

sanità

risorse umane

tecnologia

Risk management sanitario in Italia

Indagine su strumenti e risorse destinate alla sicurezza delle cure



GRUPPO MUTUALISTICO EUROPEO
ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI



sanità

risorse umane

tecnologia

Risk management sanitario in Italia

Indagine su strumenti e risorse destinate
alla sicurezza delle cure



GRUPPO MUTUALISTICO EUROPEO
ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI



SOMMARIO

01 **PREFAZIONE**

Sinergia e prossimità, gli elementi per realizzare un ecosistema sanitario più sicuro, per tutti

Georges Romero – *Medical Risk management Director di Relyens*06

Sicurezza delle cure e risk management: un binomio inscindibile per la sanità del domani

Tiziana Frittelli – *Presidente di Federsanità e Direttore generale dell'AO San Giovanni Addolorata*
Rita Petrina – *Esperto Federsanità e Responsabile del Forum permanente interregionale*
Enterprise Risk Management e Responsabilità Sanitaria08

02 **SCENARIO** 09

Il risk manager può essere un team, il risk management deve essere una rete

Francesco Venneri – *Clinical Risk Manager AUSL Toscana centro;*
Membro del Comitato scientifico del Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana.....10

Telemedicina: il passato da recuperare

Pasquale Giuseppe Macrì – *Direttore del Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana;*
Direttore UOC di Medicina Legale e Gestione rischio sanitario AUSL Toscana Sud-Est12

La legge Gelli-Bianco e la nuova gestione del rischio clinico

Ernesto Macrì – *Avvocato, Docente presso il Dipartimento di Economia*
e Management dell'Università di Torino.....13

03 **INTRODUZIONE AL WHITE PAPER** 15

Contesto e origine della ricerca

Anna Guerrieri – *Risk manager Director di Relyens in Italia*.....16

Obiettivi dello studio18

Popolazione di riferimento18

Tecnica di rilevamento19

04	ANALISI E VALUTAZIONE DEI DATI RACCOLTI	21
1.	<i>Informazioni generali</i>	22
	Enterprise Risk Management e i prossimi 20 anni di gestione del rischio	
	🕒 <i>Enrico Burato – Coordinatore del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente della Regione Lombardia</i>	28
2.	<i>Organizzazione interna della funzione risk management</i>	30
	La cultura della colpa è il rischio irrisolto in sanità	
	🕒 <i>Giuseppe Sabatelli – Coordinatore Rischio Clinico della Regione Lazio</i>	44
3.	<i>Risorse umane</i>	46
	Il risk management nel passaggio generazionale	
	🕒 <i>Arabella Fontana – Direttore Medico del Presidio Ospedaliero Borgomanero ASL di Novara</i> <i>Daniela Sarasino – Responsabile SSD Governo Clinico e Sviluppo Strategico e SS Servizio di Epidemiologia ASL di Novara</i>	56
4.	<i>Risorse finanziarie</i>	58
	Quali risorse servono al risk management sanitario?	
	🕒 <i>Yanko Tedeschi – Direttore Amministrativo ASL di Lecce</i>	68
5.	<i>Formazione</i>	70
	Risk management: un ambito formativo “giovane” su cui continuare a investire	
	🕒 <i>Silvana Castaldi – Direttore della Scuola di Specializzazione in igiene e medicina preventiva dell’Università degli Studi di Milano</i>	77
05	CONCLUSIONI	78
	Il risk management come garanzia di prestazioni sanitarie sicure al cittadino	
	<i>Anna Guerrieri – Risk manager Director di Relyens in Italia</i>	
06	RINGRAZIAMENTI	79
07	BIBLIOGRAFIA	80

**Sinergia e prossimità,
gli elementi per realizzare
un ecosistema sanitario
più sicuro, per tutti**

Uno dei principi guida di Relyens ben radicato nella filosofia mutualistica dalla quale il Gruppo origina, prevede che, in un ecosistema sanitario più sicuro, tutti gli attori e gli stakeholder – non solo, quindi, i pazienti – siano più sicuri.

La sicurezza delle cure e il risk management sanitario sono, in altre parole, un patrimonio universale verso cui tendere e da tutelare. Ed è per questo che estendere la cultura e la prassi della prevenzione del rischio è al cuore della missione di Relyens.

Un obiettivo che il Gruppo persegue sia affiancando i propri associati come risk manager e assicuratore, sia sviluppando collaborazioni e progetti con i numerosi attori coinvolti nella gestione e mitigazione dei rischi: istituzioni ed enti locali, strutture sanitarie, associazioni di categoria, università e dipartimenti di ricerca. Sinergia e prossimità, dunque, come elementi chiave per gestire efficacemente le sfide del presente e programmare al meglio il futuro di un settore in costante evoluzione.

Il presente studio è l'ultimo risultato di questo forte radicamento di Relyens nell'ecosistema sanitario italiano ed è pubblicato in una congiuntura ricca di opportunità per la sanità del Paese: a sei anni dal varo della Legge Gelli-Bianco 24/2017 e nel momento di sviluppo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

È in questo contesto unico e irripetibile che si manifesta l'esigenza di fornire una valutazione oggettiva dello stato dell'arte del risk management su cui sviluppare una seria riflessione ed elaborare le scelte strategiche per una sanità in cambiamento, in risposta alle crescenti aspettative in termini di sicurezza e qualità delle cure e alla luce degli obiettivi indicati nelle missioni 1 e 6 del PNRR.

Ecco la ragion d'essere dello studio *"Risk management sanitario in Italia: indagine su strumenti e risorse destinati alla sicurezza delle cure"*: fornire un'analisi qualitativa e quantitativa delle risorse allocate alla gestione del rischio sanitario da mettere a disposizione di tutti gli attori e decisori dell'ecosistema sanitario.

La ricerca è stata condotta da Relyens e Federsanità che rinnovano, anche nel 2023, la loro pluriennale partnership mirata a diffondere prassi e cultura della sicurezza in maniera omogenea e nell'intero orizzonte delle cure. Una collaborazione che ha visto, negli anni, la nascita di molte preziose iniziative di ricerca, formazione e diffusione di buone pratiche locali a livello nazionale ed europeo come, ad esempio, le varie edizioni del Concorso di Risk Management e la pubblicazione del white paper *"Capire il rischio cyber"*, il primo studio sulla preparazione della sanità italiana alla minaccia del crimine informatico.

Tra le altre iniziative di rilievo per la crescita della sicurezza, ricordiamo che oggi Relyens è partner anche della Fondazione Politecnico di Milano nel quadro della Joint Research Platform Healthcare Infrastructures, la piattaforma dedicata a immaginare e progettare l'ospedale del futuro. Una partnership che esprime l'ambizione di Relyens a giocare un ruolo da protagonista nell'inarrestabile processo di evoluzione della sanità.

Il Gruppo, infine, sostiene e si confronta con la ricerca nell'ambito della gestione del rischio collaborando con numerose università, oltre a contribuire regolarmente a seminari e master formativi di livello universitario e post-universitario.

Tanti piani interconnessi a fianco degli attori della sanità dai quali traspare la volontà di rafforzare e diffondere in tutto l'orizzonte sanitario una visione *no blame* e orientata alla gestione globale del rischio, capace di abbracciare contemporaneamente il piano clinico e quello infrastrutturale, la formazione costante del personale e l'innovazione digitale, immaginando un futuro prossimo nel quale sia ormai incontrovertibile il ruolo della sicurezza quale componente costitutiva di ogni singolo processo di gestione sanitaria.

Una visione che, per il presente studio, è sia punto di partenza che traguardo.



Georges Romero
Medical Risk management Director
di Relyens

Sicurezza delle cure e risk management: un binomio inscindibile per la sanità del domani

La centralità della tematica della Sicurezza delle cure nelle strategie di sviluppo di un'assistenza sanitaria e sociosanitaria "moderna" è stata posta nel 2023 dall'OMS quale priorità per ogni stato membro nell'attuazione delle politiche sanitarie.

Alla luce di questa visione, i sistemi sanitari nazionali dovranno sempre più essere caratterizzati dall'adozione di modelli aziendali per la gestione del rischio avanzati e integrati, basati sull'evidenza dei dati che orienta decisioni e investimenti nella prevenzione, sull'opportuno utilizzo della tecnologia, su un maggiore coinvolgimento del paziente e sul consolidamento di programmi formativi dedicati al tema della sicurezza e del risk management.

L'indagine condotta nel presente studio evidenzia una consolidata consapevolezza dei singoli risk manager del contesto evolutivo attuale in materia, ma lo stesso non si può dire se guardiamo al ruolo che la funzione del risk management ha all'interno delle organizzazioni sanitarie. Attualmente si può dire che manca una "carta d'identità" di questa funzione.

La Legge 24/2017 e gli ancora emanandi decreti attuativi, hanno certamente attuato un tentativo importante nella definizione di un modello integrato di gestione del rischio in sanità, ma tuttavia insufficienti da soli. A questo si accompagna un'ineludibile quanto non più futuribile, ma già presente, realtà, ovvero l'evoluzione delle organizzazioni sanitarie, del fabbisogno di cure e assistenza anche in virtù dell'attuazione del PNRR, che non può più essere circoscritto ai rischi in sanità

tradizionalmente più conosciuti ovvero quelli attinenti all'assistenza ospedaliera, ma necessita di essere ricondotto a quei nuovi rischi che sono espressione di quel concetto di assistenza sanitaria moderna richiamato dai documenti dell'OMS.

In questo contesto è richiesto uno sforzo importante alle aziende e agli stakeholder del SSN sia a livello centrale che regionale, nella creazione di un approccio nuovo al tema del rischio in sanità cogliendo l'opportunità di costruire una nuova carta di identità della funzione di risk management che dovrà diventare una delle competenze più importanti nell'affiancare la governance delle organizzazioni.

Le iniziative di Federsanità Nazionale sono state molteplici nel corso degli ultimi anni in tema di management dei rischi, non in ultimo in termini di importanza la costituzione nel 2023 del Forum Permanente Interregionale Enterprise Risk Management e Responsabilità Sanitaria che ha l'obiettivo di dare supporto al SSN negli importanti sviluppi attuali sul tema.

Per costruire è necessario partire da una lettura quali-quantitativa delle problematiche, ma anche dei punti di forza di qualsiasi fenomeno, per questo l'indagine del presente studio eseguita su un campione rappresentativo importante nel mondo della sanità pubblica è da considerarsi un punto di partenza e non di arrivo. Infatti, se da una parte focalizza punti di forza e di debolezza del sistema, dall'altra consente di cogliere l'opportunità di intraprendere un percorso innovativo al fianco delle istituzioni e degli operatori della sanità.



Tiziana Frittelli

Presidente di Federsanità e Direttore generale dell'AO San Giovanni Addolorata



Rita Petrina

Esperto Federsanità e Responsabile del Forum permanente interregionale Enterprise Risk Management e Responsabilità Sanitaria

Scenario



Francesco Venneri

Clinical Risk Manager AUSL Toscana centro; Membro del Comitato scientifico del Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana

Il risk manager può essere un team, il risk management deve essere una rete

Competenze multidisciplinari, sostegno della dirigenza, fiducia tra gli operatori: questi i pilastri per una nuova stagione nella gestione del rischio clinico-sanitario.

Quando, vent'anni fa, introducemmo la figura del risk manager con il primo Centro regionale per la gestione del rischio e della sicurezza del paziente in Toscana, pensavamo a una figura più pronunciata clinica, che andasse ad affiancare gli esperti in igiene e prevenzione già attivi nei Servizi Qualità, lasciando a questi ultimi la gestione delle criticità amministrative, gestionali e tecnologiche.

Fin da allora, infatti, individuammo due anime distinte del risk management: una eminentemente manageriale e l'altra, all'epoca nascente, che si confrontasse con i clinici su quello che, semplificando, si poteva considerare come "il loro terreno".

Molto è cambiato da allora, sia a livello normativo che nella cultura aziendale e dei professionisti della sanità, ma le due anime del risk management sono rimaste le stesse, sebbene ora la divisione tra esse si sia progressivamente ridotta, tanto che, sempre più, non si parla di rischio clinico, ma di un rischio sanitario che abbraccia tutti i fattori che hanno una ricaduta sulla salute del paziente.

Le competenze del risk manager si sono a loro volta estese,

andando a includere sia attività reattive che azioni proattive, ovvero non solo concentrandosi sull'evento avverso, ma stimolando tutte quelle iniziative di prevenzione e miglioramento volte a ridurre la probabilità che si manifesti. Queste attività spaziano dall'audit all'analisi dei contenziosi, dall'*incident reporting* alla mappatura a priori e intessono i piani clinici e manageriali in una nuova dimensione unitaria.

Le competenze di questo approccio globale al rischio non sono, però, quelle originarie. Il risk manager, oggi, deve avere competenze multidisciplinari a prescindere dalla sua provenienza professionale: competenze cliniche, medico legali, giuridiche, manageriali, informatiche, amministrative e assicurative. Solo per citarne alcune. Per questo la prima riflessione che mi sento di proporre è quella di cominciare a guardare al risk manager come a un team di più persone e non necessariamente come a un singolo professionista inserito nella direzione generale o in quella sanitaria.

Mi rendo conto che questa idea non contribuisce immediatamente a una definizione chiara del ruolo e del collocamento

del risk manager all'interno della struttura aziendale, definizione alla quale da più parti si cerca di arrivare e non senza ragioni. Mentre, infatti, la sicurezza è sempre più al centro della gestione e della sostenibilità sanitaria, la figura chiave che dovrebbe guidarne il progresso rimane avvolta da una fondamentale indeterminatezza e discrezionalità.

Se l'esperienza mi insegna qualcosa, però, è che la differenza la fanno più le persone che le definizioni. Ciò che serve in ogni azienda sanitaria non è un rispetto formale della normativa, ma la compresenza sostanziale di tre condizioni chiave: uno o più risk manager multidisciplinari autorevoli, un sostegno intelligente e completo della dirigenza, la fiducia nei risk manager stessi da parte degli operatori sanitari che, soprattutto in caso di eventi avversi o sentinella, li devono vedere come alleati e non come una potenziale minaccia.

