

**SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO**  
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

*Analisi della difettosità conclamata dell'Azienda Ospedaliera S. G. Moscati di Avellino a distanza di 32 mesi dall'inizio delle attività secondo il modello sistemico di gestione del rischio sperimentato in Molise da Agenas e Federsanità ANCI.*

### **A) Considerazioni preliminari**

L'AO ha deciso di inserire in Azienda il modello per la gestione del rischio sperimentato da Agenas e Federsanità in Molise.

L'implementazione del modello, cui dedicheremo spazio altrove per una spiegazione approfondita, è iniziata nel mese di aprile partendo dalla formazione di operatori interni (facilitatori) sulla base di un metodo ben noto: conosco gestisco controllo.

Ma la struttura, prima di tale scelta, ha messo in essere un'intensa attività formativo-gestionale per la diffusione di una moderna cultura della gestione del rischio clinico a cominciare dal settore gestionale e strategico e in breve a tutti gli operatori dell'Azienda.

L'Azienda è stata la prima A.O.R.N. in Italia meridionale a realizzare un database del contenzioso.

Da diversi anni era impegnata nell'attività di verifica della corretta compilazione delle cartelle cliniche e delle SDO.

A partire dal 2009, a cura del Gestore del Rischio Clinico, in tutte le unità Operative dell'Azienda si erano tenuti Audit per la corretta redazione della Cartella Clinica e del Consenso Informato e interviste per l'individuazione e l'analisi del Rischio Puro. Nel 2011 lo stesso percorso era stato svolto per gli audit dello stato dell'arte della Gestione del Rischio Clinico in Azienda ritrovando indicazioni, suggerimenti, criticità e indirizzi per la successiva attività della Direzione Strategica e Gestionale. La formazione alla base di questo percorso ha raggiunto fino al 2013 oltre mille operatori su un totale di 1400 circa, con l'attesa di risultati misurabili in miglioramento continuo della qualità erogata e percepita.

Su questa base, che vedeva lo strumento formativo come strumento principale, si è inserito con successo l'avvento di Federsanità, con il suo modello che ha la concretezza e l'immediata fruibilità tra i suoi punti più significativi.

Con oltre 300 ore di formazione si è costituito un gruppo più ristretto di 31 facilitatori specificamente preparati alla diffusione e realizzazione del modello. Il primo sostanziale passaggio è stato la "fotografia del rischio" effettuata in tutte le UU.OO. dell'Azienda, dalla quale si è potuto rilevare che l'organizzazione e gli operatori erano già ben orientati verso il miglioramento gestionale continuo; la volontà definita del Direttore generale ci ha fornito un nuovo impulso ed ha permesso un procedere spedito verso un ulteriore equilibrato miglioramento in tutte le aree.

## **B) Condizioni dell'analisi**

Nel 2010 è stato completato lo spostamento strutturale dell'Azienda. Tale spostamento ha bonificato varie carenze strutturali, quindi con un sicuro effetto positivo, di cui non è però possibile, al momento, quantificare una diretta influenza sulle variazioni dei dati esaminati.

Nel 2014, proseguendo nel percorso descritto, è stata ottenuta la certificazione di primo livello, da considerarsi come attestazione di un primo positivo risultato.

Questa analisi della difettosità è stata effettuata al fine di avere un'ulteriore conferma del positivo risultato.

Sono stati considerati i sinistri accaduti dal 01 gennaio 2008 al 30 giugno 2015. Per i quali le richieste risarcitorie sono pervenute all'Azienda Ospedaliera S.G.Moscati di Avellino.

Costituiscono una base statistica sufficientemente valida, ai fini della descrizione del rischio; la limitata numerosità ha precluso l'applicazione di precise tecniche statistiche, è stato possibile comunque ricavare semplici, ma indicativi parametri.

