

Organizzata da **Management della Sanità** in collaborazione con **MIP**  
POLITECNICO DI MILANO  
UNIVERSITÀ DI VERONA

## Risk Management in Sanità: dalle parole ai fatti

Un confronto diretto, senza filtri, tra i diversi rappresentanti della filiera del rischio in Sanità. Questo l'approccio con il quale Management della Sanità ha organizzato, in collaborazione con il MIP del Politecnico di Milano, una Tavola Rotonda a cui hanno dato un incisivo e costruttivo contributo alcuni tra i maggiori esperti del settore. Responsabili del Rischio e della Qualità di importanti strutture sanitarie pubbliche e private (per lo più lombarde, ma non solo), docenti e consulenti, esponenti del mondo assicurativo hanno incrociato esperienze, opinioni, valutazioni talora convergenti, in qualche caso invece contrapposte. Nelle prossime pagine avrete modo di approfondire il tema, e di confrontare le diverse posizioni. Da parte nostra, ci impegniamo a mantenere forte l'attenzione sul tema, assolutamente centrale per il futuro del nostro sistema sanitario. Buona lettura, e buona partecipazione.

E. G.

Partecipa anche tu al nuovo blog  
sul Risk Management in Sanità su  
[www.edipi.com](http://www.edipi.com)



La tavola rotonda ha visto la partecipazione di:

- **Roberto Agosti**, Risk Manager, Azienda Ospedaliera di Vimercate
- **Caterina Baccilieri**, Responsabile del Servizio Infermieristico del Presidio Ospedaliero CTO dell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano
- **Osvaldo Basilio**, Ufficio Progetto Risk Management della Regione Lombardia
- **Luciana Bevilacqua**, Direttore del Servizio Qualità dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Cà Granda" di Milano
- **Marco Bosio**, Direttore Struttura Qualità dell'Azienda Ospedaliera di Lecco
- **Valentina Brunelli**, Ufficio Progetto Risk Management della Regione Lombardia
- **Cesarina Curti**, Direttore del Servizio di Farmacia dell'I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele
- **Cristina De Capitani**, Responsabile Marketing dell'Area Sanità del Mip - Politecnico di Milano
- **Francesco Della Croce**, Direttore Sanitario del Policlinico di Milano
- **Paola Garancini**, Responsabile dell'Area Qualità e Accredimento della Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor
- **Aldo Marzano**, Segretario delle Sezioni Tecniche Furto, Incendio, Grandine e Perdite Pecuniarie, R.C. Generale e Assistenza e Tutela Giudiziaria di Ania
- **Chiara Patelli**, Risk Manager Collaboratore dell'Azienda Ospedaliera di Vimercate
- **Paola Maria Pirola**, Responsabile Controllo di Gestione e Programmazione dell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano
- **Pietro Ragni**, Direzione Sanitaria dell'Ausl di Reggio Emilia
- **Francesca Rubboli**, Divisione Sanità di Rasini Viganò
- **Tiziana Rumi**, Direzione Sanitaria del Policlinico di Milano
- **Attilio Steffano**, Amministratore di Steffano Group
- **Paolo Trucco**, Docente di Ingegneria Gestionale, Politecnico di Milano



### I casi più frequenti di errore presso le strutture lombarde, così come rilevati dall'indagine della Regione

- **Ortopedia e Traumatologia (15,7% dei casi):** errori chirurgici (oltre il 52%), seguono gli errori diagnostici (13%) e terapeutici (12%), indi le infezioni (6%), gli smarrimenti, gli errori anestesiolgici, etc.
- **Pronto soccorso (14,4%):** errori diagnostici (55% circa), seguono gli errori terapeutici (16%), gli errori chirurgici, il livello di servizio, le cadute.
- **Chirurgia generale (9,6%):** errori chirurgici (quasi 48%); seguono gli errori diagnostici (11%), quelli anestesiolgici (quasi 7%), gli smarrimenti, ...
- **Ostetricia e Ginecologia (8,5%):** gli accadimenti più frequenti attengono agli errori chirurgici (40%), seguiti dagli diagnostici (16%).
- **Medicina Generale (5%):** le cadute rappresentano il 24% circa, seguite dagli smarrimenti (18%), dalle infezioni (11%) e dagli errori diagnostici (14%).