In parte, ciò si può raggiungere attraverso interventi mirati: per esempio la de-colpevolizzazione degli *audit/incident reporting* e la frequentazione fisica da parte del (o dei) risk manager nei reparti.

Parte di queste condizioni, invece, non si possono configurare per legge o decreto. Quello che si può fare è creare un contesto fertile nel quale possano avverarsi.

Non è tanto, perciò, una definizione quella della quale abbiamo bisogno, quanto di un consenso: una visione progressivamente sempre più condivisa e, perciò, tradizionale, sulla direzione da prendere, sulle competenze da sviluppare e sulla prassi da implementare.

Il Centro regionale del rischio e le Regioni giocano un ruolo fondamentale nel tracciare la rotta che tutte le aziende sanitarie, pubbliche o convenzionate, inizieranno a seguire. È la presenza di una rete regionale di risk management a creare l'impalcatura di una sicurezza condivisa e omogenea, nella quale i professionisti possano riconoscersi e verso la quale l'intera sanità regionale possa orientarsi in maniera concorde. Gli strumenti sono molteplici: formazione, analisi *data-based*, condivisione di buone pratiche e, più in generale, il senso per gli operatori che si vada tutti e tutte nella stessa direzione seguendo una visione chiara: quella di un risk management al centro della pianificazione sanitaria, le cui analisi permettono di prendere decisioni che migliorano la sicurezza delle cure e garantiscono la sostenibilità del SSN tutelando pazienti, aziende e operatori sanitari.



Pasquale Giuseppe Macrì

Direttore del Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana; Direttore UOC di Medicina legale e Gestione del rischio sanitario AUSL Toscana sud-est; Docente presso l'Università di Siena e Segretario nazionale MeLCo - Medicina Legale Contemporanea

Telemedicina: il passato da recuperare

L'assistenza da remoto è un nuovo strumento, non un nuovo orizzonte. Non cambia la responsabilità sanitaria, ma può cambiare la prevenzione e la semplificazione grazie a linee guida ad hoc e formazione ai caregiver.

La telemedicina è un termine che racchiude, in realtà, tanti processi quante saranno le prestazioni erogate da remoto, ognuna delle quali richiederà un protocollo tecnico e assistenziale dedicato. È, inoltre, un ambito che vive una contraddizione: la telemedicina in Italia è, infatti, già estremamente diffusa e, nello stesso tempo, in grave ritardo.

È diffusa perché ogni scambio di informazioni o richiesta di consulto al telefono, su tablet, smartphone, email, è già un processo di telemedicina. Negli ospedali e nelle strutture assistenziali avviene di continuo e questo ci pone di fronte a un fenomeno che è estremamente diffuso e parimenti non regolato, traducendosi in una serie di pratiche rischiose, soprattutto dal punto di vista della sicurezza dei dati.

Parallelamente, la diffusione dei servizi e delle visite in telemedicina è rudimentale al punto da essere già un passato da recuperare e non un futuro della sanità, come viene spesso etichettata. Il futuro è dato dagli algoritmi intelligenti che affiancheranno ogni processo sanitario, dalla diagnosi alla prescrizione.

L'impiego dei *software* di AI introdurrà, effettivamente, un ulteriore livello nella responsabilità in sanità. Non così la telemedicina, che è e rimarrà uno strumento, non un nuovo orizzonte. La responsabilità delle prestazioni sanitarie è la stessa, a livello sia normativo che fattuale, sia che queste prestazioni avvengano in presenza o in remoto.

A cambiare sono altri fattori.

Innanzitutto, cresce il bisogno di una piattaforma di consenso dove gli scambi di informazione possano avvenire in sicurezza.

È bene che si evolva il modo di scrivere le linee guida, stimolando le società scientifiche a includere l'indicazione per il processo in remoto a fianco della prassi per lo stesso processo in presenza.

Cambia e deve cambiare, senza dubbio, il livello di formazione del personale sanitario nell'uso degli strumenti digitali e nel rapporto con la persona attraverso di essi. La recente pandemia ci ha dimostrato quanto conti la relazione con il caregiver nel garantire la *compliance* del paziente.

Evitare l'ingresso di persone sane ma fragili all'interno dei luoghi che ospitano persone malate sarà uno dei grandi contributi dati dalla telemedicina alla prevenzione, soprattutto nel campo delle infezioni legate all'assistenza.

Il tempo dei medici e la carenza di organico è l'ultimo elemento da tenere in considerazione. Mentre la semeiotica diventa sempre più semeiotica strumentale, l'uso delle tecnologie da remoto può togliere livelli di burocrazia, impiegando al meglio il tempo del numero limitato di specialisti sui quali il SSN potrà contare nei prossimi dieci anni.



Ernesto Macrì

Avvocato, Docente presso il Dipartimento Economia e Management dell'Università di Torino

La legge Gelli-Bianco e la nuova gestione del rischio clinico

Oggi giorno l'attività sanitaria si rivela sempre più complessa e rischiosa: è sufficiente pensare al notevole impatto che l'ampia diffusione dei sistemi di intelligenza artificiale ha e avrà nel settore sanitario, che rappresenta uno dei principali settori di investimento in risorse finanziarie e sviluppo tecnologico.

Proprio in questo ambito, negli ultimi due decenni, si è assistito a un incremento senza precedenti della progettazione di sistemi robotici che spaziano dalla chirurgia alla riabilitazione, dai sistemi di supporto alle decisioni diagnostiche all'implementazione di *software* per le strutture sanitarie.

Al di là del grado di innovatività che si vuole riconoscere all'*Artificial Intelligence*, è fuor di dubbio che questa rappresenti un fattore di cambiamento proiettato nel futuro con una traiettoria apparentemente inarrestabile.

Ebbene, se nuove frontiere si dischiudono nell'ambito delle c.d. tecnologie convergenti e dell'intelligenza artificiale, è altrettanto vero che enormi questioni si accompagnano allo sviluppo delle innovazioni nel campo delle nuove tecnologie e alle loro funzionalità, ponendo al centro del dibattito, da un lato, l'allocazione della responsabilità civile in caso di eventi avversi derivanti dall'utilizzo delle nuove tecnologie con particolare riferimento ai casi di errori diagnostici e chirurgici;

dall'altro lato, sulla capacità del risk management, anche se in genere reattivo e non anticipatorio, di far fronte alle trasformazioni che saranno indotte dalla progressiva e ubiquitaria presenza di macchine sempre più sofisticate.

Di fronte all'espansione dell'utilizzo delle tecnologie sanitarie, all'aumento delle preoccupazioni relative alla sicurezza informatica, al ritmo incalzante della scienza medica e al panorama normativo in continuo mutamento, la gestione del rischio sanitario è diventata più complessa che mai. In tale contesto, la figura e il ruolo dell'*Hospital Risk Manager (HRM)* risultano fondamentali all'interno dell'organigramma di un'azienda sanitaria, sia pubblica che privata.

L'art. 16, comma 2, della l. n. 24 del 2017 prevede che deve trattarsi di: «*personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore*».

Il ruolo riconosciuto al risk manager dalla legge Gelli-Bianco si rivela sempre più vasto e multidimensionale e il livello di difficoltà operativa aumenta in modo esponenziale se rapportato alla complessità e multidisciplinarietà che caratterizza ogni struttura sanitaria.

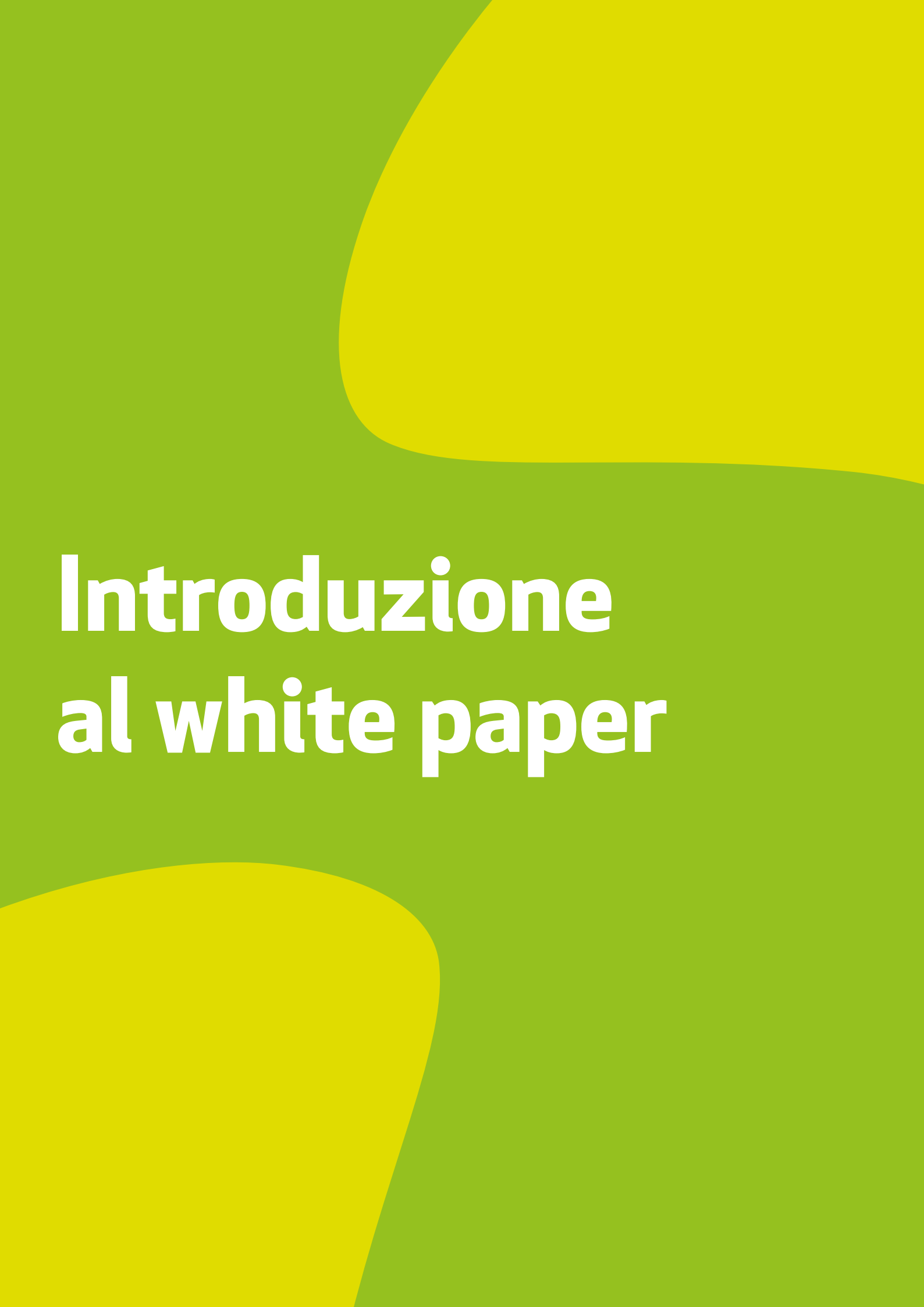
Proprio in quest'ottica si impone l'adozione di un nuovo modello di risk management che sappia governare efficientemente ogni componente del processo sanitario in un approccio globale, proattivo e *data-oriented* alla prevenzione del rischio e alla gestione degli eventi avversi, con il compito di sviluppare le funzioni di gestione del rischio applicando la policy aziendale; che sia in grado di implementare le attività di identificazione, misurazione, monitoraggio, riduzione ed eventuale trasferimento, assicurativo o meno, dei rischi o di parte degli stessi; che sia capace di promuovere la diffusione e condivisione della cultura del rischio in ogni articolazione organizzativa. Tale impostazione multisettoriale è stata, più che mai, valorizzata dalla legge n. 24/2017. Quest'ultima, difatti, valorizza la nozione di «sicurezza delle cure e della persona assistita».

In particolare, l'art.1 recita testualmente che la stessa «...si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative [...]. Alle attività di prevenzione del rischio omesse in atto dalle strutture

sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale».

In altri e più diretti termini, la legge Gelli-Bianco avvalorava il concetto che non si tratta più di una responsabilità incentrata essenzialmente su profili di inadempimento soggettivo del singolo professionista, ma agisce in un'ottica di prevenzione e organizzazione complessiva: insomma, modifica la prospettiva, non più come un focus ex post, ma come attività di prevenzione del rischio.

Sotto quest'angolo prospettico, i nuovi scenari domandano una presenza sempre più qualificata dell'HRM con una piena attivazione della funzione del risk management all'interno della struttura sanitaria che sappia governare la transizione in atto verso la cd. *e-Health*, prestando attenzione agli aspetti critici dell'evoluzione della relazione medicina e diritto a seguito del nuovo statuto tecnologico medico sanitario che si accinge a entrare in una dimensione operativa quotidiana.

The background features a solid green field with two large, organic, rounded shapes in a bright yellow color. One shape is in the upper right quadrant, and the other is in the lower left quadrant, both appearing to flow into the green background.

Introduzione al white paper

Contesto e origine della ricerca

Qual è oggi lo stato dell'arte del risk management all'interno delle strutture sanitarie in termini di risorse finanziarie e umane, competenze, autonomia decisionale?

La pandemia da SarsCovid2 ha messo a dura prova la capacità di resilienza del nostro sistema sanitario nel suo complesso. Ha accelerato processi di cambiamento latenti da anni come la telemedicina, palesato nella loro complessità rischi già da tempo noti, ma non efficacemente gestiti, come il *cyber risk*, e in particolar modo posto l'accento sull'importanza di implementare all'interno delle strutture sanitarie efficaci attività proattive e preventive di gestione dei rischi.



Anna Guerrieri
*Risk manager Director
di Relyens in Italia*

Per questo è molto importante approfondire il tema delle risorse economiche e umane, e non solo, necessarie a garantire a tutti i cittadini prestazioni sanitarie di alta qualità e sicure.

Purtroppo, si osserva che sempre più servizi di risk management interni alle strutture lamentano insufficienti fondi e risorse per porre concretamente in campo i progetti di miglioramento pianificati e necessari alla maggior sicurezza di pazienti e operatori.

