



**L'APPROFONDIMENTO DI SHAM E RAVINALE SUL
RISK MANAGEMENT NEL SETTORE SANITARIO**

SANITÀ 360° – GENNAIO 2018

INDICE

1. L'ORIZZONTE 2018 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO	pag. 4
2. I VINCITORI DEL PREMIO SHAM SI RACCONTANO	pag. 6
3. PREMIO SHAM 2017: ALLA SCOPERTA DEI PROGETTI	pag. 8
4. SUPER BUGS: IL COSTO E IL RISCHIO DEI BATTERI RESISTENTI	pag. 12
5. GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO: IN ARRIVO LA SECONDA EDIZIONE DEL CUAP	pag. 14

L'EDITORIALE

L'ORIZZONTE 2018 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO

In Italia la cultura della prevenzione è cresciuta a tal punto da far emergere nuovi orizzonti per la sanità italiana: la gestione del rischio oggi diventa gestione sanitaria *tout court*. Ogni scelta di organizzazione e programmazione sanitaria racchiude – e deve racchiudere – la valutazione del rischio come suo elemento fondante.

Puntare il focus nel 2018 sull'analisi a priori del rischio e sulla mappatura di tale rischio sul territorio costituisce il contributo e la partecipazione coerente di SHAM a questa grande trasformazione.

Abbiamo gli strumenti per fare la differenza. Grazie all'impegno profuso nei passati due anni, infatti, i dati reali e concreti che rappresentano il rischio nelle strutture associate sono stati trasformati in indicatori sulla scorta di ben 110 elementi di valutazione, che rappresentano il nostro metodo di indagine applicato a livello transnazionale.

Tali dati diventano azioni: il metodo di analisi a priori che impieghiamo permette di mappare i rischi, valutare l'efficacia delle barriere erette per arginarlo e calcolare il rischio netto residuo. Quel rischio netto è l'obiettivo, misurato e valutato, sul quale intervenire.

Lo stesso processo di mappatura e analisi del rischio si estende alle cure territoriali: aggregazioni funzionali territoriali (AFT), consultori, RSA.

Sham agirà su entrambi i fronti: nei centri specialistici e sul territorio, al fianco dei suoi associati, seguendo un principio ormai universale nella gestione sanitaria: ai dati "misurati" seguono azioni mirate che garantiscono prestazioni sempre più sicure.

Anna Guerrieri
Risk Manager Sham Italia



I VINCITORI DEL PREMIO SHAM SI RACCONTANO

Tre Unità Operative e 94 pazienti coinvolti in un studio sul rischio per i malati fragili e complessi assistiti a domicilio. La risposta alla domanda “Che cosa potrebbe non funzionare?” è il primo passo per rendere più sistematico e sicuro il passaggio tra l’ospedale/struttura territoriale e la casa del malato.

VINCENZO DE FILIPPIS - Direttore U.O. Rischio Clinico e Qualità - ASL BARI; Progetto: Gestione del Rischio Clinico nell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di II e III livello.

“Il contesto nel quale abbiamo operato è quello di una progressiva implementazione **dell’assistenza domiciliare per pazienti fragili e complessi**, un numero sempre maggiore dei quali riceve le cure direttamente a casa. In particolare, diventano sempre più numerose le persone affette da patologie neuromuscolari, respiratorie, cardiache che rendono necessari trattamenti avanzati quali la ventilazione meccanica invasiva (attraverso la tracheotomia) e la nutrizione artificiale per via enterale (attraverso una sonda PEG inserita da una gastrostomia)”.

“Nella ASL Bari è stata istituita, proprio per far fronte alle loro esigenze, un’Unità Operativa costituita da medici specialisti in anestesia ed infermieri altamente specializzati: l’UOSVD Fragilità e Complessità Assistenziale. I professionisti sanitari che ne fanno parte effettuano accessi **periodici programmati a casa** dei pazienti per il cambio della cannula tracheostomica e della sonda PEG. Contestualmente, qualora ritenuti necessari, effettuano controlli emogasanalitici su prelievi arteriosi e/o altri controlli e/o visite effettuabili a domicilio”.

“Questa è l’**esperienza quotidiana** dalla quale è nato il progetto Gestione del Rischio Clinico

nell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di II e III livello”.