Un altro 12,3% dei casi sono stati identificati come non direttamente relazionabili alla Unità Operativa/Servizio: si tratta ad esempio di cadute o danneggiamenti avvenuti sulle scale, negli ingressi, nei parcheggi o viali di accesso.

In Lombardia sta crescendo la consapevolezza della centralità di un approccio orientato al Risk Management in Sanità. Alcune esperienze e numerosi spunti di riflessione emersi nel corso della Tavola Rotonda di Management della Sanità

## Gestire, ma anche prevenire

La gestione del rischio clinico somiglia, per certi versi, a un capolavoro della letteratura del secolo scorso. Mentre molti lo leggono per la prima volta, altri già sono alla terza versione critica. Altri lo conoscono a memoria, qualcuno lo ignora, altri ne usano le citazioni per essere a la page. La differenza, sostanziale, è che qui non si discetta di figure retoriche e tempi della narrazione. Ma di salute, di presa in carico dei pazienti, di responsabilità. Quello del risk management è un tema sicuramente di tendenza, in questo periodo storico, con i media attivati sulle problematiche della salute del nostro Sistema Sanitario e la tecnologia che spinge per risolvere ogni genere di criticità.

E mentre alcune realtà ospedaliere sono all'avanguardia e hanno già strutturato l'argomento in modo da far fronte con intelligenza agli eventi avversi, altre - insieme alla maggioranza delle Asl - faticano a prendere il ritmo, e pagano la cultura ancora vigente del silenzio, secondo la quale, a fronte



Osvaldo Basilio, Ufficio Progetto Risk Management della Regione Lombardia

di un errore, è sempre meglio tacere piuttosto che approfondire e vedere come mai è capitato.

Di questi argomenti, di strettissima attualità, hanno dibattuto gli esperti del settore, chiamati dalle proprie strutture di riferimento a portare innovazione nei processi e nell'organizzazione: Management della Sanità, in collaborazione con il MIP, School of Management del Politecnico di Milano, li ha riuniti nelle scorse settimane attorno a un tavolo. Dalla Tavola Rotonda sono emersi numerosi temi e spunti di interesse, che saranno ulteriormente sviluppati in una serie di incontri che la rivista dedicherà al tema nell'arco dei prossimi mesi.

### La fotografia della Regione Lombardia

In primis, i dati. Punto di partenza per fotografare la situazione relativa alla Sanità lombarda. La Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, ha iniziato ad affrontare il tema della gestione del rischio in maniera puntuale, nato da esigenze di controllo di tipo economico-finanziarie. "La prima necessità cui dovevamo trovare risposta - spiega **Osvaldo Basilio** - era la conoscenza del problema. Quello del rischio era per noi un tema sconosciuto. Come fare, dunque? Abbiamo pensato di intervenire sul mercato assicurativo e sulle aziende, producendo un'analisi retrospettiva del problema. Da qui le prime indicazioni: la Regione, che comprende 15 Asl, 29 Aziende Ospedaliere, 5 fondazioni, ha detto un primo no alla negoziazione centralizzata con le compagnie assicurative, e sì alla contrattazione a livello aziendale. Ma non solo: è stata avallata la promozione di politiche di risk management per ogni singola azienda, come strumento per garantire la qualità dei servizi erogati. Alta attenzione è stata riservata anche al percorso di qualità: dall'accoglienza alla dimissione dalle strutture, il paziente è una persona, non un semplice tenentario di patologie".

La Regione è arrivata a mappare i sinistri, con la collaborazione delle singole strutture, coinvolte nell'analisi dei loro processi. In questo modo è stato riempito un database regionale, dal linguaggio unico e comune a tutte le aziende. Tra i dati raccolti le richieste di risarcimento danni, le denunce cautelative delle aziende, i procedimenti penali.