Come è noto il rischio  $R$  è definito come di funzione di Probabilità e Magnitudo ovvero  $R = F(M,P)$ . In questa prima analisi è stata considerata solo la "**frequenza**", ( $P$ ) con cui il rischio si manifesta (numero delle richieste risarcitorie pervenute nel periodo di tempo considerato) prescindendo dal nesso etiologico e dall'importo, (*an* e *quantum* elementi imprescindibili di ogni richiesta di risarcimento).

## **C) DATI E ANALISI**

[Digitare il testo]

Il primo dato è quello storico, i sinistri avvenuti: l'anno indicato è quello in cui è avvenuto il fatto che ha dato luogo alla richiesta del terzo e volendo lavorare sulla frequenza abbiamo inserito anche le richieste risarcitorie derivanti da cadute in luoghi comuni che evidenziamo nella tab. 1

TAB 1

	sinistri avvenuti comprese cadute in luoghi comuni di non ricoverati	sinistri avvenuti escluse cadute in luoghi comuni di non ricoverati
2008	42	39
2009	41	37
2010	35	33
2011	37	34
2012	30	26
2013	28	25
2014	17	15
2015 al 30 giugno	1	1

TAB 1 Istogramma



L'istogramma mostra già un andamento positivo, l'analisi deve però essere perfezionata per tenere conto del fatto, tipico del rischio in analisi, che una larga parte dei sinistri diviene nota solo negli anni successivi a quello di accadimento, quando viene presentata la richiesta dal terzo.

Per questo fenomeno possiamo usare il termine “latenza”, mutuato dall’informatica, termine con cui viene indicato il tempo trascorso tra l’input ed il conseguente output. Durante il periodo di “latenza” il sinistro rientra nella categoria denominata nei testi anglosassoni I.B.N.R. (incurred but not reported) cioè accaduti e non ancora denunciati.

Disponendo di dati storici è stato possibile esprimere la “latenza” come percentuale dei sinistri che divengono noti a partire dall’anno di accadimento. E.g. nella TAB 2 si può rilevare come dei sinistri accaduti nel 2008 solo il 38 % divenga noto nell’anno di accadimento e la percentuale salga progressivamente per cui dopo 4 anni è noto il 90 % dei sinistri accaduti nell’anno.

Sempre dalla TAB 2 (cosiddetto triangolo di RUN –OFF) usata per calcolare il fattore di latenza permette, pur con una base statistica limitata, si può rilevare un miglioramento delle due variabili interessate: la frequenza negli anni e la diminuzione dei tempi di latenza, ovvero i sinistri divengono noti in un tempo più breve.

TAB 2

% latenza a								
anni di riferimento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
anno accadimento	38%	32%	11%	57%	50%	39%	80%	100%
1 anno	64%	59%	63%	73%	77%	82%	100%	
2 anni	73%	73%	80%	81%	97%	100%		
3 anni	81%	83%	89%	97%	100%			
4 anni	90%	85%	97%	100%				

Sempre data la limitata base statistica, per la latenza per gli anni 2012-2015 è stato prudenzialmente usato il valore 45/100, quindi si è ipotizzato che il 45 % dei sinistri divenga noto nell’anno di accadimento.

E’ stato quindi possibile costruire le tabelle che seguono che, per ogni anno di accadimento, integrano i dati “storici” ovvero quelli effettivamente disponibili con le stime dei sinistri “latenti” IBNR, senza i quali l’analisi degli anni più recenti non avrebbe significato.