“Per rispondere in maniera dettagliata alla domanda: “Quali sono i rischi potenziali per i pazienti?” gli operatori hanno focalizzato il campo di analisi su un ambito circoscritto: i rischi correlati alla ventilazione meccanica e alla nutrizione artificiale effettuate a domicilio. **L’indagine** ha, perciò, riguardato gli aspetti del rischio clinico legati alle apparecchiature elettromedicali necessarie per le due attività e a tutti i materiali di consumo indispensabili per i corretti trattamenti di ventilazione e nutrizione”.

“**Il gruppo di lavoro** così nato ha coinvolto Medici ed Infermieri di tre Unità Operative: U.O.C. Rischio Clinico e Qualità; U.O.S.V.D. Fragilità e Complessità Assistenziale; U.O.C. Ingegneria Clinica – HTA”.

“È stata **disegnata un’analisi FMECA** (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis - Analisi dei modi, degli effetti e della criticità dei guasti) e si è costruita una **scala Priorità di Rischio** (I.P.R.). Questa scala permette di dare un valore numerico al rischio calcolando tre variabili: Probabilità di Occorrenza; Gravità; Probabilità di Rilevabilità. **Il risultato** dell’analisi ha permesso di **individuare** le situazioni potenzialmente più pericolose, quali: problemi a carico del pallone AMBU (Auxiliary Manual Breathing Unit), delle cannule tracheostomiche, del ventilatore nei pazienti ventilati in maniera continua (h24) e del circuito di ventilazione”.

“Gli operatori si sono, quindi, focalizzati sul secondo livello di ricerca: **la situazione reale** di ognuno dei 94 pazienti coinvolti nello studio. Lo strumento sono state **due check-list di controllo**, una sanitaria (92 pazienti) e l’altra tecnica (94),

entrambe da effettuarsi nella casa del malato”.

“La **check-list sanitaria** prevedeva il controllo della quantità dei presidi – come cannule di ricambio e sondini di aspirazione – presenti nelle abitazioni, nonché la ricognizione delle apparecchiature elettromedicali, nel loro stato di funzionamento e corretto collegamento alla rete elettrica”.

“La **check-list tecnica** a cura dell’UOC Ingegneria Clinica ed HTA, aveva l’obiettivo di valutare l’adeguatezza alla norma della rete elettrica o l’avvenuto collaudo tecnico del dispositivo elettromedicale fornito al paziente, ove previsto”.

“**In prospettiva futura** le due check-list - e soprattutto quella sanitaria - rappresentano un valido strumento per rendere più sistematico e sicuro il passaggio dall’ospedale all’assistenza domestica. Sia perché permettono una valuta-

zione oggettiva preliminare al trasferimento, sia perché possono guidare una serie di controlli periodici che monitorano il perdurare delle condizioni di sicurezza”.

Com’è proseguita l’attività?

“La check-list è in fase di adozione formale dal Direttore Generale, ad integrazione delle Linee Guida sulle Dimissioni Protette già in uso dal 2014. Così essa sarà implementata nei vari setting assistenziali attraverso una programmazione di incontri formativi, focus – group, e di azioni di monitoraggio sulle modalità applicative”.

Com’è stato impiegato il premio Sham?

“Abbiamo da pochi giorni ricevuto il premio in danaro, che utilizzeremo per l’acquisto di un manichino multiuso per la formazione pratica infermieristica per l’assistenza domiciliare e per corsi monotematici sull’analisi e definizione dei bisogni dei pazienti in ADI”.



PREMIO SHAM 2017: ALLA SCOPERTA DEI PROGETTI

Inizia con il 2018 un viaggio tra i 44 progetti del premio Sham – Federsanità ANCI. Uno spazio di informazione pensato da Sham per divulgare a livello nazionale le buone pratiche locali nella gestione del rischio e contribuire a diffondere sempre più la cultura della prevenzione nella sanità italiana.

1) IL TRIAGE DEL RISCHIO: IMPARARE DAGLI ERRORI

All'Ausl Piacenza, Gestione del Rischio e Gestione del Sinistro procedono su canali paralleli: ogni incidente e richiesta di risarcimento diventano un'analisi di sistema. In tre anni si contano 38 azioni di miglioramento e procedure riviste. E le denunce calano del 42 per cento (da 87 nel 2014 a 50 nel 2016).