I risultati di questa mappatura li precisa **Valentina Brunelli**: "Costituiscono il no-



Valentina Brunelli, Ufficio Progetto Risk Management della Regione Lombardia



Francesco Della Croce,  
Direttore Sanitario del Policlinico di Milano

stro punto di partenza. Arrivare a questi dati è stato molto difficile, ma ne è valsa la pena. Oggi possediamo la fotografia di quanto capitato dal '99 ad oggi. Su questo abbiamo innestato un nuovo modello organizzativo, basata sulla costituzione, per ogni realtà, del gruppo di coordinamento per l'attività di gestione del rischio, chiamato a valutare i momenti di rischio, individuare le criticità, sostenere l'attività degli operatori, proporre piani per contenere i costi assicurativi. Infine, da non dimenticare l'importante ruolo del comitato di valutazione dei sinistri, che raccoglie i dati dei contenziosi e ha come obiettivo il contenimento del costo del sinistro attraverso una rapida gestione del problema".

**La provocazione: se stesso sbagliando punto di vista?**

La prima provocazione della giornata arriva da **Francesco Della Croce**, Direttore Sanitario del Policlinico di Milano: "L'ottimo lavoro svolto dalla Regione merita una considerazione: al di là dei numeri, fondamentali, il tema da affrontare è la salute, nel suo complesso. E la domanda sorge spontanea. Noi siamo chiamati a governare un sistema dedicato alla salute o alla malattia? Se parliamo di rischio, ci riferiamo a degli individui, piuttosto che a una cultura del tema. Inoltre, cosa vogliamo che diventi l'ospedale? Ma non solo, cosa desidera il cittadino rispetto all'ospedale? Certo, noi possediamo tutte le valutazioni sui risultati sanitari, ma se ci dobbiamo confrontare sugli interi processi, il discorso si fa più complesso. Non per altro, il Ministero ha dovuto redigere un glossario per far comprendere agli operatori il tema della gestione del rischio. Io penso che occorra parlare un linguaggio comune e, soprattutto, partire dalla 'testa' e non dai 'piedi', ossia dalla cultura sul tema, piuttosto che sui singoli aspetti operativi".

**Paola Maria Pirola**, Responsabile Controllo di Gestione e Programmazione dell'Azienda Ospedaliera Istituto Clinici di Perfezionamento di Milano è, come Della Croce, dell'opinione che si debba affrontare il problema dal punto di vista culturale: "La nostra struttura ha introdotto la gestione del rischio nel 2003. Da quel momento in poi, diversi sono stati i fronti sui quali ci siamo mossi. Uno è fondamentale: la gestione del rischio non può avere un taglio solo assi-



Paola Maria Pirola, Responsabile Controllo di Gestione e Programmazione dell'Azienda Ospedaliera Istituto Clinici di Perfezionamento di Milano



Marco Bosio, Direttore Struttura Qualità dell'Azienda Ospedaliera di Lecco

curativo. Come molti clinici si attendono. Oggi siamo arrivati al punto in cui il materiale raccolto viene trasferito ai medici, e le resistenze sono forti: la sfida è quella di far passare concetti più ampi, fare in modo che attraverso una buona gestione del rischio clinico si possa migliorare la qualità delle cure, non solo cautelare il personale a fronte di un incidente".

Secondo **Marco Bosio**, Direttore Struttura Qualità dell'Azienda Ospedaliera di Lecco: "Sta a noi insegnare ai nostri professionisti come lavorare in tranquillità. A noi spetta il compito di mettere in atto meccanismi aziendali in modo che possano lavorare meglio. Certo, in questo periodo storico è molto difficile fidelizzare i professionisti sul tema, dato che la motivazione non è al massimo, e gli operatori sono lievemente sfiduciati. Sicuramente l'esperienza della Regione

funge da driver e traccia la strada alle realtà che sono rimaste più indietro. Ma è importante, anche perché è un ottimo input per i professionisti, una vera linfa vitale che testimonia la vivacità delle istituzioni sul tema della gestione del rischio".