Oggi che la pandemia è alle nostre spalle, almeno nella sua fase emergenziale, è opportuno avviare un processo di analisi e presa d'atto di quanto avvenuto, soprattutto in ambito di gestione dei rischi sanitari, per essere pronti a gestire meglio le incertezze e le complessità del futuro.

In questo scenario, la prima azione propedeutica al dibattito è conoscere lo stato dell'arte in merito a: organizzazione interna della funzione risk management, risorse umane ed economiche dedicate, livello di autonomia decisionale raggiunto, sviluppo delle competenze, sistema premiante, livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco (art. 2, commi 4 e 5), al fine di restituire informazioni reali e attuali su cui confrontarsi e da mettere a sistema per una sanità sempre migliore e resiliente.



Obiettivi dello studio

Le finalità perseguite sono state:

1. Condurre un'indagine conoscitiva rivolta alle strutture sanitarie e socio-sanitarie nazionali aderenti al progetto, per comprendere meglio l'organizzazione interna della funzione risk management, le risorse umane ed economiche dedicate, lo sviluppo delle competenze e altri fattori di particolare rilievo.
2. Restituire all'intera comunità sanitaria e socio-sanitaria nazionale gli esiti aggregati e anonimi della ricerca, al fine di accrescere la consapevolezza sul tema e disporre di dati aggiornati e reali su cui avviare un dibattito pubblico ed elaborare le future proposte organizzative del settore in risposta alle crescenti aspettative in termini di sicurezza e qualità delle cure.



Popolazione di riferimento

Per selezionare la popolazione di riferimento dello studio si è scelto di adottare un **campionamento a scelta ragionata¹**, non probabilistico, costituito da:

- Strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, associate a Relyens in Italia;
- Strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, partecipanti al "Concorso Risk Management Relyens" dal 2015 a oggi;
- Strutture sanitarie e socio-sanitarie, professionisti sanitari delegati, registrati alla newsletter del progetto editoriale "Sanità360";
- Strutture sanitarie e socio-sanitarie associate a Federsanità, partner di Relyens nel progetto di studio.

Un limite specifico del metodo di selezione della popolazione di riferimento adottato è il fatto che dai dati raccolti non si potranno fare inferenze né parlare di stime, ossia non si potranno trarre conclusioni generali circa la popolazione di riferimento, poiché manca la randomizzazione del campione.

Ciò non di meno, l'analisi descrittiva di tutte le informazioni raccolte permette di restituire alla comunità sanitaria proiezioni significative del livello di conoscenza del fenomeno osservato e dei modelli organizzativi implementati, utili a costruire una mappa concreta dello stato dell'arte della funzione risk management in Italia.

1. *Scelta ragionata (campionamento non probabilistico): le unità campionarie vengono individuate con procedimento razionale, ma non del tutto casuale. I campioni di questo tipo sono formati*

da elementi tipici che si ritiene possano rappresentare bene le caratteristiche della popolazione. Criticità del campionamento da considerare: bias di selezione.



Tecnica di rilevamento

Si è adottata come tecnica di rilevamento il sondaggio via internet, in particolare la Metodologia CAWI (Computer Assisted Web Interview) basata sulla compilazione di un questionario via web distribuito attraverso un link, nel caso specifico inviato via mail alla popolazione di riferimento, con allegata una breve presentazione del progetto.

I dati raccolti sono salvati in tempo reale all'interno del database centrale e successivamente analizzati.

La metodica in oggetto permette tempi celeri di compilazione del questionario per gli utenti, nel caso specifico 10 minuti, oltre che il salvataggio automatico dei dati e facilità di accesso con link dedicato.

Per questo specifico studio si è utilizzata la piattaforma "Google Forms".

Sono state inviate complessivamente circa 250 email nel mese di settembre 2022, con evidenza del link per l'accesso diretto al modulo dedicato al sondaggio. Successivamente si è provveduto a effettuare n. 1 *recall*, nel mese di ottobre 2022. Inoltre, gli utenti sono stati sensibilizzati sull'iniziativa in corso tramite i canali di comunicazione social di Relyens in Italia.





Strumento di rilevamento

Per lo scopo è stato redatto un apposito questionario con domande chiuse a risposta singola.

Il questionario, strutturato per aree tematiche, si costituisce complessivamente di n. 30 elementi conoscitivi. Le aree tematiche sono:



INFORMAZIONI GENERALI



ORGANIZZAZIONE INTERNA DELLA FUNZIONE RISK MANAGEMENT



RISORSE UMANE



RISORSE FINANZIARIE



FORMAZIONE



Metodo di analisi

Per la ricerca si è scelto di trattare tutti i dati raccolti in forma aggregata e di utilizzare tutte le informazioni fornite dai rispondenti, in totale anonimato e nel rispetto della direttiva privacy.

Si è pertanto applicata una semplice analisi descrittiva dei dati, senza volontà di fornire risultati validi per un universo di riferimento, ma con l'obiettivo di restituire alla comunità sanitaria nazionale fotografie significative e reali del livello di conoscenza e valutazione in merito ai soggetti proposti.

Di seguito quanto emerso dall'analisi descrittiva condotta sui dati raccolti, proposta per gruppo tematico d'indagine.

Il numero dei rispondenti, pari a 100, ha permesso che l'analisi descrittiva dei dati in frequenza assoluta coincidesse con la frequenza percentuale; pertanto, le tabelle presentate sono espresse nel valore numerico calcolato.

Analisi e valutazione dei dati raccolti



1. INFORMAZIONI
GENERALI



2. ORGANIZZAZIONE INTERNA
DELLA FUNZIONE RISK MANAGEMENT



3. RISORSE
UMANE



4. RISORSE
FINANZIARIE



5. FORMAZIONE



1. Informazioni generali

Lo studio restituisce con questo primo set di informazioni una descrizione delle caratteristiche dei rispondenti l'indagine: il settore di appartenenza, pubblico o privato, sanitario o socio-sanitario, le dimensioni delle strutture, accorpate in 4 fasce crescenti, e il ruolo professionale svolto dal rispondente al questionario.

I QUESITI DELLA SEZIONE

- 01 Tipologia struttura
- 02 Numero posti letto
- 03 Regione
- 04 Ruolo referente aziendale che compila il questionario



01

Tipologia struttura e numero posti letto

La tabella 01 che segue sintetizza il numero dei rispondenti per tipologia di struttura in relazione alla fascia dimensionale della stessa.

L'84% dei rispondenti è rappresentato da strutture pubbliche, in prevalenza di media/grande dimensione. Solo il 7% da strutture private. Si rileva, inoltre, che all'indagine non hanno aderito strutture socio-sanitarie private.

Ma il dato è di sicuro stimolo per rinnovare l'indagine coinvolgendo maggiormente questi due primari attori della salute nazionale.

Tabella 01

Tipologia struttura	Numero rispondenti	Numero posti letto			
		< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750
Sanitaria privata	7	2	4	1	
Sanitaria pubblica	84	9	21	23	31
Socio-sanitaria pubblica	9	1		1	7
Totale	100	12	25	25	38

02 Regione

La distribuzione regionale dei rispondenti ha interessato 18 regioni, e pertanto lo studio offre una buona visione del fenomeno osservato a livello nazionale, come da tabella 02.

In particolar modo si registra un alto numero di rispondenti in Lombardia (20%) e Piemonte (17%), seguito da Lazio e Veneto (8%).

Tabella 02



Tipologia struttura

Regione	Sanitaria privata	Sanitaria pubblica	Socio-sanitaria pubblica	Totale
Abruzzo		2		2
Campania	1	2		3
Emilia Romagna	1	4		5
Friuli-Venezia Giulia		4	1	5
Lazio	2	6		8
Liguria		6		6
Lombardia	3	14	3	20
Marche		4		4
Molise		1		1
Piemonte		17		17
Puglia		4	1	5
Sardegna		1		1
Sicilia		5		5
Toscana		5		5
Trentino-Alto Adige		2		2
Umbria		2		2
Valle d'Aosta		1		1
Veneto		4	4	8
Totale	7	84	9	100

In sintesi

01

-
Alta partecipazione
di strutture pubbliche
(84% dei rispondenti)

02

-
Alta rappresentanza
delle regioni
(18 regioni su 20 pari al 90%)

03

-
Eterogeneità del ruolo
dei rispondenti





Enrico Burato

Coordinatore del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente della Regione Lombardia

 Il punto di vista

Enterprise risk management e i prossimi 20 anni di gestione del rischio

Negli ultimi due decenni ci siamo impegnati per rafforzare il ruolo e l'impatto del rischio clinico all'interno della sanità. Ora è tempo di avviare una nuova trasformazione: spostare l'attenzione non solo sul rischio clinico, ma estenderla, con un approccio integrato, a tutti i rischi all'intero del mondo sanitario.

L'orizzonte dell'Enterprise Risk Management è integrare le diverse dimensioni del rischio in sanità e offrire alla direzione strategica il quadro completo della rischiosità aziendale. Questa impostazione permette di applicare il metodo consolidato di risk assessment a tutte le dimensioni del rischio (ad esempio reputazionale, economico-finanziario, clinico, strutturale, di continuità operativa, di comunicazione e di sicurezza delle informazioni) e integrare l'analisi globale con i singoli *process owner* del processo in esame.

La sicurezza in sanità dipende da tutti questi fattori uniti e non può essere parcellizzata. Per questo, il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) della Regione Lombardia prevede di inserire la gestione del rischio all'interno della Struttura Qualità e di inquadrarlo in staff alla Direzione Generale. Il risk manager è un facilitatore che si relaziona con tutti gli attori e offre un'analisi basata sull'evidenza a chi deve prendere decisioni nell'ottica di un miglioramento continuo in tutte le aree che compongono la sanità: ospedaliera, amministrativa e territoriale (quest'ultima par-

ticolarmente rilevante nell'ottica della telemedicina e del potenziamento dell'assistenza domiciliare e nelle Case della Salute).

7 ASST sono state individuate come aziende pilota per testare, in un periodo inizialmente previsto di tre anni, l'introduzione dell'Enterprise Risk Management prima di estenderlo all'intero orizzonte della sanità regionale.

La Regione, infatti, ha un grande ruolo nello stimolare l'azione delle strutture sanitarie e, attraverso la formazione, veicolare nuove idee e buone pratiche. Ogni tre mesi circa 250, tra risk manager e membri dei comitati valutazioni sinistri dell'intero ecosistema sanitario lombardo, si incontrano guidati dal Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente per una sessione di aggiornamento nella quale si esamina un evento sentinella per volta, si presentano buone pratiche, si discutono aggiornamenti delle procedure, si condividono le linee operative regionali e gli strumenti da mettere in atto, si discute dell'andamento dei sinistri e di aggiornamenti normativi in tema di risk management. Così, la sanità lombarda procede assieme sulla via della sicurezza in una logica di visione condivisa con gli erogatori.

Per questo, alla centralità del risk manager a livello aziendale, deve rispondere una centralità della Regione nel coordinamento dei flussi di informazioni e delle procedure di sicurezza.





La Regione Lombardia sta implementando in questo anno un sistema unico regionale di incident reporting e di indicatori e ha avviato due percorsi annuali di formazione per tutti i risk manager: un livello base e un corso avanzato che sarà dedicato, per le prossime edizioni, anche all'Enterprise Risk Management.

La Regione sta inoltre potenziando nel Comitato Valutazione Sinistri, con il decreto n. 15406 del 27-10-2022, il ruolo del loss adjuster e del sistema GEDIS, l'applicativo regionale di gestione dei sinistri che monitora le richieste di risarcimento e le riserve mobilitate. Con queste nuove "linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – indicazioni per le direzioni strategiche e i CVS" (seconda revisione rispetto alle prime indicazioni del 2012 e del 2015) ci si pone in una logica in linea con i dettami indicati dal decreto attuativo richiesto dall'art. 10 comma 6 L.24/2017, anticipandone di fatto le indicazioni di massima. Questo Decreto Regionale ha rafforzato il modello lombardo già in atto dando maggiore forza e orientamento su questi temi:

- Composizione del CVS ed esplicitazione dei rispettivi ruoli attesi;
- Gestione delle richieste risarcitorie con il dettaglio delle fasi;
- Gestione del fondo rischi e delle riserve con la quantificazione secondo parametri standardizzati e guidati;
- Definizioni stragiudiziali-transazioni;
- Rivalsa e responsabilità amministrativo-contabile con obbligo di denuncia alla Corte dei Conti, ed esplicitazione dei casi da segnalare nonché delle indicazioni per la messa in mora.

Nel documento sono state introdotte le tabelle di prima stima attraverso i valori ottenuti dagli importi liquidati medi dei casi

chiusi dal 2016 al 2020. Vi è contenuta, inoltre, una tabella con le massime esposizioni economiche per ciascuna categoria di danno al fine di avere contezza di quella che potrebbe essere una stima massima del danno, ed è stata aggiornata a scopo orientativo una tabella che riporta per alcune età ed entità di danno biologico permanente i rispettivi valori economici secondo le tabelle di cui al D.M.0806/22 per menomazioni micropermanenti e le tabelle del Tribunale di Milano 2021 per quelle macropermanenti. Lo strumento è stato oggetto di condivisione nei network trimestrali di risk management, nell'ambito dei raggruppamenti legali e medico legali di Regione Lombardia e di formazione con tutti i componenti del CVS delle aziende sanitarie pubbliche.

In definitiva, quindi, quali sono, al momento, gli elementi che contraddistinguono il modello Lombardia?

- Avvio del percorso di integrazione di tutte le dimensioni del rischio sanitario (ERM);
- Potenziamento del ruolo del RM rispetto alle Direzioni strategiche;
- Condivisione e digitalizzazione degli strumenti di misurazione;
- Centralizzazione nel flusso delle informazioni;
- Condivisione tra Regione e aziende della visione programmatica e degli aggiornamenti professionali;
- Formazione continua e centralizzata dei risk manager.

In questo modo gli aggiornamenti, la visione e la prassi della sicurezza diventano patrimonio comune a tutti i livelli e la sanità regionale si orienta verso quel *full risk thinking* che rappresenta lo sguardo per i prossimi anni.