Quando nel 2012 la dottoressa Federica Amorevoli è partita dai dati per avere un quadro sulla rischiosità clinica dell'AUSL Piacenza, si è resa conto di un problema di base: molti dati mancavano all'appello. Sebbene la media dei risarcimenti fosse inferiore a quella nazionale (16mila contro 22mila euro), il corretto utilizzo dell'incident reporting era pressoché assente. "In pratica, sapevamo cosa non era andato per il verso giusto, ma non sapevamo perché. Quindi, non avevamo elementi per far sì che l'errore – organizzativo o umano - non si ripetesse più, né per stabilire, con certezza, se di errore si fosse trattato".

L'incident reporting, infatti, consiste nella segnalazione interna degli eventi avversi: una terapia interrotta, un paziente scambiato per un altro, un campione biologico del quale si è persa traccia.

"Non si tratta necessariamente, all'origine, di danni ai pazienti o di errori, ma di 'falle' nella catena delle procedure dalle quali il danno o l'errore possono scaturire".

In pratica, l'incident reporting è uno dei pilastri della prevenzione: analizzare quello che succede per capire come migliorarlo.

"Per ovviare a questa mancanza di informazioni, siamo partiti dai soli dati certi che possedevamo: quelli dei contenziosi. Le richieste di risarcimento, percorse a ritroso, ci avrebbero permesso di capire dove intervenire".

Questa formula era, all'epoca, particolarmente innovativa e anticipava lo spirito di alcune pratiche confluite nella legge Gelli. A livello teorico la Gestione del Rischio procedeva parallela alla Gestione dei Sinistri, con procedure aziendali diverse ma complementari: per ogni richiesta di risarcimento, c'era un intero percorso di analisi. A livello pratico, la Medicina Legale, il Risk Manager, l'Ufficio assicurazioni e la Direzione di Presidio Unico si riunivano in sedute settimanali note come 'Triage', un termine preso in prestito dalla pratica del Pronto Soccorso, per inquadrare, in questo caso, non il paziente ma la richiesta di risarcimento danni: in fase istruttoria l'analisi della dinamica sarebbe stata propedeutica per stabilire il livello di urgenza e gli interventi da mettere in atto. Gli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel singolo caso venivano convocati e l'intera sequenza degli avvenimenti analizzata e sintetizzata secondo una scheda preparata ad hoc dalla dottoressa Amorevoli, nel ruolo di Patient Safety Manager.



“Quello che emergeva era un processo di analisi” spiega Amorevoli “non alla persona, ma alla dinamica. Ed era anche l’unico modo per coinvolgere i professionisti sanitari nel vivo della questione. Non facevamo solo ‘lezioni’ sul rischio clinico, ma facevamo rivivere tutti i passaggi, ricostruendo l’intera esperienza con il massimo coinvolgimento dei professionisti interessati dai casi. Imparare dall’errore era, ed è, veramente possibile”.

Da questo punto si aprivano due percorsi: uno riguardava l’attività del Comitato di Gestione dei Sinistri, formato dalle stesse persone del Triage, per risolvere il contenzioso. L’altro riguardava la prevenzione: la messa in atto dei passaggi migliorativi sulla base dell’esperienza.

“In poco tempo i professionisti sanitari hanno capito che il Triage non era una minaccia, ma uno strumento per migliorare il loro lavoro. Le segnalazioni volontarie degli incidenti sono aumentate e sono state più significative nei contenuti. Lo stesso è avvenuto per l’attenzione verso tutti i passaggi: dalla corretta tenuta della documentazione sanitaria compilata correttamente, al consenso informato, alle procedure interne. Tutto ha iniziato a muoversi verso l’ambito progetto di arrivare all’efficacia ed efficienza del sistema. Per esempio, la check list di pre-ricovero è stata digitalizzata; è stato introdotto il bracciale identificativo del paziente con correlata attività di prescrizione e somministrazione di terapia; ed è stata stilata una procedura precisa, nel caso in cui sia necessario rimuovere il bracciale in sala operatoria, per essere sicuri che venga sostituito. Inoltre tutti i passaggi dei campioni biologici dalla sala operatoria al laboratorio di anatomia patologica sono stati minuziosamente codificati e digitalizzati, per sapere con certezza chi debba fare cosa e quando sia stato fatto. E così via.

Ognuno di questi interventi mirava a chiudere un varco attraverso il quale l’errore avrebbe potuto infiltrarsi.