Come si intuisce, la discussione, in occasione della Tavola Rotonda, si è andata spostando, passando dal semplice conteggio - economico e assicurativo - dell'errore, a una sua valutazione più complessiva, all'interno di una cultura sanitaria, in cui è delicatissimo il ruolo dei professionisti.

E vengono chiamate in causa anche le modalità di lavoro applicate alle diverse realtà. Commenta a questo proposito **Pietro Ragni**, della Direzione Sanitaria dell'Ausl di Reggio Emilia:

"Il contesto nel quale opero è relativo ad una Asl, che eroga prestazioni sia ospedaliere sia territoriali. La nostra sfida mira ad inserire il tema della sicurezza clinica nella pratica sanitaria quotidiana, tanto nelle tecniche professionali quanto nei percorsi organizzativi dentro e fuori dagli ospedali. Un altro aspetto centrale del problema è quello della comunicazione con il paziente, soprattutto della componente legata all'ascolto. Oggi i clinici hanno spesso grandi abilità tecniche, che pur se applicate con appropriatezza devono essere inserite in un contesto organizzativo "sicuro" e in una solida relazione di empatia con il paziente. Relazione con la persona e sicurezza del sistema sono i due asset su cui poggiare un serio discorso in tema di clinical risk management".



Pietro Ragni,  
Direzione Sanitaria dell'Ausl di Reggio Emilia



Luciana Bevilacqua, Direttore del Servizio Qualità dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" di Milano

L'esperienza del Niguarda e del San Raffaele

**Luciana Bevilacqua**, Direttore del Servizio Qualità dell'Azienda Ospedaliera "Ospedale Niguarda Ca' Granda" di Milano è uno dei pionieri e delle massime autorità in Italia in tema di rischio clinico. La sua struttura è all'avanguardia, e tiene uniti a doppia mandata qualità e sicurezza. Spiega: "Quello in cui lavoro è un punto di osservazione privilegiato. In questi anni ho potuto notare che, a forza di parlare del tema della qualità e del rischio, gli operatori sono sicuramente più permeabili. Ciò che mi chiedo in questo contesto, però, è diverso, e attiene all'organizzazione del sistema: la safety, a livello di policy, deve essere la priorità? Se la risposta è sì, allora tutte le attività devono essere svolte in quest'ottica. E non solo per alcuni mesi, ma per diversi anni. Se, invece, si tratta solo di una moda passeggera, il discorso cambia. Se la gestione del rischio clinico, come appare evidente, è davvero una priorità, occorre possedere gli strumenti per valutare tutti gli attori chiamati in causa, non solo gli ospedali, dunque il mondo delle Asl e il socio-assistenziale. Coinvolgere questo secondo ambito è complesso. Se vogliamo però ragionare con un paziente a tutto tondo, non possiamo prescindere dal fatto che lo stesso paziente si sposti dall'ospedale, all'Asl, e abbia diritto di essere considerato in maniera univoca. Lancio anche una piccola provocazione: se è vero che il paziente è la realtà su cui ci si deve concentrare, è anche vero che il sanitario risulta essere la seconda vittima dell'errore. E il supporto all'operatore che sbaglia dove sta?".