2. Organizzazione interna della funzione risk management

La seconda e più corposa area tematica indagata è quella relativa all'organizzazione interna alla struttura e dedicata alla funzione risk management. Si struttura in 11 quesiti, come di seguito analizzati e commentati singolarmente.

I QUESITI DELLA SEZIONE

- 01 Nell'organigramma aziendale dove è collocata la gestione del rischio?
- 02 In particolare in quale tipologia di struttura organizzativa o incarico?
- 03 La funzione risk management ovvero gestione del rischio nell'articolazione organizzativa interna dispone di spazi di responsabilità ed autonomia?
- 04 È stato individuato e strutturato *full time* un professionista risk manager?
- 05 Il risk manager collabora e si coordina strutturalmente, partecipando ai diversi Comitati di gestione interna, con gli altri Servizi della struttura sanitaria?
- 06 L'azienda sanitaria ha adottato al suo interno un Sistema Premiante per i professionisti?
- 07 I progetti di miglioramento interno in tema di gestione del rischio, validati dalla Direzione, fanno parte degli obiettivi aziendali da raggiungere inseriti nel budget annuale?
- 08 I progetti di gestione del rischio pianificati annualmente sono tutti monitorati e raggiunti?
- 09 Se "No" o "In parte", in % quanti progetti sono monitorati e realizzati?
- 10 Ad oggi qual è il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 4?²
- 11 Ad oggi qual è il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 5³?

2. Legge 24/ 2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 4: In ogni Regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3.

3. Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 5: all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente, lettera: «dbis») predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».



01

Nell'organigramma aziendale dove è collocata la gestione del rischio?

Come riportato nella tabella 04, il 50% dei rispondenti conferma che la funzione gestione del rischio all'interno dell'organizzazione aziendale è in staff alla Direzione generale, ovvero per il 37% in staff alla Direzione sanitaria.

Parallelamente, si rileva che il 13% dei rispondenti indica "Altro", evidenziando una non marginale eterogeneità interna tra le strutture in merito all'allocazione funzionale del servizio o, quanto meno, alla tassonomia utilizzata per individuare le funzioni interne.

Tabella 04



Nell'organigramma aziendale dove è collocata la gestione del rischio?	Numero rispondenti
In staff alla Direzione Sanitaria	37
In staff alla Direzione Generale	50
Altro	13
All'interno della Direzione medica di presidio	1
Dipartimento qualità e sicurezza delle cure	1
Dipartimento sicurezza e qualità	1
Dipartimento tecnico sanitario	1
In staff al Direttore medico di presidio	1
In staff alla Direzione aziendale	1
In staff alla Direzione medica	1
In staff alla Direzione strategica	1
Nel coordinamento delle direzioni mediche di presidio	1
Presso la Direzione dell'Area delle cure sanitarie e socio-sanitarie	1
Si intende Direzione sanitaria aziendale. Nel nuovo atto è previsto il passaggio al Direttore generale	1
Staff Direzione strategica	1
Unità rischio clinico aziendale in seno alla Direzione Sanitaria dei presidi ospedalieri	1
Totale	100

02

In particolare in quale tipologia di struttura organizzativa o incarico?

I rispondenti, sull'approfondimento organizzativo richiesto dal quesito b.2, attestano, per il 34%, che la gestione del rischio è affidata a una Unità Operativa Complessa (UOC), a seguire con il 23% a una Unità Operativa Semplice (UOS), e rispettivamente per il 13% a una Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale (UOSD) ovvero a un libero professionista incaricato.

Una maggiore eterogeneità rispetto al quesito b.1, quantificata pari al 17%, è rappresentata in questo caso dalla tipologia "Altro", come la tabella 05 riporta nelle specifiche tracciate.

Ad evidenza che l'organizzazione interna delle strutture sul poliedrico tema del risk management è ancora lontana dal definirsi in modo armonizzato sul territorio nazionale.

Tabella 05



In particolare in quale tipologia di struttura organizzativa o incarico?	Numero rispondenti
UOC - Unità Operativa Complessa	34
UOSD - Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale	13
UOS - Unità Operativa Semplice	23
Incarico professionale	13
Altro	17
All'interno della SC Direzione medica di presidio	1
Coincidente con il ruolo del direttore sanitario	1
Dirigente medico di Direzione sanitaria	1
Funzione	1
Funzione all'interno di UOS qualità e rischio	1
Gruppo aziendale	1
In questo momento l'atto aziendale non prevede alcun incarico definito. Dal 2017 al 2021 struttura semplice	1
In via di definizione	1
Incarico funzionale	1
Integrata alla Direzione sanitaria di presidio	1
Posizione organizzativa	1
SSA: struttura semplice a valenza aziendale	1
Ufficio	1
UOC governo, rischio clinico, programmazione sanitaria e controllo di gestione	1
UOS qualità e gestione del rischio clinico	1
UOSD allo stato ancora non assegnata	1
UOSD attualmente non assegnata	1
Totale	100

03

La funzione risk management ovvero gestione del rischio nell'articolazione organizzativa interna dispone di spazi di responsabilità e autonomia?

Come la tabella 06 evidenzia, la risposta al quesito specifico è "Sì" complessivamente per il 67% dei rispondenti.

Un dato incoraggiante, ma non pienamente soddisfacente considerando le premesse date allo studio, ovvero disporre delle risorse economiche e umane necessarie a garantire a tutti i cittadini prestazioni sanitarie di alta qualità e sicure. Obiettivo difficilmente raggiungibile in assenza di sufficiente responsabilità e autonomia decisionale.

Se mettiamo in relazione il dato con la tipologia di struttura organizzativa, notiamo che una maggiore autonomia e re-

sponsabilità, in capo alla funzione gestione del rischio, è confermata in presenza di un modello organizzativo che associa la funzione in seno a una UOC.

La linea di tendenza scende significativamente se consideriamo una UOSD o una UOS per ridursi al 8,96% in presenza solo di un professionista incaricato.

Pertanto, si può desumere che maggiore responsabilità e autonomia sui temi di gestione dei rischi siano correlate anche al modello organizzativo individuato e applicato all'interno delle strutture.

Tabella 06

La funzione risk management ovvero gestione del rischio nell'articolazione organizzativa interna dispone di spazi di responsabilità e autonomia?	Numero rispondenti
Sì	67
No	6
In parte	26
Non so	1
Totale	100

Tabella 07

La funzione risk management ovvero gestione del rischio nell'articolazione organizzativa interna dispone di spazi di responsabilità e autonomia?	Tipologia struttura organizzativa Frequenza percentuale				
	UOC - Unità Operativa Complessa	UOSD - Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale	UOS - Unità Operativa Semplice	Incarico Professionale	Altro
Sì	43,28%	14,93%	14,93%	8,96%	17,91%
No	16,67%	0,00%	50,00%	0,00%	33,33%
In parte	15,38%	7,69%	38,46%	26,92%	11,54%
Non so	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totale	34,00%	13,00%	23,00%	13,00%	17,00%

04

È stato individuato e strutturato full time un professionista risk manager?

Sul punto complessivamente i rispondenti confermano la presenza strutturata e full time di un professionista RM in struttura per il 69% e in parte per il 16% (tabella 08)

Se relazioniamo il dato con la variabile dimensionale delle strutture (tabella 09), secondo le 4 fasce definite per la ricerca, le strutture più grandi, con un numero posti letto maggiore di 750, dispongono per il 73,68% dei rispondenti di un risk manager full time strutturato, e il dato decresce al decrescere del numero posti letto gestiti.

Se allarghiamo la riflessione sommando le risposte “Sì” e “In parte”, in media l’85% dei rispondenti conferma la presenza di un RM full time strutturato all’interno.

Certamente da approfondire la natura e la sostanza di quell’“in parte”, ma comunque emerge un dato rassicurante, seppur da monitorare con maggiori futuri approfondimenti.

E se relazioniamo il dato con la tipologia di struttura organizzativa presente (tabella 10 nella pagina seguente), si rileva ancora premiante il modello organizzativo che prevede una Unità Operativa Complessa per la gestione dei rischi (Sì = 39,13%).

Tabella 08



È stato individuato e strutturato full time un professionista Risk Manager?	Numero rispondenti
Sì	69
No	13
In parte	16
Non so	2
Totale	100

Tabella 09



Numero posti letto

È stato individuato e strutturato full time un professionista risk manager?	Numero posti letto			
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750
Sì	58,33%	68,00%	68,00%	73,68%
No	16,67%	12,00%	16,00%	10,53%
In parte	25,00%	20,00%	16,00%	10,53%
Non so	0,00%	0,00%	0,00%	5,26%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Media “Sì” + “In parte” = 84,89%	83,33%	88,00%	84,00%	84,21%
----------------------------------	--------	---------------	--------	--------

Tabella 10

È stato individuato e strutturato full time un professionista risk manager?	Tipologia struttura organizzativa				
	UOC - Unità Operativa Complessa	UOSD - Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale	UOS - Unità Operativa Semplice	Incarico Professionale	Altro
Sì	39,13%	8,70%	26,09%	10,14%	15,94%
No	15,38%	7,69%	15,38%	30,77%	30,77%
In parte	31,25%	31,25%	18,75%	6,25%	12,50%
Non so	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	0,00%
Totale	34,00%	13,00%	23,00%	13,00%	17,00%

05

Il risk manager collabora e si coordina strutturalmente, partecipando ai diversi Comitati di gestione interna, con gli altri Servizi della struttura sanitaria?

Sul punto il dato emerso, riportato nella tabella 11, è positivo: l'82% dei rispondenti conferma trasversalità e condivisione all'interno delle strutture, il 18% in parte. Non sono pervenute risposte negative.

Tabella 11

Il risk manager collabora e si coordina strutturalmente, partecipando ai diversi comitati di gestione interna, con gli altri servizi della struttura sanitaria?	Numero rispondenti
Sì	82
In parte	18
Totale	100

06

L'azienda sanitaria ha adottato al suo interno un sistema premiante per i professionisti?

La definizione di "sistema incentivante o sistema premiante" indica il sistema operativo dell'azienda volto ad allineare il comportamento delle risorse umane alle aspettative dell'organizzazione, incentivando i comportamenti desiderati e disincentivando quelli non desiderati.

Può quindi essere, se correttamente e concretamente implementato e condiviso, uno strumento robusto finalizzato alla variazione dei comportamenti e alla disseminazione della cultura del rischio all'interno delle organizzazioni.

I rispondenti il sondaggio confermano, come da tabella 12, che lo strumento è ancora poco usato ("Sì" = 38%).

Se relazioniamo il dato alla variabile dimensionale "numero posti letto" per struttura (tabella 13), quelle nella fascia tra 500 e 750 posti letto, pertanto strutture di grandi dimensioni, si evidenziano per un'alta percentuale di soddisfazione del requisito indagato (risposte "Sì" + "In parte" = 88%).

Pertanto, le grandi dimensioni della struttura favoriscono l'implementazione di modelli organizzati che prevedono sistemi premianti al loro interno.

Se la riflessione si sposta in relazione alla tipologia di struttura organizzativa in campo (tabella 14, nella pagina seguente), ancora si evince che la presenza di un' Unità Operativa Complessa facilita l'applicazione di modelli organizzativi virtuosi e incentivanti.

Tabella 12



L'azienda sanitaria ha adottato al suo interno un sistema premiante per i professionisti?	Numero rispondenti
Sì	38
No	23
In parte	30
Non so	9
Totale	100

Tabella 13



L'azienda sanitaria ha adottato al suo interno un sistema premiante per i professionisti?	Numero posti letto			
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750
Sì	41,67%	24,00%	44,00%	42,11%
No	25,00%	28,00%	8,00%	28,95%
In parte	25,00%	32,00%	44,00%	21,05%
Non so	8,33%	16,00%	4,00%	7,89%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
"Sì" + "In parte"	66,67%	56,00%	88,00%	63,16%

Tabella 14

L'azienda sanitaria ha adottato al suo interno un sistema premiante per i professionisti?	Tipologia struttura organizzativa				
	UOC - Unità Operativa Complessa	UOSD - Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale	UOS - Unità Operativa Semplice	Incarico Professionale	Altro
Sì	36,84%	15,79%	23,68%	2,63%	21,05%
No	43,48%	8,70%	17,39%	8,70%	21,74%
In parte	30,00%	10,00%	30,00%	20,00%	10,00%
Non so	11,11%	22,22%	11,11%	44,44%	11,11%
Totale	34,00%	13,00%	23,00%	13,00%	17,00%

07

I progetti di miglioramento interno in tema di gestione del rischio, validati dalla Direzione, fanno parte degli obiettivi aziendali da raggiungere inseriti nel budget annuale?

Ancora poco utilizzata la leva incentivante del budget per promuovere l'individuazione, pianificazione e realizzazione di progetti in ambito di gestione dei rischi.

Come da tabella 15, solo il 57% dei rispondenti conferma il suo utilizzo con una risposta "Sì", il 28% "In parte".

Tabella 15

I progetti di miglioramento interno in tema di gestione del rischio, validati dalla Direzione, fanno parte degli obiettivi aziendali da raggiungere inseriti nel budget annuale?	Numero rispondenti
Sì	54
No	16
In parte	28
Non so	2
Totale	100

08

I progetti di gestione del rischio pianificati annualmente sono tutti monitorati e raggiunti?

Anche su questo punto, la tabella 16 evidenzia come le risposte pienamente soddisfacenti sono pari solo al 53% dei rispondenti e "In parte" pari al 40%.

Interessante indagare in un prossimo studio di approfondimento le motivazioni che hanno impedito la piena realizzazione dei progetti avviati.

Tabella 16

I progetti di gestione del rischio pianificati annualmente sono tutti monitorati e raggiunti?	Numero rispondenti
Sì	53
No	3
In parte	40
Non so	4
Totale	100

09

Se "No" o "In parte", in % quanti progetti sono monitorati e realizzati?

In merito, come la tabella 17 rappresenta, il 41,5 % dei rispondenti ritiene si realizzino e monitorino tra il 50% e il 75% dei progetti introdotti.