Ad oggi, stiamo sviluppando l’idea di dotare il personale infermieristico addetto alla somministrazione delle terapie di un gilet speciale che segnali: “Sto facendo il giro terapia, non interrompetemi, non fatemi domande”. Sembra un dettaglio, ma le interruzioni dell’attenzione sono una delle principali fonti di rischio”.

“È difficile” conclude la dottoressa “valutare in maniera esatta l’impatto di ogni singola misura: ci sono troppe variabili. Ma è possibile vedere se si sviluppano trend di fondo. E così è nel nostro caso: le denunce sono diminuite da 87 nel 2014 a 50 nel 2016. Siamo più efficaci; abbiamo dati, sistemi informatizzati, procedure condivise e una ragionevole partecipazione del personale sanitario, obiettivo molto ambito. La famosa e tanto citata “cultura del rischio” l’abbiamo costruita così.

“La prevenzione è una sicurezza sia per il paziente che per il professionista sanitario. Per questo, partecipando al Premio Sham 2017, abbiamo scelto il titolo ‘Prevenire è meglio che curare! Gestire il rischio, prevenire l’errore’. Rispecchia pienamente la nostra esperienza sul campo”.

2) SEI IN BUONE MANI: LA CULTURA DELL’IGIENE UNISCE LE GENERAZIONI

Sensibilizzare il personale sul tema dell’igiene delle mani. La Direzione dell’Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino ha sviluppato un progetto originale: coinvolgere i figli e i nipoti dei professionisti sanitari.

In occasione del 5 maggio 2016 “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” la Direzione dell’A-



zienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino ha indetto un concorso interno riservato ai figli e/o nipoti del personale dipendente in Azienda Ospedaliera (bambini dai 3 ai 12 anni). Ai bambini veniva chiesto di presentare un disegno (con qualsiasi grafica pittorica) sull’importanza dell’igiene delle mani nel prevenire le infezioni.

L’iniziativa – che ha partecipato al Premio Sham 2017 con il titolo “Sei in buone mani: iniziative per la promozione dell’igiene delle mani” - aveva l’obiettivo di sensibilizzare il personale dell’azienda attraverso il coinvolgimento dei più piccoli. Il progetto ha coinvolto circa 50 bambini che hanno raffigurato la loro idea di igiene delle mani con le tecniche più diverse. Una giuria interna ha selezionato i disegni più significativi rispetto a: messaggio trasmesso, creatività, realizzazione.

Il 5 maggio 2017, è stata organizzata una “staffetta” nel corridoio principale dell’ospedale che

ha visto partecipare operatori sanitari, pazienti e volontari. Le persone coinvolte si sono igienizzate le mani con la soluzione idroalcolica - secondo la tecnica di frizionamento dell’OMS - per poi passare il flacone all’operatore successivo. L’evento è stato preceduto da un momento di informazione e formazione dedicato all’importanza dell’igiene delle mani nella prevenzione delle infezioni. La catena umana, che iniziava proprio dal Direttore Generale, a riprova del forte coinvolgimento della Direzione Aziendale, è partita dall’Aula Magna per snodarsi lungo il percorso più frequentato dell’ospedale e destando l’interesse di tutte le persone che transitavano, molte delle quali sono state estemporaneamente coinvolte.

Successivamente alla messa in atto del progetto i dati relativi al consumo di gel idroalcolico per l’igiene delle mani - monitorato da anni presso l’AO Ordine Mauriziano - hanno mostrato risultati in graduale miglioramento.

SUPER BUGS: IL COSTO E IL RISCHIO DEI BATTERI RESISTENTI

“C'è un pericolo nell'uso degli antibiotici: esporre i microbi a dosi non letali della medicina che li rendano resistenti”. Era l'11 dicembre 1945, e queste sono le parole di Alexander Fleming, conosciuto come lo scopritore della penicillina.