Anche l'esperienza dell'Ospedale San Raffaele, sempre di Milano, è significativa, ed è frutto di una lunga riflessione sul tema del rischio, della qualità e dell'attenzione alle cure, come racconta **Paola Garancini**, Responsabile Unità di Gestione del Rischio: "In realtà il San Raffaele non possiede un'unità specifica dedicata al rischio, bensì un'unità composita, promossa dall'area della Qualità. Che ha il compito di sensibilizzare al tema partendo dalla formazione. Il ragionamento che abbiamo applicato è questo: il sistema funziona se aumenta la quota emersa di segnalazioni. Per questo, attraverso una sensibilizzazione interna, gli operatori sono stati condotti

ad avere un nuovo approccio all'errore. La formazione eseguita ha interessato diversi argomenti, compresi interventi di medici legali e assicurativi. E in seguito si è tentato di far comprendere come l'arrivo del rischio possa giungere qualora vengano fatti errori logici di non ascolto. Da parte nostra, abbiamo sostenuto gli operatori, facendo sentire loro che si lavora per accompagnarli, non per giudicarli. I risultati sono stati buoni. Negli ultimi anni sono aumentate le segnalazioni di errore, passate da 70 nel 2003 a 866 nel 2006, e i sinistri sono rimasti costanti. Ciò significa che si è modificata la sensibilità delle persone che operano nei reparti".



Paola Garancini, Responsabile dell'Area Qualità e Accreditamento della Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor



Paolo Trucco, Docente di Ingegneria Gestionale presso il Politecnico di Milano

Come gestire il contenzioso?

Durante la Tavola Rotonda gli argomenti hanno spaziato dalla cultura della salute alla responsabilità dei medici, alla sensibilizzazione sul tema della qualità. Nel momento in cui, però, si giunge a un contenzioso, come occorre considerare la situazione? Su quali presupposti concettuali? "Lavorare sui dati di contenzioso - afferma **Paolo Trucco**, Docente di Ingegneria Gestionale al Politecnico di Milano - per studiare il rischio, come avviene in Lombardia, presenta certamente dei limiti, ma permette anche di partire da un set di indicatori che contiene in sé tutti gli elementi di cui si sta discutendo. Che possiamo enucleare in tre tipi: il rischio intrinseco proprio delle terapie mediche utilizzate o degli iter di cura in quanto tali; il rischio clinico in senso proprio, di natura organizzativa, ed infine la percezione che del rischio possiede il cittadino, che si esprime anche nella sua propensione ad aprire un contenzioso con il servizio sanitario. È fondamentale tenere ben separati questi tre elementi, in ottica prospettica, altrimenti si rischia di focalizzare gli sforzi su aspetti parziali del problema, con poca coerenza metodologica e scarsi risultati. Sicuramente, il professionista medico va sensibilizzato sul tema e reso consapevole dei diversi fattori di rischio. È però ugualmente importante il nostro coinvolgimento nei confronti dei clinici. I professionisti sono realmente tali, hanno competenza ed esperienza; è compito nostro progettare e gestire sistemi organizzativi sicuri, per consentire loro di operare al meglio. Altro tema, da non dimenticare, è quello della tecnologia. È vero, ormai la diffusione dell'IT è capillare ed è una risorsa importante per la riduzione del rischio; dobbiamo però evitare che diventi un fattore irrigidente all'interno delle strutture sanitarie".

"Infatti - interviene Luciana Bevilacqua - un buon rapporto della struttura ospedaliera con l'IT prevede la costruzione di un processo condiviso, con un'attenzione particolare alla prevenzione degli errori. Per esempio, presso il Niguarda, è stato pensato il modello della Radioterapia in modo che, attraverso pesanti analisi di processo, venisse individuata una barriera per i rischi prevenibili".



Attilio Stefano,  
Amministratore della Stefano Group

#### La posizione delle assicurazioni

Un'altra faccia della medaglia davvero ricca del clinical risk management è costituita dalla posizione degli assicuratori. Interlocutori obbligatori della Sanità, con la quale a volte si ritrovano a dialogare in maniera difficoltosa.

In occasione della Tavola Rotonda **Attilio Stefano**, Amministratore della Stefano Group, ha portato la testimonianza della sua esperienza, riallacciandosi alle opinioni espresse dalla dottoressa Bevilacqua: "Nella mia attività mi occupo di coperture assicurative per il personale della Sanità, a fianco di ordini professionali e sindacati. Quello che ho notato è il fatto che spesso i medici non conoscono le coperture assicurative che la struttura ha stipulato per loro. Per questo mi sento di affermare che la gestione del rischio clinico deve partire proprio dal

medico, e proseguire con lui, anche per quanto attiene gli aspetti assicurativi. Troppo spesso, infatti, capita che le aziende non siano al fianco dei medici in occasione dei contenzioni legali, e i medici si ritrovano da soli ad affrontare situazioni per le quali non sono preparati".