Stessa percentuale di rispondenti (41,5%) è più positiva e ritiene che si realizzi una maggiore percentuale di progetti, compresa tra il 75% e il 100%.

Tabella 17

Se "No" o "In parte", in % quanti progetti sono monitorati e realizzati?	Numero rispondenti			Totale
	No	In parte	Totale	
< 25%		3	3	7,3%
Tra 25% e 50%	1	3	4	9,8%
Tra 50% e 75%	1	16	17	41,5%
Tra 75% e 100%		17	17	41,5%
Totale	2	39	41	100,0%

10

Ad oggi qual è il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 4?

In merito all'istituzione del Centro regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza, come previsto dalla norma, i rispondenti dimostrano solo per il 53% la soddisfazione piena del requisito e per il 21% nella fascia di implementazione compresa tra il 75% e 100% (tabella 18).

Pertanto, di fatto, le disposizioni normative a 6 anni dalla loro introduzione, sono ancora lontane dall'essere pienamente realizzate, almeno nella percezione e conoscenza dei rispondenti.

Tabella 18



Ad oggi qual è il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 4? <i>"Comma 4. In ogni Regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'articolo 3".</i>	Numero rispondenti
0	6
< 25%	4
tra 25% e 50%	8
tra 50% e 75%	8
tra 75% e 100%	21
100%	53
Totale	100

11

Ad oggi qual è il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 5?

Rassicurante, come indicato dalla tabella 19, il riscontro in merito alla predisposizione e pubblicazione della relazione annuale sugli eventi avversi, oggetto specifico del comma 5 della norma.

In questo caso il 79% dei rispondenti conferma la piena realizzazione dell'azione e un ulteriore 10% la sua realizzazione tra il 75% ed il 100%.

Tabella 19



Ad oggi qual è il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 5? <i>"Comma 5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: «dbis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria".</i>	Numero rispondenti
0	2
< 25%	3
tra 25% e 50%	3
tra 50% e 75%	3
tra 75% e 100%	10
100%	79
Totale	100

In sintesi

Complessivamente l'area tematica "organizzazione interna della funzione risk management" si caratterizza per l'eterogeneità organizzativa rilevata, l'assenza di un risk manager strutturato *full time* in tutte le strutture ("Sì" = 69%) e il parziale possesso di piena autonomia e responsabilità decisionale. A queste evidenze, si somma il marcato sotto-utilizzo di modelli organizzativi che comprendano l'implementazione di sistemi premianti, ovvero la leva del budget come incentivo alla realizzazione di progetti e azioni finalizzati al contenimento del rischio. Anche l'implementazione del dettato normativo previsto nella Legge Gelli-Bianco, in particolare con riferimento all'art. 2 commi 4 e 5, non è ancora pienamente raggiunta.

01

- Nell'organigramma aziendale la gestione dei rischi è collocata in staff alla Direzione generale per il 50% dei rispondenti, e in particolare la tipologia di struttura organizzativa prevalente è quella della Unità Operativa Complessa (34%), a seguire l'Unità Operativa Semplice (23%)

02

- Parallelamente, si evidenzia una significativa eterogeneità organizzativa in merito all'allocazione funzionale del servizio o quanto meno alla tassonomia utilizzata per individuare le funzioni interne interessate, rappresentata dal 13% (b.1) al 17% (b.2) dei rispondenti

03

- "Responsabilità e autonomia" in seno alla funzione risk management sono confermate dal 67% dei rispondenti e sono correlate anche al modello organizzativo individuato e applicato all'interno delle strutture, maggiore ove presente una UOC

04

- La presenza di un professionista *full time* risk manager è confermata dal 69% dei rispondenti, e anche in questo caso è favorente il modello organizzativo che prevede un'Unità Operativa Complessa per la gestione dei rischi ("Sì" = 39,13%)

05

- L'82% dei rispondenti conferma trasversalità del ruolo del risk manager all'interno delle strutture: partecipa ai diversi Comitati di gestione interna e collabora con gli altri Servizi della struttura sanitaria

06

-
L'adozione di un sistema premiante all'interno delle strutture è ancora poco implementata (risposte "Sì" = 38%)

07

-
È altresì poco utilizzata la leva incentivante del budget per promuovere l'individuazione, pianificazione e realizzazione di progetti in ambito di gestione dei rischi ("Sì" = 54%)

08

-
Solo il 53% dei rispondenti ritiene che tutti i progetti di gestione del rischio pianificati siano poi monitorati e raggiunti

09

-
Il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 4, ovvero l'istituzione del Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, è compreso nel range tra il 75% ed il 100% per il 21% dei rispondenti, solo il 53% dei rispondenti ritiene che sia implementato al 100%

10

-
Il livello di implementazione di quanto indicato nella Legge 24/2017 Gelli-Bianco, art. 2, comma 5, ovvero la predisposizione e pubblicazione della relazione annuale sugli eventi avversi, è confermato dal 79% dei rispondenti



Giuseppe Sabatelli
Coordinatore del Centro regionale
Rischio clinico della Regione Lazio

 Il punto di vista

La cultura della colpa è il rischio irrisolto in sanità

A sei anni dalla legge Gelli-Bianco, i risultati della *survey* indicano con chiarezza come la gestione del rischio sanitario in Italia sia caratterizzata da un'estrema disomogeneità nell'articolazione organizzativa delle strutture che se ne occupano, a livello sia regionale che delle singole strutture. Una lettura semplicistica del contesto potrebbe individuare come principale fattore causale di questa variabilità la mancanza di importanti decreti attuativi della legge n.24/2017. Tuttavia, proprio il fatto che, a distanza di così tanto tempo, tali decreti non siano stati approvati, è probabilmente indicativo di un problema più profondo, a un tempo strutturale e culturale, sintetizzabile nella difficoltà del contesto normativo e istituzionale di affrontare sistematicamente i temi della qualità e sicurezza delle cure secondo i principi della cultura *no blame*.

I motivi di tale difficoltà sono vari e complessi. Fra questi gioca un ruolo non secondario la numerosità degli attori a diverso titolo coinvolti su questo tema che, limitandoci a quelli istituzionali, sono: le direzioni strategiche delle singole strutture, le regioni, il Ministero della Salute, l'AGENAS e la Magistratura nei suoi diversi ambiti (penale, civile, amministrativa e contabile). Se non è in discussione il ruolo e il mandato di tali attori, è tuttavia possibile che obiettivi divergenti fra loro (quando non francamente confliggenti), associati alla mancanza di una visione comune di sistema, possano produrre a livello periferico effetti distorsivi, fra i quali la diffusione di una cultura organizzativa fondata sul mero adempimento documentale, oppure l'appiattimento delle politiche di gestione del rischio sanitario sulla dimensione reattiva e la gestione del contenzioso.





Tutto questo, in assenza di un'efficace integrazione con la dimensione proattiva e di un esplicito *commitment* a supporto della cultura *no blame*, non solo riduce il potenziale di apprendimento organizzativo e professionale rivestito dall'errore e dalla sua segnalazione, ma apre la strada a scorciatoie semplificanti volte, spesso, alla ricerca di un capro espiatorio organizzativo.

Non esistono soluzioni semplici a problemi complessi, e questo caso non fa eccezione. Tuttavia, a parere di chi scrive, se si vuole davvero rendere la cultura *no blame* il *primum movens* della gestione del rischio nel contesto sanitario è necessaria una riflessione di sistema che prenda in considerazione alcuni elementi strutturali, a partire dalla rilevanza penale dell'atto medico, un vero e proprio macigno sulla strada della gestione del rischio sanitario. Attualmente, circa il novantacinque per cento delle cause penali per *medical malpractice*, si conclude senza una condanna. Si tratta di un dato che può essere letto in diversi modi, ma che non è comunque tranquillizzante, visto che non tiene conto dei costi sociali e di quelli professionali per gli operatori sanitari coinvolti, assolti dopo un percorso che può durare anni. Il tema meriterebbe un'analisi molto più estesa e approfondita di quanto consentito da questo spazio; tuttavia, si tratta di un elemento su cui appare necessaria una riflessione di ampio respiro.

Un secondo elemento su cui è urgente avviare un confronto è quello relativo ai costi dell'attuale sistema risarcitorio in

relazione alla sostenibilità per il Servizio Sanitario Nazionale. Pur senza entrare troppo in dettaglio, è appena il caso di sottolineare come le notevoli difformità con cui i diversi tribunali civili quantificano il risarcimento di uno stesso tipo di evento, rappresentino un problema non solo di sostenibilità finanziaria complessiva, ma anche di corretta gestione a livello locale: basti pensare quanto questo renda difficile per le strutture la definizione degli importi da mettere a riserva nell'apposito fondo costituito dalla Legge n. 24/2017. Se non è in discussione il diritto a un giusto risarcimento della persona danneggiata, è però forse il momento di avviare anche qui una riflessione che, partendo dall'esperienza di altri Paesi, come la Francia, valuti l'opportunità di una definizione univoca dell'entità dei risarcimenti, in un'ottica più vicina a una logica indennitaria che risarcitoria.

In conclusione, pertanto, a sei anni dall'approvazione di una legge che sembrava aprire la strada a un luminoso futuro per la gestione del rischio sanitario in Italia, la prognosi del risk management appare riservata. È necessario affrontare alla radice le ambiguità e i veri e propri vuoti normativi esistenti e sciogliere quei nodi che, almeno al momento, non consentono la sistemica ed effettiva implementazione di una cultura *no blame*, fondamento imprescindibile di qualsiasi politica che si ponga l'obiettivo del miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni sanitarie non solo a garanzia delle persone assistite, ma anche degli esercenti le professioni sanitarie e delle strutture in cui operano.



3. Risorse umane

Dalle modalità organizzative interne alla struttura, e che ne costituiscono l'architettura funzionale e la cornice in cui può agire una efficace *clinical governance*, le aree tematiche che seguono (risorse umane e risorse finanziarie) spostano l'indagine sugli strumenti concreti di realizzazione di ogni strategia a oggetto la gestione dei rischi. Ovvero, le persone dedicate, le loro competenze e i mezzi economici a disposizione per realizzare sul campo i progetti di miglioramento pianificati e necessari alla maggior sicurezza di professionisti sanitari e pazienti.

Di seguito quanto rilevato per ogni singolo elemento di interesse sopra indicato.

I QUESITI DELLA SEZIONE

- 01 La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse umane dedicate?
- 02 Se sì, quanti professionisti strutturati fanno parte del servizio e collaborano con il risk manager?
- 03 Come valuta il numero di professioni attualmente dedicati alla gestione dei rischi nella struttura in relazione ai carichi di lavoro da gestire?
- 04 Il servizio RM può avvalersi della collaborazione di professionisti "facilitatori" referenti del rischio presenti in ogni reparto/unità operativa della struttura per la messa a terra delle azioni programmate?
- 05 I professionisti dedicati al RM dispongono di certificazioni professionali specifiche?





01

La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse umane dedicate?

In merito, solo il 62% dei rispondenti conferma che la funzione risk management dispone di risorse umane dedicate.

Per contestualizzare il dato si è provveduto a mettere in relazione quanto espresso nella tabella 20 con la variabile dimensionale delle strutture (numero posti letto) e con la variabile organizzativa (tipologia della struttura organizzativa).

La relazione effettuata dimostra come il quesito sia maggiormente soddisfatto nelle strutture molto grandi, con un numero di posti letto maggiore di 750.

Le strutture più deboli sul punto sono quelle comprese nella fascia posti letto tra 250 e 500, pertanto strutture sanitarie di medie dimensioni (tabella 21)

Le osservazioni sopra esposte si confermano anche considerando complessivamente le risposte Si + in parte pervenute.

La tabella 22 reitera, come evidenziato per l'area tematica "b" focalizzata sull'organizzazione interna, che dove presente un'Unità Operativa Complessa la percentuale di soddisfazione dell'elemento espressa dai rispondenti è più consistente.

Tabella 20

La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse umane dedicate?	Numero rispondenti
Si	62
No	10
In parte	27
Non so	1
Totale	100

Tabella 21

La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse umane dedicate?	Numero posti letto			
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750
Si	58,33%	40,00%	64,00%	76,32%
No	16,67%	24,00%	4,00%	2,63%
In parte	25,00%	36,00%	32,00%	18,42%
Non so	0,00%	0,00%	0,00%	2,63%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
"Si" + "In parte"	83,33%	76,00%	96,00%	94,74%

Tabella 22



Tipologia struttura organizzativa

La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse umane dedicate?	UOC - Unità Operativa Complessa	UOSD - Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale	UOS - Unità Operativa Semplice	Incarico Professionale	Altro
Sì	40,32%	25,81%	6,45%	12,90%	14,52%
No	10,00%	10,00%	30,00%	20,00%	30,00%
In parte	29,63%	22,22%	18,52%	11,11%	18,52%
Non so	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%
Totale	34,00%	23,00%	13,00%	13,00%	17,00%

02

Se "Sì" o "In parte", quanti professionisti strutturati fanno parte del servizio e collaborano con il risk manager?

La metà dei rispondenti indica che i team di lavoro sono generalmente costituiti da 1-2 professionisti oltre il risk manager.

Progressivamente, nelle fasce a seguire, le percentuali di soddisfazione del quesito si dimezzano, come da tabella 23.

Tabella 23



Se "Sì" o "In parte", quanti professionisti strutturati fanno parte del servizio e collaborano con il risk manager?	Numero rispondenti
Da 1 a 2	50
Da 3 a 5	26
Più di 5	14
Totale	90

03

Come valuta il numero di professioni attualmente dedicati alla gestione dei rischi nella struttura in relazione ai carichi di lavoro da gestire?

Considerando quanto evidenziato nei quesiti c.1 e c.2, non sorprende le risposte ricevute in merito a questo elemento di indagine e riportate nella tabella 24.

Solo il 7% dei rispondenti ritiene il numero di professionisti dedicato alla gestione dei rischi appropriato al lavoro quotidiano da svolgere.

Complessivamente il 61% dei rispondenti lo ritiene poco o per nulla adeguato.

