizione relativamente al livello di ritenzione (valore della franchigia in SIR) nel sistema gestionale più utilizzato (misto).

Ma l'informazione più interessante non è relativa ai valori rilevati (la forbice va da € 100.000 ad € 500.000) ma è nelle modalità di individuazione di tale livello di ritenzione che non sembra dipendere sempre da elementi tecnici oggettivi (capacità previsionale degli esborsi, livello di maggiore positività del contenzioso, capacità nella gestione dei rischi, expertise professionale presente in Azienda, definizione di una strategia di distribuzione dei costi ecc.) ma anche da fattori specifici ed estemporanei quali la capacità (o volontà) di spesa anticipata (cioè del premio assicurativo), disponibilità

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

degli stakeholder assicurativi e consuetudini “di mercato”.

Altro argomento significativo è quello relativo agli **accantonamenti**, sia esso conseguente all'adozione di un sistema che prevede l'autoritenzione totale, sia per un sistema misto, per quelle che sono le **dirette responsabilità erariali della governance aziendale**.

La rappresentazione dell'analisi di primo livello è relativa alla sola autoritenzione (in quanto il margine di errore può essere maggiormente significativo, statisticamente triplice rispetto a quello in un sistema misto) e rileva che, in quasi il 50% dei casi, la valorizzazione potrebbe essere “poco” attendibile (cioè, con un potenziale margine di errore non trascurabile) sia per difetto sia per eccesso.

I motivi di tale vulnerabilità previsionale sono da ricercarsi principalmente nella carenza di consapevolezza su alcuni danni economicamente tutt'al-

tro che trascurabili (per esempio il danno parentale) e nell'insufficienza delle analisi probabilistiche sugli esiti giudiziali e, in generale, sull'attendibilità delle richieste risarcitorie.

L'affidabilità professionale

È indubbio che l'efficacia e l'efficienza di qualsiasi sistema gestionale risenta sensibilmente dell'attenzione all'adeguatezza professionale e livello di specializzazione degli operatori che partecipano alle varie fasi della governance medmal.

Per tale motivo, una delle sezioni della survey è stata dedicata a un progetto di valutazione del rating professionale aziendale dove, utilizzando delle domande chiuse a risposta multipla, si è cercato di acquisire informazioni utili a comprendere il livello di specializzazione delle singole aziende per un potenziale percorso evolutivo sia esso multidisciplinare sia interdisciplinare.

Tab. 10 – Attività specialistiche utilizzate nella gestione MEDMAL

	Distribuzione
Expertise MEDICO LEGALE – i casi vengono esaminati da medici specificatamente dedicati alla medmal	90,0% in outsourcing il 32%
Expertise LEGALE – avvocati specializzati e dediti esclusivamente alla medmal	71,2% in outsourcing il 27%
Expertise ASSICURATIVA – presenza di un consulente o broker assicurativo	55,7% in outsourcing il 62%
Expertise FORMATIVA – docenti con esperienza anche in altre aziende e specializzati nella medmal	11,5% in outsourcing il 17%
Expertise ANALITICA – impiego di un professionista per elaborazioni statistico-attuariali	7,7% in outsourcing il 75%

Questo estratto dell'analisi di primo livello dei dati rileva una particolare attenzione verso l'aspetto reattivo della problematica, quale è la gestione del contenzioso, mentre sembrano emergere carenze negli aspetti preventivi e previsionali, certamente signifi-

cativi nella predisposizione di un adeguato modello gestionale.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Questo estratto delle analisi di primo livello (intesa come quella relativa ai

MATERIALI PER LA RICERCA E L'APPROFONDIMENTO

singoli elementi, mentre quelle di secondo e terzo livello sono riferite all'analisi combinata di due o più elementi d'indagine) conseguenti alle rilevazioni di aprile 2023, ci consente di proporre alcuni argomenti di riflessione per quelle che possono essere definite criticità gestionali o, meglio, delle singolarità operative che devono essere oggetto di opportuna convergenza.

La prima evidenza è nell'assenza di un affidabile metodo di verifica dei risultati ottenuti. Anche se la maggioranza delle Aziende Sanitarie dichiara, durante eventi formativi e/o informativi, di aver quantomeno dimezzato la sinistrosità. Tali affermazioni appaiono apodittiche e prive della necessaria attendibilità. Infatti se si tiene conto che i sinistri sono riferibili a eventi con un orizzonte temporale troppo ampio (10 anni) non è possibile dimostrare gli effetti di modifica di modelli gestionali in assenza di una serie lunga di dati sul fenomeno.

Altro aspetto importante sembra emergere dalla non adeguata attenzione su alcuni elementi che risultano determinanti negli esiti del contenzioso da malpractice medica. Si fa riferimento alla qualità delle cartelle cliniche, alle adeguate expertise professionali nella gestione di processi che hanno un impatto economico rilevante per l'Azienda (un esempio sono le competenze che deve avere chi si occupa del risk management oppure l'esigenza di supportare "oggettivamente" ed "analiticamente" una transazione stragiudiziale) e alla necessaria programmazione che dovrebbe avere un orizzonte temporale più lungo rispetto alla durata triennale

dell'incarico per le posizioni manageriali.

Un'ulteriore riflessione riguarda la limitata attenzione a questi aspetti che si riscontrano in alcune aree geografiche. Nelle aziende del sud e del centro la gestione della malpractice medica sembra emergere come un "problema" da risolvere piuttosto che un'opportunità di gestire meglio le risorse e il rischio clinico.

L'introduzione della Legge n. 24/2017 e, quindi, dell'esigenza di acquisire, da parte delle Aziende pubbliche, la padronanza di alcune nozioni tecniche in essa riportate, ha fatto emergere la carenza della necessaria convergenza su alcuni concetti fondamentali quali: cosa si intende con "istruzione della pratica", cos'è e come si valuta la "prima riserva", i limiti e le risorse operative del CVS, a cosa serve la copertura assicurativa di RC sanitaria e professionale e come si valuta il "rischio clinico-sanitario".

Infine uno degli aspetti critici più evidenti, sembra essere quello del collegamento tra le informazioni rilevabili dai casi denuncia di malpractice medica e la gestione dei rischi clinico-sanitari. L'assenza di un adeguato studio statistico e analitico di tali dati riduce l'impatto sul rischio quasi esclusivamente ad azioni reattive (audit) con limitate attenzioni agli interventi sulle principali risorse di governance clinica (PDTA e procedure). Emerge anche la debolezza di attendibile stima numerica dei rischi e una condivisione sui necessari indicatori di esito, di processo e di monitoraggio che possano consentire una reale valutazione e benchmark sulla riduzione dei rischi clinico-sanitari.