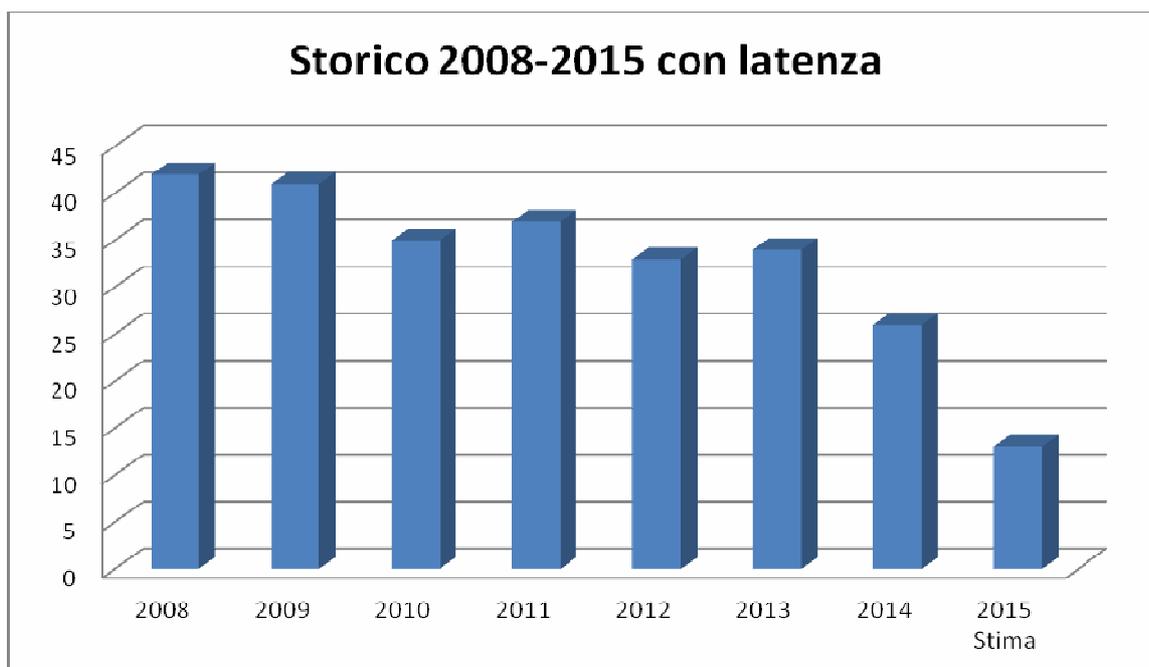
Nella TAB 3 le colonne “anno 2008” e “anno 2011” riportano la diminuzione della frequenza (numero degli accadimenti) rispetto ai due anni di riferimento, e.g. il 2014 dovrebbe presentare una diminuzione di 16 sinistri rispetto al 2008, il condizionale è d’obbligo, dato che quella dei sinistri IBNR è pur sempre un calcolo ipotetico:

TAB 3

[Digitare il testo]

	sinistri aperti	sinistri occorsi ma non richiesti (latenza)	totale anno con latenza	media totale%	anno 2008	anno 2011
2008	42		42	16%		
2009	41		41	16%	-1	
2010	35		35	13%	-7	
2011	37		37	14%	-5	
2012	30	3	33	13%	-9	-4
2013	28	6	34	13%	-8	-3
2014	17	9	26	10%	-16	-11
2015 Stima	1	12	13	5%	-29	-24
			261	100%		

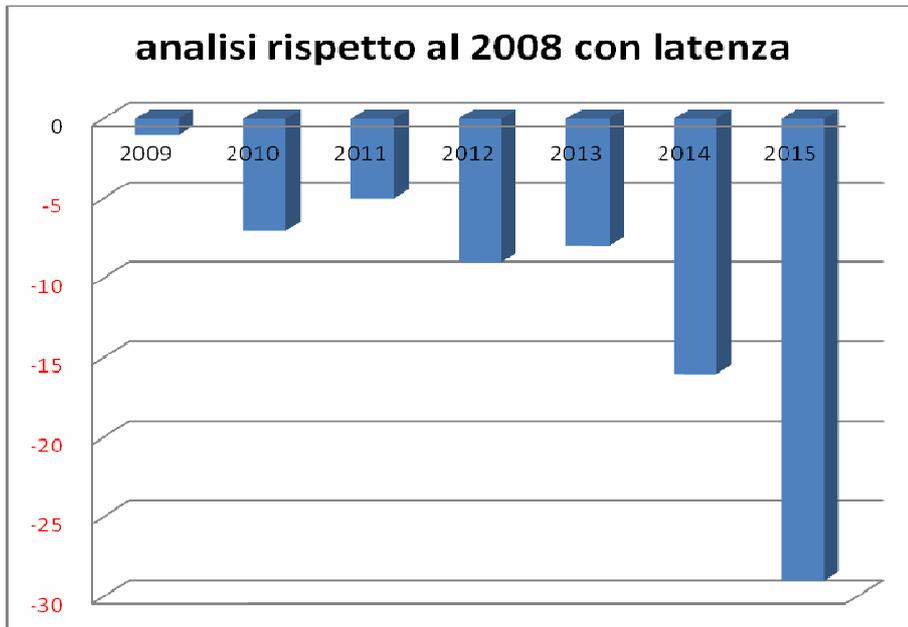
TAB 3 Istogramma:



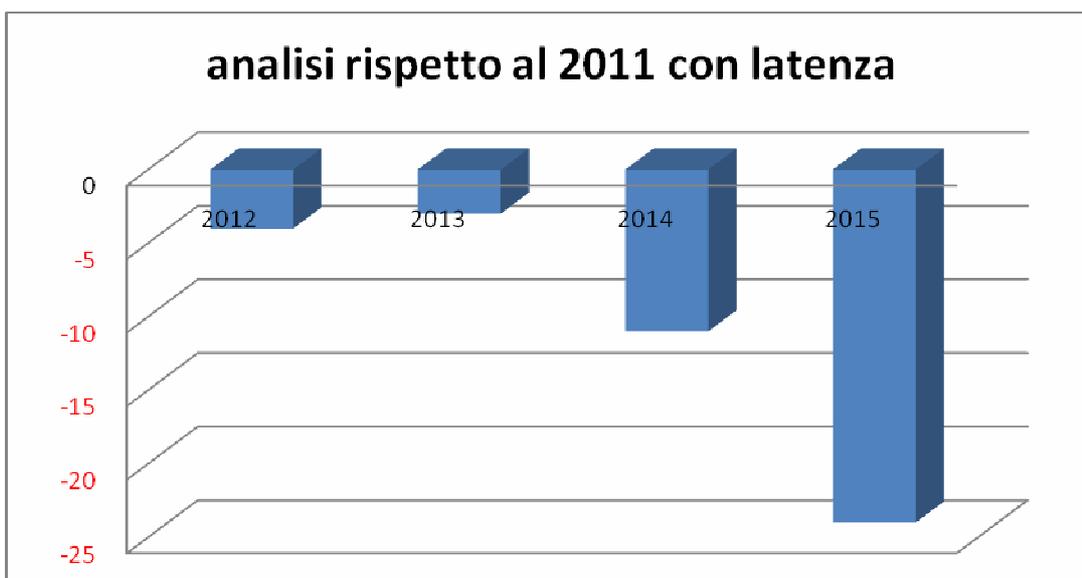
[Digitare il testo]

#### TAB 4 Andamenti e tendenze

La tendenza alla diminuzione delle frequenze è bene evidenziata dall'analisi rispetto al 2008:

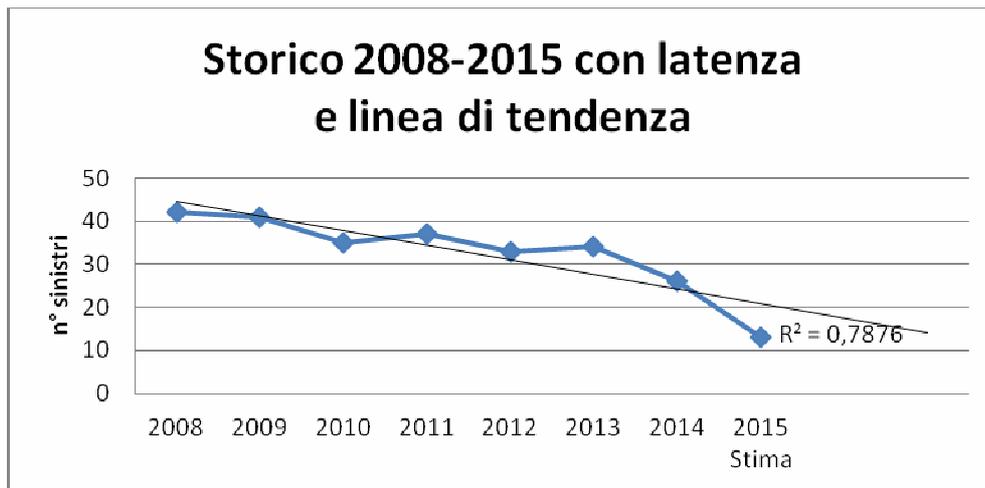


TAB 5 Ulteriormente confermata anche dall'analisi rispetto al 2011, anno che abbiamo usato come pesatura in quanto dai dati in nostro possesso sembrerebbe privo di sinistri IBNR, privo cioè di sinistri latenti



L'analisi dello storico con latenza e linea di tendenza (TAB 6) indica indiscutibilmente un percorso positivo in netta diminuzione.

TAB 6



#### D) Conclusioni

Che cosa ha determinato la marcata diminuzione della frequenza (P) evidenziata dall'analisi? Una possibile chiave di lettura dei dati sopraesposti è che l'innesto del modello per la gestione del rischio, sperimentato da Agenas e Federsanità in Molise, nell'Azienda Ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino, già fortemente orientata al miglioramento, abbia funzionato da catalizzatore delle energie esistenti, conferendo razionalità al sistema e maggior efficacia alle azioni.

Secondo il modello di gestione del rischio Agenas- Federsanità, l'attività di primo livello, con il raggiungimento dei requisiti previsti, è stata certificata da un ente terzo, Bureau Veritas, lo scorso anno.

Ora si sta provvedendo all'implementazione, prevista per i primi mesi del prossimo anno, del secondo livello del modello.

Sarà in quella sede che l'analisi della difettosità conclamata (i sinistri) avrà un approfondimento anche per magnitudo e tipologia così come il secondo livello prevede.

E saranno certamente gli anni successivi a dimostrarci il perdurare del miglioramento nella gestione del rischio, considerando, per altro, il forte impulso reattivo prescritto

[Digitare il testo]

dal II livello (dietro ogni sinistro è previsto un audit per la ricerca delle cause profonde organizzative) .

Il risultato che ci attendiamo è quello di un'ulteriore diminuzione della latenza (indice di proattività) e una conseguente diminuzione della richiesta risarcitoria sia come frequenza sia come magnitudo.

Certo il rischio zero non esiste, ma la logica del costante miglioramento adottata da un'Azienda come il Moscati è l'unico modo per affrontarlo.

Parimenti appare, quello del costante miglioramento nella gestione del rischio, anche come l'unico metodo che consenta di fronteggiare la scarsità di risorse, mantenendo elevato il livello di qualità.

Non va dimenticato infatti che dal 2013 in poi l'Azienda ha visto una marcata diminuzione del numero degli operatori siano essi Medici, Infermieri o Tecnici, conseguente a un non ben comprensibile (per un'Azienda come questa) blocco delle assunzioni a livello regionale.

Anche in questo senso va letto lo sforzo, su tutti i fronti, fatto dall'Azienda in tal frangente.

In fine ci corre l'obbligo di ringraziare il gruppo dei facilitatori che hanno in grandissima parte, permesso la realizzazione di questi risultati, pur con le difficoltà dovute ai turni delle attività quotidiane e, come detto, all'assoluta carenza di operatori.

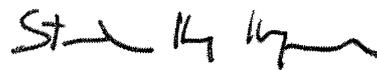
Il Gestore del Rischio Clinico

Vincenzo Arpucci



Il Responsabile del Modello di Gestione  
del Rischio in Sanità per Federsanità Anci

Stefano Maria Mezzopera



Avellino 3 luglio 2015