Individuato già all'alba degli antibiotici, il pericolo di batteri che sviluppino resistenza è cresciuto. Attualmente si stimano in 600mila [1] i casi di Tuberculosis antibiotico-resistente ogni anno, in particolare in Africa, Russia e, successivamente, Europa. Già nel 2011, 150mila di queste infezioni si rivelavano fatali, mentre uno studio effettuato al Cook County Hospital individuava, su 1400 pazienti, 188 casi di infezioni resistenti agli antibiotici convenzionali. 12 di queste portarono alla morte dei pazienti per mancanza di cure efficaci. Nel 2016 L'Assemblea Generale dell'ONU ha riconosciuto le infezioni antibiotico resistenti come una delle più gravi minacce per la salute dell'umanità. Un anno dopo 700mila persone erano morte in seguito ad una di quelle infezioni [2]. Nello stesso 2016, negli Stati Uniti, una donna di 70 morì di infezione in seguito ad una frattura. Il ceppo batterico si rivelò resistente a 26 antibiotici diversi. In 50 Paesi su 77 si riscontrano casi di Gonorrea antibiotico resistente. In Gran Bretagna, uno dei sistemi sanitari più avanzati al mondo, tutti gli antibiotici di prima linea e un numero crescente di trattamenti di secondo e terzo livello si dimostrano inefficaci nei confronti di un batterio che muta a velocità inquietante al punto da spingere Claudia Estcourt, membro della British Association for Sexual Health and HIV, ad ammettere: “stiamo finendo le munizioni, in un periodo di tempo veramente breve abbiamo visto il batterio mutare ad una velocità mai registrata prima” [3].

Questo è lo scenario che porta a previsioni piuttosto tetre sul futuro: milioni di morti; trilioni di costi.

Ciononostante, tuttora i benefici degli antibiotici superano di gran lunga il rischio della resistenza. Ma, nello stesso tempo, è l'impiego stesso delle medicine a creare lo spazio alle mutazioni del genoma batterico di affermarsi e colpire. Lo spettro di trattare ogni ferita come il possibile punto di inizio di un'infezione non curabile riporta indietro al tempo in cui gli antibiotici non esistevano.

Il pericolo è particolarmente grave in Asia e Africa, dove si concentrano le proiezioni per l'incidenza di infezioni resistenti e dove, non casualmente, si registra il maggior uso non necessario di antibiotici o l'uso massiccio degli antibiotici più generici ed economici.

Ma lo scenario di rischio investe anche le Sanità dei paesi più ricchi nei quali la moderna chirurgia si basa sull'assunzione che il rischio di infezioni si aggiri intorno allo zero. La possibilità di vederla salire al 5 o 10 per cento, ridurrebbe drasticamente la possibilità di compiere gli interventi considerati, attualmente, di routine, come la cataratta e gli interventi sulle fratture ossee. L'incidenza di infezioni resistenti è anche un problema di costi: curarle comporta trattamenti molto più onerosi, nonché molti più giorni di ospedalizzazione. In Italia, ancora nel 2011, la percentuale di Streptococcus Pneumoniae resistente alla penicillina sfiorava il 20 per cento dei casi di polmonite. Nei Paesi poveri, dove il costo delle medicine pesa in maniera sproporzionata sui bilanci sanitari, curare un paziente con infezione resistente costa come curare 200 pazienti infetti da batteri 'convenzionali' [4].

Né il problema è confinato agli ospedali. In uno studio pubblicato ancora nel 2007 su Lancet da Herman Goossens, microbiologo all'Università di Antwerp [5], risultava che la capacità di batteri di sviluppare una resistenza non era contenuta temporalmente al periodo di trattamento. All'epoca, infatti, si ipotizzava che la capacità dei batteri di resistere agli antibiotici richiedesse troppe energie per permettere loro di competere con i batteri 'normali' appartenenti alla stessa specie, una volta sospesa la somministrazione. Goossens provò il contrario. Alcuni batteri resistenti trasmettevano i propri caratteri ereditari abbastanza bene: batteri resistenti erano rintracciabili un anno dopo la fine della somministrazione nelle gole dei pazienti che si erano sottoposti al suo studio.

La situazione, che è aggravata dall'abuso nell'impiego di antibiotici in ambito sanitario e nella somministrazione sistematica degli stessi al bestiame da allevamento (ovvero i 4/5 di tutti gli antibiotici impiegati negli Stati Uniti) non è resa più semplice dallo stato della ricerca: è dal 1987 che non si sviluppa una nuova classe di antibiotici [6] e il numero delle nuove varianti sviluppate è crollato da 16, nei quattro anni dal 1983 al 1987, a 7 nei quasi 8 anni tra il 2003 e inizio 2011 [7].

Le ragioni di questo crollo sono diverse ma due sono gli elementi che emergono con particolare forza: il primo è che, nonostante anni di ricerca, sono stati scoperti relativamente pochi compo-

sti promettenti (la maggior parte degli antibiotici nasce da sostanze scoperte nei microorganismi del suolo); la seconda è che la ricerca sugli antibiotici non conviene. Gli antibiotici esistenti funzionano ancora nella maggior parte dei casi, mentre il costo ridotto e l'assunzione contenuta nel tempo li rendono poco profittevoli.