"È tutta una questione di prevenzione. Occorre - osserva **Francesca Rubboli**, della Divisione Sanità di Rasini Viganò - che la valutazione del rischio, all'interno delle strutture ospedaliere, venga effettuata ex ante. Proprio a partire dai bandi per i presidi, che devono già indicare le possibili modalità di errore. In una parola, ospedali e Asl sono chiamati a essere predittivi. E ad avere una visione allargata al territorio. Che possa rendere partecipe il paziente al processo di cura. Tutto questo presuppone, ovviamente, che i medici si sentano partecipi di questo impegno organizzativo, e siano sostenuti dalla direzione sanitaria".

"Ciò che è stato fatto in Regione Lombardia è ottimo - commenta **Aldo Marzano di Ania** - ed è un modello da esportare, in quanto fornisce linee guida e un linguaggio comune. Certamente, la Regione non può essere lasciata sola. Per questo gli assicuratori chiedono un quadro legislativo di riferimento chiaro. In pratica, il sistema sanitario deve diventare 'assicurabile'. Cosa che al momento non è completamente possibile".

#### E che dire del risk manager?

La figura del risk manager è fonte di dibattito, in seno alla Tavola Rotonda, in quanto ogni struttura presente ha dato, della gestione del rischio clinico, una



Francesca Rubboli, Divisione Sanità di Rasini Viganò



Roberto Agosti,  
Risk Manager dell'Azienda Ospedaliera di Vimercate

#### L'Unità di Risk Management: l'esperienza di Vimercate

Utilizzando un approccio organizzativo, gli hospital risk manager Chiara Patelli e Roberto Agosti propongono la creazione, all'interno delle strutture, delle Unità di Risk Management, con le seguenti caratteristiche:

- L'Unità Operativa Complessa (UOC) dovrebbe essere presente in ogni azienda sanitaria dotata di uno o più presidi ospedalieri. Le Asl possono invece istituire di Unità Operative Semplici (UOS), con personale dedicato
- Il responsabile del risk management in ambito sanitario deve essere un medico. Il responsabile dell'unità e il personale ad essa assegnato devono essere dedicati esclusivamente allo svolgimento delle funzioni di risk management
- L'UOC risk management deve avere un organico proporzionato alle dimensioni aziendali, nel numero di uno ogni 1.000 dipendenti
- Per quanto riguarda la copertura economica, starà ai governi regionali garantirla attraverso adeguato finanziamento
- Le attività devono essere monitorate da un organismo esterno all'azienda, quale per esempio il governo regionale, per mezzo di indicatori e obiettivi specifici, concordati in fase di programmazione sanitaria.

propria visione. E ha trovato una modalità risolutiva personalizzata. Alcune realtà hanno puntato sul risk manager, un professionista deputato a questo specifico ambito di lavoro. La posizione è sostenuta da **Roberto Agosti**, appunto Risk Manager dell'Azienda Ospedaliera di Vimercate: "I rischi presenti nelle nostre aziende sono ben conosciuti dai medici, e derivano soprattutto da problemi organizzativi. La Regione ha identificato, ottimamente, le aree di intervento. Ma questa è solo una parte del problema. Occorre, secondo noi, un approccio sistemico. Una sorta di cabina di regia, con un'unità di risk management, per entrare in contatto con le diverse culture presenti in azienda. Il risk manager, debitamente appoggiato e sostenuto dalla direzione generale, può coordinare la gestione del rischio, in sinergia con la Regione, che come visto ha il compito di fornire obiettivi e linee guida in modo che tutte le strutture risultino allineate".

Elena Giordano