Il sottodimensionamento dell'equipe di lavoro è una evidenza su cui discutere e confrontarsi, in particolar modo in questo momento di contrazione complessiva degli organici sanitari in genere e di difficoltà a reperire professionisti sanitari. Anche il ricorso a interinali, gettonisti o altre forme contrattuali di prestazione di servizio non risolvono di fatto le criticità organizzative, e comportano, di contro, l'inevitabile aumento del livello dei rischi da gestire.

Tabella 24



Come valuta il numero di professioni attualmente dedicati alla gestione dei rischi nella struttura in relazione ai carichi di lavoro da gestire?	Numero rispondenti
Molto adeguato	7
Abbastanza adeguato	32
Poco adeguato	37
Per nulla adeguato	24
Totale	100

04

Il servizio RM può avvalersi della collaborazione di professionisti "facilitatori" referenti del rischio presenti in ogni reparto/unità operativa della struttura per la messa a terra delle azioni programmate?

Sul quesito le risposte positive sono pari solo al 52% e pur considerando favorevolmente il 30% delle risposte "in parte", il dato non è confortante.

L'esperienza sul campo attesta come la presenza di professionisti ingaggiati e stimolati sui temi della gestione e monitoraggio dei rischi all'interno dei reparti, o su tematiche specifiche come le infezioni correlate all'assistenza, sia un elemento favorente l'obiettivo condiviso di garantire maggior sicurezza e benessere a professionisti e pazienti, e pertanto ci si augura possa essere perseguito con maggiore adesione.

Con questa convinzione si è provveduto ad approfondire l'analisi relazionando la tabella 25 con le dimensioni della struttura, secondo le fasce considerate dallo studio, e con l'organizzazione interna.

La tabella 26 (nella pagina seguente) focalizza la relazione tra la presenza di "facilitatori" nei reparti e dimensioni della struttura, palesando che le strutture molto grandi (> 750 posti letto) soddisfano maggiormente il requisito.


E la tabella 27 (nella pagina seguente) focalizza la relazione con l'organizzazione interna. Anche in questo caso la presenza di un'Unità Operativa Complessa aumenta la soddisfazione dell'elemento.

Tabella 25



Il servizio RM può avvalersi della collaborazione di professionisti "facilitatori" referenti del rischio presenti in ogni reparto/unità operativa della struttura per la messa a terra delle azioni programmate?	Numero rispondenti
Sì	52
No	15
In parte	30
Non so	3
Totale	100

Tabella 26

 **Numero posti letto**




 Il servizio RM può avvalersi della collaborazione di professionisti "facilitatori" referenti del rischio presenti in ogni reparto/unità operativa della struttura per la messa a terra delle azioni programmate?	Numero posti letto			
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750
Sì	50,00%	44,00%	52,00%	57,89%
No	16,67%	20,00%	12,00%	13,16%
In parte	33,33%	32,00%	32,00%	26,32%
Non so	0,00%	4,00%	4,00%	2,63%
Totale	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
"Sì" + "In parte"	83,33%	76,00%	84,00%	84,21%

Tabella 27

 **Tipologia struttura organizzativa**

 Il servizio RM può avvalersi della collaborazione di professionisti "facilitatori" referenti del rischio presenti in ogni reparto/unità operativa della struttura per la messa a terra delle azioni programmate?	Tipologia struttura organizzativa				
	UOC - Unità Operativa Complessa	UOSD - Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale	UOS - Unità Operativa Semplice	Incarico Professionale	Altro
Sì	38,46%	17,31%	13,46%	15,38%	15,38%
No	40,00%	33,33%	13,33%	6,67%	6,67%
In parte	26,67%	30,00%	13,33%	6,67%	23,33%
Non so	0,00%	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%
Totale	34,00%	23,00%	13,00%	13,00%	17,00%

05

I professionisti dedicati al RM dispongono di certificazioni professionali specifiche?

Come da tabella 28, solo il 39% dei rispondenti conferma il punto.

La certificazione professionale rappresenta, pertanto, un'area debole e da implementare se si persegue l'obiettivo di disporre di professionisti dedicati al rischio sempre più qualificati e preparati a gestire le incertezze future.

Tabella 28



I professionisti dedicati al RM dispongono di certificazioni professionali specifiche?	Numero rispondenti
Sì	39
No	20
In parte	34
Non so	7
Totale	100

In sintesi

Complessivamente l'annotazione emergente è che ad oggi si dispone sul campo di team di lavoro dedicati alla gestione dei rischi sottodimensionati in relazione ai carichi di lavoro da svolgere, compresa la possibilità di avvalersi di "facilitatori" interni nei reparti, possibilità questa validata solo dal 52% dei rispondenti.

01

- Solo il **62% dei rispondenti** conferma che la funzione risk management dispone di risorse umane dedicate e il **50%** sostiene che i team di lavoro sono costituiti da 1-2 professionisti oltre al risk manager

04

- Solo il **39%** conferma che i professionisti dedicati al RM dispongono di certificazioni professionali specifiche

02

- In coerenza con il dato precedente, il **61%** dei rispondenti ritiene il numero di professionisti dedicato alla gestione dei rischi poco o per nulla adeguato al lavoro quotidiano da svolgere

03

- Solo il **52%** conferma che il servizio RM può avvalersi della collaborazione di "facilitatori" referenti del rischio presenti in ogni reparto/unità operativa della struttura per la messa a terra delle azioni programmate





Arabella Fontana
Direttore medico del Presidio ospedaliero
Borgomanero ASL di Novara



Daniela Sarasino
Responsabile SSD Governo
clinico e sviluppo strategico e
SS Servizio di epidemiologia ASL di Novara

Il punto di vista

Il risk management nel passaggio generazionale

Sul tema del risk management in sanità ci sono stati indiscutibili progressi negli ultimi 15 anni, a livello locale e in una Regione, il Piemonte, che si è mossa con costante attenzione nella gestione del rischio.

La trasformazione è partita dal focus sulle procedure in attuazione delle Raccomandazioni ministeriali ed è arrivata a concentrarsi sul monitoraggio degli indicatori di processo e di esito. È una trasformazione concreta. Siamo passati dal concetto di “errore in ospedale” e di sicurezza come responsabilità individuale, con il suo inevitabile strascico di colpevolizzazione e resistenze, a un’idea di gestione sistemica del rischio nell’intero orizzonte sanitario, creando una comunità professionale con un potere trasformativo fondato su una crescente insistenza sulla prevenzione, l’approccio a priori, l’apprendimento organizzativo e il confronto tra pari.

Questi progressi non vanno, però, dati per scontati. Ce ne siamo accorti nel passaggio generazionale che è seguito alla pandemia. Cambiando le persone possono cambiare gli automatismi che si sono costruiti con tanta cura. Questo ci dice che esistono dimensioni immateriali nel risk management e nella qualità che dipendono dalla visione, dall’aspettativa e dalla percezione del rischio dei professionisti sanitari. Possiamo avere gli strumenti di *incident reporting*, protocolli e ruoli da referenti, ma se le persone non li animano e riempiono di significato, rimangono inerti.

Come è possibile, quindi, mantenere nel tempo una “comunità di pratica” attorno alla gestione del rischio? Come è possibile diffondere e tramandare, a livello aziendale, una *formamentis* improntata al metodo, alle buone pratiche e alle priorità della sicurezza?

La nostra prima risposta è: bisogna assumere la leadership delle iniziative per la sicurezza di utenti, operatori e ambiente. Un’azienda sanitaria deve essere orientata positivamente all’identificazione e riduzione dei rischi e deve investire in programmi di cambiamento organizzativo finalizzati a superare quelle resistenze legate al comune sentire che “compiere azioni routinarie è sicuro e rilassante”. Con quale strumento? L’ASL Novara promuove ormai da lungo tempo, tra gli obiettivi da assegnare alle strutture ogni anno, iniziative per la sicurezza e ne monitora il successo.

Il secondo passo è creare una cultura della sicurezza investendo sul personale, a partire dal primo momento di inserimento lavorativo. Per esempio, ogni neoassunto presso l’ASL Novara partecipa a un corso FAD dal titolo: “*Impariamo dagli errori*”. Il messaggio è: se fai un errore non sentirti in colpa. Non aver paura. Comunicacelo in modo da trasformarlo in occasione di apprendimento e miglioramento, ricercando insieme un’azione correttiva da implementare per la sicurezza. Questo è il nostro approccio.





Il terzo passo è garantire la formazione permanente di tutto il personale aziendale sia sulla qualità delle cure sia sul rischio, ambiti che noi riteniamo sia ragionevole considerare direttamente collegati condividendo metodo, algoritmo decisionale e risultato atteso: il miglioramento.

I corsi ECM di formazione continua inseriti nel Piano annuale della ASL Novara per soddisfare i bisogni formativi spaziano dalla fallibilità umana, come caratteristica inevitabile dell'agire, all'imperativo "mai soddisfatti della propria consuetudine", alle "barriere" di protezione (procedure e protocolli) da adottare nell'attività quotidiana, all'importanza del *teamwork* (con particolare riguardo alle figure del leader, dell'autorità e del *follower*) e della comunicazione (chiara, sintetica e assertiva, intesa come collante che tiene unito e fa ben operare il team) per il raggiungimento della massima sicurezza possibile.

Da sottolineare come spesso si registri maggiore adesione alle proposte formative da parte del personale infermieristico, probabilmente avvantaggiato da un percorso di laurea che affronta e valorizza la gestione del rischio maggiormente rispetto al percorso formativo universitario seguito dai medici: punto di debolezza, questo, da non trascurare.

Il quarto elemento importante è agire sul ruolo. È indispensabile che le responsabilità (obiettivo comune e gerarchia) delle figure che intervengono nella gestione del rischio in azienda (risk manager, unità gestione rischio, referente della qualità e del rischio) di ciascuna struttura aziendale e team operativo, siano chiare e condivise. Importante, in particolare, la figura del referente della qualità e del rischio: è essenziale che questi professionisti siano consci e orgogliosi della loro funzione strategica e traggano da questa sicurezza la forza di agire in

maniera proattiva nei contesti in cui sono inseriti e che non trascurino il confronto tra i diversi livelli e l'opportunità di parlare gli uni con gli altri, oltre che con il risk manager centrale, i propri colleghi e le diverse realtà aziendali.

Così la gestione del rischio è davvero integrata, verticalmente e orizzontalmente, dalla dirigenza agli operatori; non è e non deve rimanere un'attività individuale, circoscritta al proprio reparto o processo. Deve essere sistemica ed è necessario che i professionisti capiscano che il loro impegno è inserito in un'attività di grande respiro che tocca tutta l'azienda.

Quinto elemento è la fiducia. Non c'è audit, nella nostra esperienza, dopo la segnalazione di un evento sentinella o di un evento avverso che non inizi in un'atmosfera di tensione. Eppure, quella degli audit può essere assimilata a una magia perché, se si riescono a mettere le persone a proprio agio, si possono trarre tantissimi miglioramenti che fanno la differenza per l'azienda. L'elemento sorprendente è che il personale, nel 90 per cento dei casi, ha già la soluzione, ed è in grado di suggerirla appena riesce a trovare un piccolo spazio di riflessione che interrompa il flusso battente dell'attività quotidiana.

Questa delicata condivisione, sempre minacciata dal timore di ripercussioni giudiziarie, ovviamente va protetta garantendo anonimato nell'audit, che è e deve essere esclusivamente diretto al miglioramento. La rottura, anche una sola volta, di questo vincolo di fiducia, può distruggere il lavoro fatto in anni.

Sesto e ultimo elemento è la comprensione: il ricordo che, dell'evento avverso, il sanitario è la seconda vittima e merita assistenza (anche psicologica), protezione e supporto al pari del paziente. «*We cannot change human condition, but we can change the conditions under which humans work*» (Reason, J BMJ 2000).



4. Risorse finanziarie

Le risorse finanziarie, accanto alle risorse umane, sono il secondo motore di un sistema di risk management efficace ed efficiente. Di seguito gli esiti emersi dallo studio.

I QUESITI DELLA SEZIONE

- 01 La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse economiche?
- 02 Se sì, indicativamente di quante risorse economiche dispone?
- 03 Come valuta le risorse disponibili al momento per la funzione risk management e destinate a garantire la realizzazione delle attività programmate/progetti pianificati?
- 04 Si ha accesso a quote premiali al raggiungimento di obiettivi predefiniti e monitorati?
- 05 Si accede a finanziamenti esterni e/o fondi per realizzare progetti specifici in ambito di gestione del rischio?
- 06 Sono stati pianificati progetti inerenti quanto previsto per la sanità dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁴ e che tengano in considerazione la gestione del rischio?

4. Missione n. 6 Salute: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario.





01

La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse economiche?

Netta in questo caso la risposta dei partecipanti, come riportato nella tabella 29: per il 73% la funzione risk management non dispone di risorse economiche.

La modalità organizzativa interna condiziona la soddisfazione dell'elemento, come sottolinea la tabella 30, pur rimanendo evidente il trasversale sottofinanziamento che investe il servizio risk management all'interno delle strutture.

Tabella 29

La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse economiche?	Numero rispondenti
Sì	11
No	73
In parte	12
Non so	4
Totale	100

Tabella 30

La funzione risk management nell'articolazione organizzativa interna dispone di risorse economiche?	Tipologia struttura organizzativa				
	UOC - Unità Operativa Complessa	UOSD - Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale	UOS - Unità Operativa Semplice	Incarico Professionale	Altro
Sì	45,45%	27,27%	18,18%	0,00%	9,09%
No	31,51%	10,96%	26,03%	13,70%	17,81%
In parte	41,67%	8,33%	16,67%	16,67%	16,67%
Non so	25,00%	25,00%	0,00%	25,00%	25,00%
Totale	34,00%	23,00%	13,00%	13,00%	17,00%

02

Se "Sì" o "In parte", indicativamente di quante risorse economiche dispone?

Anche quando si dispone di risorse economiche, le cifre di riferimento sono inferiori a 5.000 euro per il 40% dei rispondenti e limitate entro i 30.000 euro per un ulteriore 40% (tabella 31).

Da annotare che le strutture con meno di 250 posti letto dichiarano di non disporre affatto di risorse finanziarie (tabella 32).