Questo non vuol dire che non si ricerchi. Significa, però, che una parte significativa di questa ricerca è stata abbandonata o, comunque, ridotta dalle grandi case farmaceutiche e lasciata ad aziende più piccole. Significa altresì che non si prevedono, nell'immediato futuro, delle nuove medicine pronte all'uso.

Tra le tante vie alternative proposte, quella di seguire metodi di diagnosi più veloci ed economici per capire se sia necessario prescrivere gli antibiotici esistenti, viene spesso citata come un'ottima soluzione, quantomeno per non aggravare il problema.

[1] The Lancet, January 8, 2018 “A cluster of multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis [...] pag 1 [Link](#)

[2] The Guardian, 8 ottobre 2017, Act now to tame the superbugs [...] ([link](#))

[3] The Guardian, 7 Luglio 2017, Untreatable gonorrhoea ‘superbug’ spreading around world, WHO says ([link](#))

[4] The Economist, 31 marzo 2011, The spread of superbugs ([link](#))

[5] The Economist, art.cit.

[6] The Guardian, 19 luglio 2017, Resistance isn't futile – How to tackle drug-resistant superbugs ([link](#))

[7] The Economist, art. cit.

GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO: IN ARRIVO LA SECONDA EDIZIONE DEL CUAP

La prima edizione del Corso Universitario di Aggiornamento Professionale all'università di Torino si è felicemente conclusa. Il corso **“Risk Management e gestione dell'evento dannoso nelle aziende sanitarie”** ha messo in luce il circuito di informazioni che fluisce dalla Gestione dei Sinistri alla Gestione del Rischio. Entrambi i campi hanno profonde implicazioni sulla salute e sulla stabilità finanziaria in sanità.

40 ore di lezioni frontali dedicate alla Gestione del Rischio e del Sinistro in sanità: due aspetti centrali sia sotto l'aspetto della prevenzione che della gestione finanziaria. “Unire i due ambiti in maniera sinergica” – spiega il direttore del Corso, il professor Enrico Sorano del Dipartimento di Management dell'Università di Torino “è stato il primo obiettivo, al quale hanno fatto seguito le successive implicazioni a livello analitico, gestionale ed economico-finanziario”.

“Unire i due ambiti” aggiunge Roberto Ravinale, membro del comitato di coordinamento, “significa cogliere la fondamentale relazione tra analisi dei sinistri e gestione del rischio clinico. È un circuito di informazioni: ogni evento dannoso permette di raccogliere i dati necessari a capire come ridurre la probabilità che si verifichi nuovamente”.

Ravinale, fondatore di Ravinale & Partners, società con oltre 20 anni di esperienza nella gestione dei sinistri sanitari, elenca gli ambiti affrontati nelle lezioni: “Dall'esordio dell'evento dannoso alla sua analisi, attraverso tutte le diverse pro-

spettive: risk management, gestione sinistri, impatto economico e di bilancio, fino alla soluzione del conflitto”.

Il corso si è quindi articolato partendo dalle misure di prevenzione che coniugano la tutela del paziente e l'analisi economica del rapporto tra investimento ed esito. Successivamente, ha analizzato diversi casi studio legati alle politiche di Risk Management per poi approdare al punto di incontro tra la Gestione del Rischio e quella dei Sinistri: la Gestione Integrata, ovvero, l'analisi reattiva dei sinistri come strumento di Gestione del Rischio.

Da questo punto di contatto le lezioni hanno, infine, affrontato i vari stadi nella gestione dell'evento dannoso: l'analisi del reclamo, i sistemi di riservazione, le poste risarcitorie, le tecniche negoziali, gli approcci conciliativi e la gestione del contenzioso civile e penale.

“Quello che abbiamo offerto”, conclude Roberto Ravinale, “è una visione globale nella quale l'approfondimento procede allineato alla visione di insieme. Una formula che riporta fedelmente la complessità dell'ambito di riferimento e la centralità dei dati nel trasformare gli eventi dannosi in azioni di miglioramento della Sanità italiana. Questo approccio, prima che tecnico, è elemento portante di una crescente cultura della prevenzione”.

Dopo l'esperienza positiva della prima edizione, si è perciò deciso di riproporre il Corso anche nel 2018.