Tabella 31



Se "Sì" o "In parte", indicativamente di quante risorse economiche dispone?	Numero rispondenti
< 5.000 €	8
Tra 5.000 e 30.000 €	8
Tra 30.000 e 50.000 €	1
> 50.000 €	3
Totale	20

Tabella 32



Numero posti letto

Se "Sì" o "In parte", indicativamente di quante risorse economiche dispone?	Numero posti letto			
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750
< 5.000 €		50,00%	0,00%	45,45%
Tra 5.000 e 30.000 €		50,00%	33,33%	36,36%
Tra 30.000 e 50.000 €		0,00%	0,00%	9,09%
> 50.000 €		0,00%	66,67%	9,09%
Totale		100,00%	100,00%	100,00%

03

Come valuta le risorse disponibili al momento per la funzione risk management e destinate a garantire la realizzazione delle attività programmate/progetti pianificati?

A conferma di quanto evidenziato nei punti precedenti, nella tabella 33 il 70% dei rispondenti valuta poco o per nulla adeguate le risorse al momento disponibili e riservate a garantire la realizzazione delle attività programmate.

Tabella 33



Come valuta le risorse disponibili al momento per la funzione risk management e destinate a garantire la realizzazione delle attività programmate/progetti pianificati?	Numero rispondenti
Molto adeguato	2
Abbastanza adeguato	28
Poco adeguato	41
Per nulla adeguato	29
Totale	100

04

Si ha accesso a quote premiali al raggiungimento di obiettivi predefiniti e monitorati?

La tabella 34 indica come i “pochi” professionisti impegnati nella gestione dei rischi, così come evidenziato nella precedente area tematiche ad oggetto le risorse umane, non hanno sufficiente accesso a quote premiali al raggiungimento degli obiettivi programmi.

Solo il 32% restituisce una valutazione positiva, il 23% in parte ed il 38% conferma di non avere accesso a quote premiali.

Tabella 34



Si ha accesso a quote premiali al raggiungimento di obiettivi predefiniti e monitorati?	Numero rispondenti
Sì	32
No	38
In parte	23
Non so	7
Totale	100

05

Si accede a finanziamenti esterni e/o fondi per realizzare progetti specifici in ambito di gestione del rischio?

Dai dati raccolti e contenuti nella tabella 35 tanto meno si accede a finanziamenti esterni.

Il 66% dei rispondenti restituisce un "No".

Tabella 35



Si accede a finanziamenti esterni e/o fondi per realizzare progetti specifici in ambito di gestione del rischio?	Numero rispondenti
Sì	10
No	66
In parte	11
Non so	13
Totale	100



06

Sono stati pianificati progetti inerenti quanto previsto per la sanità dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁵ e che tengano in considerazione la gestione del rischio?

L'interesse di conoscere se il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza sia uno strumento considerato e usato per finanziare progetti innovanti in ambito di organizzazione sanitaria e gestione del rischio, è rappresentato nella tabella 36.

I dati raccolti non sono confortanti in quanto appena il 34% dei rispondenti conferma che sono pianificati progetti relativi alla missione 6 del PNRR, e un modesto 27% in parte.

Un'ulteriore riflessione da dedicare al fatto che il 20% delle risposte non registrate è "Non so".

Una lettura possibile potrebbe essere che sul punto e sul tema non si sia discusso a sufficienza all'interno delle strutture e, più in generale, nell'opinione pubblica nazionale, e che tantomeno sia stata coinvolta la comunità sanitaria in scelte strategiche che necessitano della partecipazione attiva di tutti i protagonisti, professionisti e pazienti compresi.

Si annota da ultimo che in relazione al 34% dei rispondenti "Sì", il 26,47% proviene dalla regione Lombardia e il 20,59% dalla regione Piemonte.

Tabella 36



Sono stati pianificati progetti inerenti quanto previsto per la sanità dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e che tengano in considerazione la gestione del rischio? Missione n. 6 Salute: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario	Numero rispondenti
Sì	34
No	19
In parte	27
Non so	20
Totale	100

5. Missione n. 6 Salute: M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario.

In sintesi

La riflessione che ne consegue è che il servizio RM non è sufficientemente sostenuto da risorse economiche destinate alla realizzazione dei progetti di miglioramento pianificati. L'evidenza del dato trova sostegno nel fatto che il 43% dei rispondenti riveli come i progetti pianificati non sono raggiunti o sono raggiunti solo parzialmente. Certo il dato deve essere posto in relazione anche alle risorse umane disponibili, che come esposto nella sezione dedicata, sono anch'esse stimate insufficienti a garantire i carichi di lavoro.

La combinazione delle due sintesi moltiplica in forma esponenziale le difficoltà oggi da affrontare per ottemperare all'obiettivo di mitigare e gestire i rischi sanitari a beneficio di operatori e pazienti.

01

- Il 73% dei rispondenti ritiene che la funzione risk management non disponga di risorse economiche

02

- Dove se ne dispone (11%), esse sono limitate entro la soglia dei 5.000 euro per il 40% dei rispondenti

03

- Il 70% dei rispondenti valuta poco o per nulla adeguate le risorse economiche disponibili

04

- L'accesso a quote premiali al raggiungimento di obiettivi predefiniti è confermato solo dal 32% dei rispondenti

05

- Solo il 10% dichiara di poter accedere a finanziamenti esterni e/o fondi per realizzare progetti specifici in ambito di gestione del rischio

06

- Un modesto 34% dei rispondenti conferma che sono pianificati progetti relativi alla missione 6 del PNRR, a cui si aggiunge un 27% che ha risposto "In parte"





Yanko Tedeschi
Direttore Amministrativo
ASL di Lecce

 Il punto di vista

Quali risorse servono al risk management sanitario?

È opportuno fare una prima riflessione sullo stato dell'arte del risk management a distanza di cinque anni dall'approvazione della Legge n. 24/2017 che ha regolato l'ambito della responsabilità professionale degli esercenti la professione sanitaria, anteposto ad essa, tuttavia, la disciplina della sicurezza delle cure e della persona assistita. Nelle intenzioni del legislatore si leggeva chiaramente il segno di un cambiamento di approccio alla questione della responsabilità sanitaria, in precedenza incentrata su disposizioni rivolte alla sanzione a posteriori del personale sanitario come unico mezzo a garanzia della tutela della salute del paziente.

Con la Legge Gelli-Bianco si spostava, infatti, l'attenzione sulle modalità di prevenzione di eventuali errori nel percorso di erogazione delle cure sanitarie. Ebbene, sulla scorta di quella che è l'esperienza del sottoscritto all'interno delle due principali aziende sanitarie pugliesi, devo riconoscere che questa rivoluzione culturale non si è ancora completamente realizzata. In generale, infatti, l'approccio continua a essere prevalentemente di tipo "reattivo": anche nelle aziende con una buona sensibilità sul tema della gestione del rischio dove, pure, vengono svolte a valle dell'evento avverso attività di c.d. *Root Causes Analysis*, il punto di partenza resta sempre il "sinistro" e non il "rischio".

Accade così che l'attività sia tutta concentrata all'interno dei Comitati Valutazione Sinistri e che la stessa risulti finalizzata più a contenere l'esposizione legale dell'azienda che a promuovere effettivamente la sicurezza dei pazienti. Occorre passare, invece, a un approccio sempre più proattivo che parta da una consapevole analisi del rischio per sviluppare modelli organizzativi impattanti sull'intero ecosistema aziendale.

Il tutto partendo da una consapevolezza, e cioè che errare è umano. Un assunto che, peraltro, costituisce fondamento della filosofia alla base della cultura della gestione del rischio clinico. Rispet-

to al comportamento umano come fonte di errore, la mitigazione del rischio può essere perseguita attraverso il potenziamento delle attività di formazione e aggiornamento individuale.

Ma il vero rischio è sempre legato a una carenza organizzativa e attiene alle condizioni in cui si verifica l'errore, al contesto aziendale, dato dal complesso di elementi umani, tecnologici e relazionali tra loro interconnessi. Di qui l'esigenza di sviluppare metodologie di analisi di tipo proattivo, come si diceva in premessa, che possano prevenire gli errori andando ad analizzare i singoli processi nelle loro fasi, al fine di individuare le criticità di sistema e i possibili ambiti d'errore umano, per elaborare tempestivamente le necessarie azioni correttive. Questa dovrebbe essere la funzione del risk management.

Cosa serve, quindi, al RM sanitario? Servono investimenti sulla formazione e sulle competenze. Con la diffusione dell'utilizzo di tecnologie sanitarie sempre più all'avanguardia, il crescere degli episodi di pirateria informatica e le conseguenti preoccupazioni relative alla sicurezza dei dati, l'evoluzione della scienza medica e il contesto normativo, legale e politico in continuo mutamento, la gestione del rischio in un'azienda sanitaria è diventata più complessa che mai. La figura del risk manager da sola non è sufficiente, occorre una vera e propria struttura fatta di professionalità multidisciplinari. Immagino una vera e propria struttura in staff alla Direzione Generale, all'interno della quale operino medici legali, psicologi, giuristi, tecnici, loss adjuster, magari coordinati da un ingegnere gestionale, capaci di veicolare presso le diverse macrostrutture, in una logica a matrice, la cultura e le buone pratiche per la mitigazione del rischio in ogni aspetto dell'attività sanitaria e in grado di intercettare, attraverso audit periodici, situazioni foriere di possibile errore. La logica è sviluppare un sistema che guardi alla prevenzione del rischio sanitario (e non solo) all'interno dei processi, prima ancora che alla gestione ex post dell'evento avverso.



Le risorse necessarie per realizzare una struttura di questo genere potrebbero attestarsi realisticamente intorno a 1,5 milioni di euro l'anno. Non meno, per un'azienda sanitaria di medio grandi dimensioni. Ma non mi soffermerei tanto sulla quantificazione delle risorse finanziarie necessarie alla corretta implementazione di un sistema di risk management all'interno dell'azienda, quanto su quelle che una gestione del rischio proattiva potrebbe far risparmiare, riducendo nel medio lungo periodo gli eventi avversi, i risarcimenti in sede giudiziale e stragiudiziale e, di conseguenza gli accantonamenti a fondo rischi effettuati annualmente nei bilanci di esercizio. Tutto questo senza considerare gli effetti sotto il profilo reputazionale per l'Azienda.

Altro tema è quello inerente alle competenze, difficili da reperire anche e soprattutto in ragione dell'esperienza richiesta alle singole professionalità da mettere insieme. Indubbiamente una strada è quella della formazione, in tema di risk management, del personale interno, già in possesso di conoscenze specifiche di base. Ma non è escluso che parte delle competenze possano essere reclutate sul mercato. Oggi le compagnie assicurative si avvalgono, per la gestione dei sinistri delle aziende assicurate, dell'attività congiunta di broker, avvocati fiduciari, medici legali e loss adjuster che, integrando i CVS aziendali, contribuiscono in maniera determinante al contenimento dei risarcimenti. Ebbene, queste professionalità, se impiegate direttamente nell'Azienda, potrebbero concorrere in maniera fattiva alla realizzazione di quel modello proattivo di gestione del rischio di cui stiamo parlando.

L'arco di tempo per misurare l'efficacia di un cambiamento di prospettiva come quello introdotto dalla riforma Gelli-Bianco

è di almeno 10 anni: pertanto, allo stato attuale non è possibile dimostrarne l'impatto in maniera puntuale. Tuttavia, è indiscutibile il fatto che, attraverso uno strutturato sistema di gestione del rischio, si possano non solo prevenire gli eventi avversi, a tutela del paziente, ma altresì scongiurare il contenzioso, limitando in tal modo anche il fenomeno della c.d. medicina difensiva. Questo consentirebbe una razionalizzazione delle risorse disponibili, liberando una parte significativa di quei 15 milioni di euro circa che un'azienda di dimensioni medio-grandi impegna annualmente per il pagamento delle polizze assicurative e/o per gli accantonamenti a fondo rischi. Tutto ciò senza considerare che, con l'impiego proattivo del risk management, gli enti sanitari salvaguardano non solo la sicurezza dei pazienti, ma anche i beni dell'organizzazione, il valore del brand e la propria reputazione nella comunità di riferimento.

Occorre, dunque, sviluppare una maggiore consapevolezza sulla necessità di un approccio proattivo alla gestione del rischio finalizzata alla prevenzione dell'errore e non alla sola gestione dell'evento avverso. Sarebbe opportuno, a tal fine, rilevare e studiare – ovvero misurare attraverso la ricerca – le buone pratiche dell'ultimo quinquennio, così da verificarne l'impatto e iniziare a raccogliere indizi fattuali sull'efficacia del risk management. Aiuterebbe, inoltre, completare l'impianto normativo e regolamentare. Penso che sarebbe di grande aiuto una definizione chiara della struttura del risk management, delle risorse minime, delle professionalità richieste, della collocazione a livello strutturale e funzionale all'interno delle aziende. Un inquadramento chiaro indicherebbe a tutta la sanità italiana la direzione da seguire senza differenze o incertezze.



5. Formazione

La complessità caratterizza da sempre il sistema salute, oltre che, nell'odierno contesto, un'esponentiale ma necessaria accelerazione dei nostri tempi di risposta a criticità e rischi ormai globalizzati.

Pertanto la formazione è chiave di successo, tra le altre menzionate (organizzative e di risorse), per prepararsi alle sfide di domani con competenza e professionalità.

Gli elementi indagati in quest'area tematica forniscono utili informazioni in merito.

I QUESITI DELLA SEZIONE

- 01 Il Servizio Risorse Umane e/o formazione della struttura ha implementato un progetto interno di mappatura e sviluppo delle competenze?
- 02 È pianificata annualmente formazione specifica per i professionisti/facilitatori dedicati alla gestione del rischio finalizzata allo sviluppo delle competenze?
- 03 Come valuta le competenze dei professionisti attualmente dedicati alla gestione dei rischi?
- 04 È una priorità aziendale disseminare la cultura del rischio attraverso azioni di sensibilizzazione, formazione, convegni e pubblicazioni?







01

Il Servizio Risorse Umane e/o formazione della struttura ha implementato un progetto interno di mappatura e sviluppo delle competenze?

Il delicato tema della mappatura delle competenze è ancora poco sviluppato all'interno delle strutture.

Dalla rilevazione effettuata Come da tabella 37, il 34% dei rispondenti afferma "Sì", contro un 20 % di "No" e un 35% "In parte". Le strutture più grandi con oltre 750 posti letto, soddisfano meglio il punto.

Tabella 37



 Il Servizio Risorse Umane e/o formazione della struttura ha implementato un progetto interno di mappatura e sviluppo delle competenze?	 Numero posti letto				Totale
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750	
Sì	4	7	9	14	34
No	2	6	6	6	20
In parte	4	8	7	16	35
Non so	2	4	3	2	11
					100

02

È pianificata annualmente formazione specifica per i professionisti/facilitatori dedicati alla gestione del rischio finalizzata allo sviluppo delle competenze?

La formazione annuale mirata allo sviluppo delle competenze è di contro confermata dal 60% dei rispondenti e "In parte" da un ulteriore 21%, rimarcando come la dimensione della struttura sia un elemento in grado di incentivare l'erogazione di formazione specifica per i professionisti (tabella 38).

Tabella 38

 È pianificata annualmente formazione specifica per i professionisti/facilitatori dedicati alla gestione del rischio finalizzata allo sviluppo delle competenze?	 Numero posti letto				Totale
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750	
Sì	6	14	16	24	60
No	2	4	5	7	18
In parte	4	7	3	7	21
Non so			1		1
					100

03

Come valuta le competenze dei professionisti attualmente dedicati alla gestione dei rischi?

Complessivamente le competenze dei professionisti dedicati alla gestione del rischio sono valutate con favore dall'83% dei professionisti (tabella 39).

Tabella 39



Come valuta le competenze dei professionisti attualmente dedicati alla gestione dei rischi?	Numero rispondenti	
Molto adeguato	20	83
Abbastanza adeguato	63	
Poco adeguato	16	17
Per nulla adeguato	1	
Totale	100	



04

È una priorità aziendale disseminare la cultura del rischio attraverso azioni di sensibilizzazione, formazione, convegni e pubblicazioni?

È importante evidenziare come il tema della diffusione della cultura del rischio e sensibilizzazione della comunità medico-assistenziale sui temi della gestione dei rischi sia un'azione partecipata e confermata dal 70% dei rispondenti, da sommare a un ulteriore 21% di risposte "In parte" (tabella 40).

Proprio dalla cultura, diffusa e condivisa da tutti gli attori del sistema salute, pazienti e familiari compresi, può realizzarsi il necessario cambio di passo per gestire al meglio la complessità che ci attende.

Tabella 40

 È una priorità aziendale disseminare la cultura del rischio attraverso azioni di sensibilizzazione, formazione, convegni e pubblicazioni?	 Numero posti letto				Totale
	< 250	tra 250 e 500	tra 500 e 750	> 750	
Sì	10	13	20	27	70
No		3	2	3	8
In parte	2	9	3	7	21
Non so				1	1
					100

In sintesi

Sulla formazione professionale si lavora e con ritorni soddisfacenti, anche grazie alle attività di vigilanza e supporto erogate da Agenas in questi anni. Rafforzare il tema della mappatura delle competenze potrebbe essere un importante valore aggiunto per ottimizzare il lavoro d'equipe e per l'organizzazione dello stesso, considerando le esigue risorse umane di cui si dispone al momento.

01

- Un progetto aziendale di mappatura e sviluppo delle competenze relative ai professionisti dedicati alla gestione del rischio è riscontrato solo dal 34% dei rispondenti

02

- Di contro, la formazione annuale mirata allo sviluppo delle competenze è confermata dal 60% dei rispondenti e "In parte" da un ulteriore 21%. Inoltre, l'83% dei rispondenti valuta le suddette competenze "Adeguate" o "Abbastanza adeguate"

03

- Il 70% dei rispondenti conferma che la diffusione della cultura del rischio, declinata in un insieme di attività plurime di sensibilizzazione, promozione e formazione, è una priorità aziendale perseguita





Silvana Castaldi

Direttore della Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva dell'Università degli Studi di Milano

 Il punto di vista

Risk management: un ambito formativo "giovane" su cui continuare a investire

Parliamo di rischio clinico dal 1999, ovvero dalla pubblicazione del testo *"To err is human"* del Institute of Medicine negli Stati Uniti.

In Italia, il Ministero della Salute comincia a occuparsene dal 2003 con l'istituzione della prima commissione sul rischio clinico. Da quel momento la gestione del rischio clinico è all'attenzione soprattutto di personale che opera all'interno delle strutture ospedaliere e delle autorità sanitarie regionali. La formazione, sia del personale già operante nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sia degli studenti in formazione nelle università italiane, è iniziata con un paio di anni di ritardo.

Sono, quindi, trascorsi meno di venti anni da quando si è iniziato a parlare di rischio clinico.

Le università pubbliche e private hanno organizzato, in questi anni, master post-laurea e corsi di perfezionamento. Ma i docenti hanno anche iniziato, in tempi e con contenuti diversi, a introdurre i concetti del rischio clinico anche nei percorsi di formazione sanitaria nelle lauree triennali e magistrali sanitarie.

Si tratta, quindi, di un ambito relativamente "giovane" che deve ancora trovare il suo ruolo stabile e solido all'interno dei percorsi di formazione.

La strategia che può essere utilizzata per poter raggiungere tutti i professionisti del SSN è, sicuramente, la formazione continua in tutte le sue possibili forme: a distanza, in presenza all'interno delle strutture sanitarie o in occasione di congressi e convegni. Ma la frequenza di questi appuntamenti, seppur di ottimo livello, non è ancora riuscita a portare questa tematica nell'agire quotidiano dei professionisti: un esempio per tutti è l'utilizzo della check list *"Sign in - Sign out - Time out"* che viene vista non come un sistema barriera per evitare errori, ma solo come un aumento del carico amministrativo a cui i sanitari devono ottemperare.

Le regioni hanno istituito il loro centro del rischio clinico, gli ospedali hanno nominato i loro risk manager, ma il top management non ha mai attribuito reale attenzione al rischio con un'attività di formazione o di premialità, rivolta a tutto il personale, in maniera prioritaria su ogni altro argomento.

L'università ha inserito la tematica rischio clinico in tutti i corsi triennali, magistrali e post-laurea, ma gli studenti non trovano la sua applicazione nelle loro attività professionalizzanti e, per questo, considerano il risk management un argomento legato alla teoria, ma che non vede sbocchi nella pratica quotidiana.

La pandemia da Covid-19, inoltre, ha acuito il problema dell'implementazione della conoscenza del rischio clinico nelle strutture sanitarie. Adesso la sfida è fare in modo che il rischio clinico ritorni a essere una priorità.

L'indagine che è stata svolta mette in luce, molto bene, come a livello delle aziende ospedaliere, almeno quelle che hanno partecipato all'indagine, la mappatura delle competenze sul rischio sia ancora poco sviluppata. All'interno della definizione delle clinical competence la conoscenza del rischio clinico è tuttora poco tracciata, forse perché poco presente o percepita come non importante.

Chi gestisce il rischio a livello aziendale è preparato, ma si trova ad agire da solo e "spinge" sulla cultura del rischio che infatti raggiunge un punteggio molto alto.

Sulla formazione per la gestione del rischio clinico c'è molto da fare, ma questa componente ad oggi risulta essere ben presente e percepita come necessaria. Abbiamo bisogno di formare i futuri professionisti in modo che giungano sul posto di lavoro con delle competenze acquisite e questo è l'arduo compito delle università.



Anna Guerrieri
Risk manager Director
di Relyens in Italia

Conclusioni

Il contesto storico che caratterizza l'ecosistema sanitario nazionale, post una crisi pandemica globale e i necessari nuovi assetti organizzativi interni adottati, sommati a carenze e criticità sistemiche di lungo corso, come il finanziamento del comparto sanitario e la disponibilità di professionisti per erogare le prestazioni, è la motivazione forte che ha coinvolto Relyens e Federsanità nell'implementare questo progetto di studio condiviso, con focus specifico sulla funzione risk management.

Nella certezza che la qualità delle cure erogate è espressione congiunta alla sicurezza di queste ultime, il primo passo per elaborare possibili nuovi scenari e proposte di miglioramento è conoscere la realtà dei fatti, mappandoli, e chiedendo ritorni direttamente agli attori protagonisti di prima linea, ovvero le strutture sanitarie e i loro professionisti.

Lo studio si propone pertanto di aumentare il livello di conoscenza in merito alle modalità di azione della funzione risk management applicate nell'ecosistema sanitario nazionale, con particolare attenzione all'organizzazione interna adottata, alle risorse umane ed economiche a disposizione, al livello di autonomia raggiunto.

Lo strumento individuato è un sondaggio conoscitivo basato su un questionario di 30 elementi accorpati in 5 aree tematiche:

- Informazioni generali
- Organizzazione interna della funzione risk management
- Risorse umane
- Risorse finanziarie
- Formazione

Somministrato via web, nel periodo tra settembre 2022 e gennaio 2023, ha visto la partecipazione di 100 rispondenti di 18 regioni, appartenenti soprattutto alla sanità pubblica italiana.

Gli esiti raccolti fotografano una realtà sofferente in termini di risorse umane ed economiche, ed eterogenea nelle modalità organizzative interne, che non riesce pienamente a sfruttare le potenzialità oggi disponibili e rappresentate dal PNRR come dallo strumento del budget interno per stimolare progetti di risk management. Ciò nonostante, si registra un buon livello di competenze posseduto dai professionisti dedicati alla funzione risk management interna alle strutture intervistate.

L'auspicio è che l'analisi e i dati presentati nei capitoli precedenti possano essere materia utile per un proficuo confronto interdisciplinare, che coinvolga i professionisti, le strutture, ma anche i rappresentanti politici e le istituzioni, al fine di collaborare collegialmente al miglioramento complessivo del sistema salute, per renderlo sempre più sicuro e di qualità.

Un bene prezioso, ma particolarmente fragile in un contesto quale quello attuale, caratterizzato da incertezza e complessità crescente e, pertanto, da tutelare con convinzione da parte di tutti noi, cittadini e professionisti della materia.

Ringraziamenti

Il presente volume è frutto del lavoro sinergico di numerosi professionisti che hanno messo a disposizione le loro competenze multidisciplinari per consegnare all'ecosistema sanitario informazioni, dati e spunti che ci auguriamo possano alimentare una seria riflessione sulle sfide attuali e future della gestione del rischio in sanità.

A tal proposito, si ringraziano: Le strutture e i professionisti sanitari che hanno reso possibile questo studio partecipando al processo di raccolta dei dati.

I contributori che hanno arricchito il volume con i loro preziosi punti di vista: Enrico Burato, Silvana Castaldi, Arabella Fontana, Tiziana Frittelli, Ernesto Macrì, Pasquale Giuseppe Macrì, Giuseppe Sabatelli, Daniela Sarasino, Yanko Tedeschi, Francesco Venneri. Il team di Federsanità per il supporto in ogni fase del progetto: Teresa Bonacci, Sara Calvani, Rosanna Di Natale e Rita Petrina. Il Dipartimento Marketing e Identità di Relyens per il coordinamento editoriale e il design del volume. La Direzione Risk management di Relyens e, nello specifico, Anna Guerrieri, per aver coordinato lo studio.

Bibliografia

Auteri E. Management delle risorse umane, Guerini studio, 2009

Calamandrei C., Orlandi C. La dirigenza infermieristica, McGrawHill, 2009

Floridi L. La quarta rivoluzione, Raffaello Cortina Editore 2017

Floridi L. Pensare l'infosfera, Raffaello Cortina Editore 2020

Fischetti A. La gestione delle risorse umane, Alpha Test, 2007

Vaccani R. Riprogettare la sanità- Modelli di analisi e sviluppo, Carocci Faber, 2012

Legge n. 24/2017 - Gelli-Bianco

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 2021

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

G. Bizzarri, M. Canciani, M. Farina Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie, Franco Angeli, 2011

ISO 31000, Risk management Principles and guidelines, International Organization for Standardization, edition 2009, ripubblicato con integrazioni e modifiche nel 2018.

CAWI Computer Assisted Web Interview <https://www.idsurvey.com/it/metodologia-di-indagine-cawi-indagini-online>

Gestire i rischi, condividere la fiducia.®

Relyens è il Gruppo mutualistico europeo di riferimento nel campo dell'Assicurazione e della Gestione dei rischi, specialista degli operatori sanitari e territoriali. Per garantire la loro attività, la qualità e la sicurezza dei servizi che forniscono a pazienti e cittadini, Relyens li accompagna nel controllo dei rischi legati all'erogazione delle cure, alla gestione del capitale umano o alla cybersecurity, adottando un approccio globale e unico che combina servizi di analisi, gestione e prevenzione dei rischi e soluzioni assicurative.

Creata a Lione quasi 100 anni fa da e per le strutture sanitarie, Relyens è una Azienda mission-driven dal 2021. La sua ragion d'essere è: "Agire e innovare al fianco di chi opera nell'interesse generale, per costruire un mondo di fiducia".

Relyens Mutual Insurance

Siège social: 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - France - Tél : +33 (0)4 72 75 50 25
Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes - Entreprise régie par le code des assurances
Registre du Commerce et des Sociétés : 779 860 881 RCS Lyon - Matricule Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR): 4040459

Rappresentanza Generale per Italia e Sede Secondaria - Via Carlo Imbonati, 18, 20159 Milano
N°REA MI-2573059 - C.F. 97843200581 - P.IVA : IT13597591000 - Codice Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) Imprese: D929R - Iscritta al n°1.00128 nell'Elenco I dell'Albo delle Imprese di Assicurazioni - Tel: +39 0230372950 - E-mail: informazioni@relyens.eu
PEC: relyens.ufficio@legalmail.it - www.relyens.eu

relyens.eu



Per maggiori informazioni,
contattate i nostri esperti Relyens

+39 0230372950
informazioni@relyens.eu



GRUPPO MUTUALISTICO EUROPEO
ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI



