

**Convegno Nazionale di Economia degli Intermediari Finanziari
Parma, 4 Novembre 2005**

Riflessione sugli aspetti assicurativi connessi con la rischiosità delle aziende sanitarie

Dott.ssa Silvia Pasquali

(Dottorato in Economia e Gestione nei Mercati Finanziari ed Assicurativi)

Università Politecnica delle Marche

Facoltà di Economia "G. Fuà"

Dipartimento di Economia

pasquali@dea.unian.it (*)

Abstract

La natura particolare della scienza medica e la complessità organizzativa delle strutture sanitarie rendono l'assistenza ai pazienti un'attività esposta a rischi numerosi e di natura diversa. Questi ultimi, generalmente, sono sottostimati; soprattutto, vengono trascurati gli effetti economici e la perdita d'immagine conseguente ad un sinistro. La manifestazione di un rischio può provocare effetti negativi, nella gestione sia delle strutture sanitarie che delle Compagnie di Assicurazione. In breve, fenomeni di tale natura inducono ad aumenti consistenti nei premi assicurativi che le singole aziende sanitarie sostengono annualmente. Le stesse Compagnie di Assicurazione stanno affrontando gli effetti negativi che tali circostanze provocano nell'equilibrio delle loro gestioni. Le Compagnie, infatti, fronteggiano da tempo richieste di risarcimenti ingenti, provenienti da denunce di sinistri nel settore sanitario che superano di gran lunga il valore dei flussi dei premi incassati. Al momento, pertanto, non sono poche le Compagnie di Assicurazione che hanno preferito abbandonare il mercato sanitario. In esso operano ormai solo alcuni grandi gruppi che dispongono, per altro, di potere contrattuale elevato nei riguardi delle singole strutture sanitarie. Il ricorso alle tecniche del *Risk Management*, in ambito sanitario, permette di governare il tasso di rischiosità specifico delle strutture, considerando sia i rischi clinici, sia quelli sanitari ed organizzativi. Questo lavoro è l'occasione per effettuare una rilevazione dei progressi in corso circa l'applicazione delle pratiche di *Risk Management* in sanità e per tentare di delineare una prospettiva di sviluppo dei rapporti tra queste innovazioni ed i comportamenti delle Compagnie di Assicurazione.

JEL Classification: G22, I10

Keyword: Evento Avverso, *Clinical Risk Management*, *Alternative Risk Transfer*.

(*) Si ringrazia il Professore GianMario Raggetti per il supporto scientifico fornito ed alla Professoressa Caterina Lucarelli per i consigli preziosi ed i commenti offerti

Introduzione

Negli ultimi anni la sicurezza del paziente è diventata una questione centrale per le strutture sanitarie di diversi paesi. La necessità di tale sicurezza è aumentata con il crescere della consapevolezza dei cittadini riguardo il loro stato di salute e cura. L'aumento dell'enfasi che i *media* pongono sul verificarsi di errori clinici, legati alla *malpractice*, rende ancora più critica la situazione.

Il rischio in ambito sanitario è uno dei fenomeni verso cui si sta focalizzando l'attenzione di un numero esteso di soggetti che sono portatori di interessi differenti. Si tratta, infatti, di pazienti, medici, infermieri, enti regionali, magistratura, produttori di farmaci e di nuove tecnologie, etc.

Per rischio si intende la probabilità che un evento negativo produca effetti dannosi su uno o più soggetti. Il rischio, inoltre, può essere distinto in due macro categorie:

- clinico che concerne eventi avversi derivanti, direttamente od indirettamente, dall'atto clinico sul paziente;
- sanitario che riguarda rischi derivanti da fattori strutturali, farmacologici, organizzativi, di relazione interpersonale ecc.

La natura particolare della scienza medica, la complessità organizzativa delle istituzioni sanitarie e la frequenza delle prestazioni, rendono l'assistenza sanitaria un'attività esposta ad un numero elevato di eventi rischiosi. Vi è la necessità, quindi, di individuare e conoscere i rischi allo scopo di ridurre e, se possibile, eliminarlo (¹). Il principio fondamentale che dovrebbe diventare parte della cultura degli operatori sanitari è quello, secondo cui, nessuno è infallibile. Allo stesso tempo, però, è necessario conoscere l'errore, imparare da esso e, se possibile, eliminarlo.

Il manifestarsi di eventi avversi ha rilevanza economica importante nella maggior parte dei casi. Tutto questo si traduce in un problema manageriale complesso, che fino a poco tempo fa era risolto trasferendo i rischi alle Compagnie di Assicurazione. Queste ultime, per altro, seguivano una prassi piuttosto semplice per stabilire un premio adeguato a fronte dei rischi assunti. La consuetudine prevedeva la definizione di un certo, quanto discutibile, premio assicurativo annuo commisurato all'ammontare degli stipendi lordi erogati annualmente presso ciascuna struttura. La revisione annuale del premio prevedeva l'aumento della percentuale da applicare al monte stipendi lordo. Tale modo di operare è stato accettato, per lungo tempo, sia dalle Compagnie di Assicurazione, sia dalle Direzioni Generali sanitarie. Il fenomeno è "esploso" a causa di un aumento costante del numero dei sinistri denunciati e del valore dei singoli risarcimenti riconosciuti ai pazienti lesi. Le Imprese di Assicurazione hanno reagito aumentando la quota della percentuale da applicare agli stipendi lordi fino a raggiungere il 40%⁽²⁾. Tale aumento è stato pressoché trascurato; di conseguenza si è verificata una crescita esponenziale dei premi per le polizze assicurative (obbligatorie per ogni struttura sanitaria)⁽³⁾. Si rileva, in pratica, una difficoltà oggettiva nell'avviare negoziazioni tra le parti sulla base delle procedure tradizionali. La situazione è diventata insostenibile, sia per le Direzioni generali delle aziende sanitarie sia per le stesse Compagnie di Assicurazione. Entrambe sono costrette ad affrontare il tema del rischio clinico in modo nuovo.

In tutto questo anche le Compagnie di Assicurazione hanno subito delle ripercussioni economiche serie dovendo far fronte a risarcimenti ingenti, non coperti dai premi assicurativi né, tanto meno, dalla gestione finanziaria. A causa del momento di difficoltà molti *competitor* del settore assicurativo hanno abbandonato il ramo sanitario; per

questo motivo, oggi, sono presenti solo pochi grandi gruppi assicurativi che detengono un forte potere contrattuale. La fuga delle Compagnie è giustificata da fattori diversi:

- le condizioni organizzative complesse delle Aziende Sanitarie nelle quali rientrano, anche, le abilità professionali e la cultura della sicurezza;
- il volume e le caratteristiche delle attività sanitarie per singolo medico e per la struttura nel suo complesso;
- il tasso di litigiosità dei pazienti;
- il grado di tutela giuridica offerto ai pazienti;
- le caratteristiche specifiche dell'utenza ossia le condizioni economico-sociali, l'età e la prevalenza di particolari patologie.

L'esigenza di fondo è quella di misurare il rischio clinico, tipico di ogni struttura sanitaria, per poi definire la parte che di esso possa essere "ritenuta" (cioè gestita all'interno della struttura stessa) e la parte che, invece, è necessario trasferire alle Imprese di Assicurazione. Il potere contrattuale delle Direzioni generali aumenta solo nel caso in cui ogni singola Azienda Sanitaria riesca a definire i propri rischi, valutare la probabilità che questi si manifestino e stimare le risorse economiche coinvolte. L'avvio di tali processi di analisi favorisce una revisione oggettiva delle clausole della polizza e dei premi da versare alle Compagnie.

In questo senso, sono state avviate le sperimentazioni di processi di *Clinical Risk Audit* (CRA) interno presso alcune strutture ospedaliere. Il CRA consiste in un monitoraggio continuo di quegli eventi, di natura clinica, che possono provocare danni ai pazienti. Naturalmente tale processo di controllo e di discussione continua è solo una fase iniziale di un procedimento complesso che conduce al *Clinical Risk Management* (CRM). Quest'ultimo comprenderà la gestione, sia degli eventi avversi, sia delle informazioni e dei dati riguardanti i sinistri denunciati. Non è difficile comprendere come l'avvio di tali processi implichi impegni professionali rilevanti. Dal punto di vista economico è necessario valutare le risorse umane, tecnologiche, organizzative, amministrative ecc., da impiegare. Una conoscenza delle risorse impiegate, rende possibile il confronto con il valore economico stimato per l'*outcome*. È facile intuire, come, l'ottenimento di tali risultati produca, nel medio termine, miglioramenti nell'immagine complessiva della struttura e le Direzioni Generali potrebbero aumentare, in maniera considerevole, il potere contrattuale verso le Compagnie di Assicurazione.

Il *Risk Management* (RM) deve governare il tasso di rischio specifico, partendo da un'analisi dei fattori clinici ed organizzativi che influenzano le aziende sanitarie. A tale proposito, una risposta consiste in un programma di RM che parte dall'identificazione e dalla valutazione dei rischi, fino ad arrivare alla pianificazione ed alla realizzazione di azioni di gestione specifiche. In questo senso un contributo importante alla ricerca consiste nell'esaminare, in maniera sistematica ed organica, i costi relativi al verificarsi di un evento avverso. Questo presuppone lo sviluppo di un atteggiamento proattivo (capacità di pianificare in anticipo) verso i rischi clinici e sanitari che porta a ripercussioni positive, anche per le Imprese di Assicurazione.

Il confronto e l'analisi dei processi sono fondamentali, affinché il rischio in sanità non sia valutato, dalla comunità e dal mercato assicurativo, come un "mondo" omogeneo e sconosciuto. Un'evoluzione ulteriore nell'analisi relativa alla mappatura prevede un confronto "Azienda-Azienda" o "Struttura-Struttura" sulla base di indicatori che pesino fattori quali: dimensione, complessità, organizzazione o altri elementi misurabili che risultino avere un'incidenza sul rischio.

In tal modo la singola Azienda potrà trovare spunti di riflessione ulteriori per intervenire sui processi che maggiormente lo richiedano, tracciando un percorso operativo appropriato. Lo sviluppo organico di tale processo sarà garantito, nelle sue varie fasi, dal Gruppo di Gestione del Rischio organizzato dal *Risk Manager* Aziendale.

1. L'errore in sanità

Come accennato, il tema della “malasanità” e dell'errore in medicina è diventato un argomento di attualità. La società contemporanea è sicuramente più ricca e culturalmente più preparata, rispetto al passato. I cittadini sono oggi, più che mai, consapevoli dei propri diritti e non sono disposti a sopportare un rapporto di sudditanza nei confronti delle istituzioni che hanno il compito di tutelare la salute pubblica ed individuale.

Le ricerche scientifiche⁽⁴⁾ dimostrano come gli incidenti siano dovuti ad un insieme di con-cause derivanti, per lo più, da disfunzioni organizzative, o da “debolezze di sistema”. Inoltre, è provato che la vulnerabilità dell'organizzazione favorisce il verificarsi di errori, da parte degli operatori. Diverse aziende scelgono di affrontare il problema, attraverso un approccio di sistema. Tutto ciò con l'intento di superare la consueta visione colpevolizzante e di attribuzione della responsabilità, nei riguardi del singolo individuo. Questo atteggiamento è motivato dalla consapevolezza che, soltanto attraverso una visione sistemica, l'incidente si trasforma in una occasione di miglioramento organizzativo, sospingendo la “cultura professionale” verso una percezione cosciente del rischio. In questo senso, la gestione del rischio sanitario diventa uno strumento di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni; ciò, peraltro, favorisce l'introduzione di innovazioni nei processi di cura che, a loro volta, riducono il rischio di incidenti.

Alcune esperienze in corso⁽⁵⁾, stanno producendo risultati interessanti, che confermano, come, nella gestione del rischio sanitario, l'approccio di sistema sia una metodologia basata sulla condivisione e sulla multidisciplinarietà. Sovente, gli errori rilevati nelle strutture sanitarie non sono imputabili alla persona ma, piuttosto, ai processi cui la stessa persona prende parte quotidianamente, nello svolgimento delle proprie mansioni. Da quanto detto, risulta evidente la necessità di sostituire un atteggiamento punitivo e colpevolizzante, con una analisi attenta dei fatti che conducono all'errore clinico.

Gli errori possono essere favoriti da:

- *condizioni di contesto* quali l'ambiente fisico, il carico di lavoro eccessivo, la stanchezza o l'inadeguatezza nella preparazione del personale;
- *condizioni di team* come la mancanza di comunicazione, di supervisione o di un responsabile di progetto;
- *condizioni latenti* costituite dai difetti di sistema, che non risultano immediatamente evidenti, ma che si manifestano con un danno apparentemente inspiegabile⁽⁶⁾.

L'analisi degli incidenti e delle condizioni organizzative, da cui essi scaturiscono, rappresenta un cambiamento culturale radicale. Punto di partenza in questo processo è il superamento della concezione dell'errore come colpa o come ricerca del responsabile da punire. Reason (1999) sostiene che il problema dell'errore umano possa essere affrontato essenzialmente in due modi: attraverso un approccio alla persona, oppure attraverso un approccio al sistema⁽⁷⁾. Questi modelli sottintendono una filosofia differente dell'errore e, quindi, una risposta differente. L'approccio personale risulta

poco significativo perché isola le azioni dal contesto in cui esse si sono verificate. Operando questa separazione si trascura il processo di apprendimento contenuto nell'esperienza. L'idea centrale è quella di dotare il sistema di difese; perciò, nel momento in cui si verifica un incidente, è necessario chiedersi perché le difese hanno fallito e, attraverso uno studio coerente, si possono apportare le correzioni dovute (Figura 1). Tutte le attività comportano un rischio, ovvero qualcosa di imponderabile; peraltro, in ambito sanitario si è meno tolleranti. Si pretende dagli operatori una maggiore "perizia" ed attenzione, poiché si ha a che fare con la vita dei pazienti.

Il CRM non fa altro che favorire la "conoscenza dell'errore", che viene codificato e, successivamente, valutato. Perciò ogni evento avverso deve essere occasione di riflessione e verifica. Dopo aver organizzato i dati provenienti dall'attività quotidiana sarà possibile dotare l'organizzazione di "memoria". Il primo passo in questo senso implica un coinvolgimento attivo del personale clinico (come portatore di una responsabilità oggettiva) e dei pazienti.

Figura 1 Modello della catena di cause che portano al verificarsi di eventi avversi

Fonte: C. Vincent

Per l'Italia non sono disponibili dati ufficiali, circa gli errori commessi nell'erogazione di cure sanitarie. Tuttavia uno scenario inquietante, è emerso da una ricerca, avviata dal CENSIS (Centro Studi e Interventi Sociali), su numerosi quotidiani italiani. L'analisi del contesto stampa, svolta su 21 testate nazionali nell'anno 2000, ha rilevato che, ben 340 articoli si riferivano a casi di malasana⁽⁸⁾. Un altro tentativo, nella codifica degli errori, è stato intrapreso con il Progetto PiT Salute (Progetto integrato di Tutela), promosso dal Tribunale per i diritti del malato. Questo lavoro ha rilevato come il 30,3% dei contatti, avuti nell'anno 2001, siano relativi ad errori sospetti, di diagnosi e terapia⁽⁹⁾.

La sanità del terzo millennio deve, necessariamente, puntare al miglioramento della qualità nelle prestazioni erogate, ponendo l'utente al centro di tutto il sistema. Nella ricerca di una assistenza di qualità, è importante promuovere interventi formativi ed educativi numerosi, che siano rivolti ai medici, agli altri operatori sanitari ed agli assicuratori.

2. Il concetto di rischio

Il rischio, come già accennato in precedenza, è definito come la "possibilità del verificarsi di conseguenze dannose o negative a seguito di circostanze non sempre prevedibili"⁽¹⁰⁾. Si è in presenza di un sinistro, nel momento in cui avviene un evento negativo. I danni che ne conseguono sono rilevanti, dal punto di vista assicurativo, solo se stimabili in termini di probabilità. Per "coprirsi" dal rischio, e per tutelarsi dalle eventuali conseguenze economiche negative, è necessario trasferire questo rischio verso soggetti terzi, oppure prevedere dei piani specifici di copertura. Nell'accezione corrente, il rischio è inteso sempre in senso negativo ed è connesso ad un evento dannoso. In realtà, esistono rischi di eventi positivi e negativi, che possono essere classificati in diverse categorie:

- i *rischi puri* che individuano tutte quelle situazioni in cui vi è solo la possibilità che si verifichi un danno, quindi, chi ne rimane vittima non trae alcun profitto;

- i *rischi speculativi* che possono causare sia una perdita che un guadagno;
- i *rischi statici* sono legati a perdite causate dalla natura o da azioni degli esseri umani (errori, negligenze ecc.);
- i *rischi dinamici* che sono legati alla continua evoluzione dell'economia (ad esempio l'adozione di una nuova tecnologia biomedica);

Un'altra valida metodologia di classificazione dei rischi è quella relativa ai tipi di danni che essi generano, in altre parole si hanno:

- *danni materiali diretti* ad esempio i danni alle apparecchiature provocati da urti e spostamenti, oppure, i danni alle cose, conseguenti ad incendio.
- *danni materiali indiretti* come, l'interruzione dell'erogazione di energia ai frigoriferi, con il conseguente deterioramento di quanto contenevano.
- *danni immateriali diretti*, vale a dire, tutti gli eventi che colpiscono le persone come, lesioni e danni agli utenti.
- *danni immateriali indiretti* che sono le conseguenze ulteriori di un danno immateriale diretto. Alcuni esempi sono: allungamento dei tempi di degenza; peggioramento dell'immagine aziendale, aumento dei costi assicurativi, legali etc.⁽¹¹⁾.

In pratica, il trasferimento del rischio avviene dietro il pagamento di un premio ad un assicuratore, il quale si impegna a risarcire il valore dei danni subiti nel momento in cui si verifichi l'evento assicurato. Il rischio, in tal senso, è definito "incertezza misurabile", nel senso che è possibile una sua quantificazione economica. La misura discende da un calcolo probabilistico, che consiste nell'associare, alle diverse possibilità di manifestazione dell'evento, un livello di probabilità. I metodi probabilistici di valutazione non definiscono il livello effettivo del rischio. Essi "delimitano" quale sia il rischio massimo, per un certo periodo. In modo approssimativo, è quindi possibile attribuire un valore al rischio (R), che è direttamente proporzionale alla probabilità di accadimento (P) (Tabella 1) e alla gravità temuta (D) (Tabella 2)⁽¹²⁾.

$$R = P \times D$$

Tabella 1: Livelli di probabilità dell'evento

Fonte: Atti del Convegno "Il Risk Management nelle Aziende Sanitarie". Perugia, 26 gennaio 2004

Tabella 2 Livelli di danno "D".

Fonte: Atti del Convegno "il Risk Management nelle Aziende Sanitarie". Perugia, 26 gennaio 2004

Dall'incrocio degli indici di probabilità e di gravità, si ricava la misura quantitativa del rischio, che può essere rappresentata in una matrice. Una tale rappresentazione costituisce il punto di partenza della fase di "gestione del rischio". Infatti, grazie alla formulazione di un criterio di gravità, sarà possibile definire le priorità di programmazione degli interventi (Figura 2).

Figura 2: Matrice del rischio e classi di rischio

Fonte: Atti del Convegno “il Risk Management nelle Aziende Sanitarie”, Perugia, 26 gennaio 2004

L'identificazione dei rischi, all'interno di un'azienda sanitaria, è un'operazione complessa. Infatti, si richiede l'analisi di situazioni molto diverse fra loro, che possono essere fonte di perdite future possibili. In ogni caso, però, l'identificazione è il punto di partenza del processo di RM. Esso si articola in quattro fasi: la prima consiste nella definizione delle unità di rischio; la seconda prevede l'analisi delle minacce; la terza identifica i fattori modificativi; l'ultima comporta la descrizione dei danni⁽¹³⁾.

In sanità, il tema della gestione del rischio per i pazienti si configura, principalmente, come gestione del rischio clinico. In altri termini, il rifiuto mentale degli errori porta, in medicina, ad un clamore esasperato. In pratica, però, vi è la mancanza di una reale comprensione del fenomeno e, quindi, azioni sistematiche di prevenzione sono quasi inesistenti. Un errore è una mancanza nel completare un'azione programmata (errore di esecuzione) o nella pianificazione (errore di pianificazione). Un evento avverso (*adverse event*) è un danno causato, non volontariamente, dall'assistenza sanitaria piuttosto che dalla patologia o dalle condizioni del paziente. In questo ambito, si parla di negligenza solo per quegli eventi avversi che rientrano in specifiche caratteristiche medico-legali. Comunque, non tutti gli eventi avversi sono dovuti ad errori e non tutti gli errori producono un danno. Infatti, alcuni trattamenti medici si limitano al semplice aumento del rischio.

La *Joint Commission on Accreditation HealthCare Organization* (JCAHO) utilizza il termine “evento sentinella”, per quegli eventi che determinano la morte, un serio danno fisico, psicologico o un aumento del rischio ad esso riferito. In questa categoria di eventi sono anche inclusi: il suicidio di pazienti in strutture di ricovero ordinario, il rapimento di neonati o la loro consegna a famiglia diversa, tutte le procedure chirurgiche sul paziente sbagliato o sulla parte del corpo sbagliata⁽¹⁴⁾. La definizione della JCAHO risulta essere piuttosto ampia; pertanto, soprattutto nelle fasi iniziali del processo di RM, ci si dovrebbe limitare a rilevare tutti gli eventi avversi.

Evento avverso, quindi, è “qualsiasi esito sfavorevole che non sia la conseguenza naturale della malattia”. Risulta evidente come una classificazione completa degli errori e dei rischi derivi da un sistema di rilevazione adeguato.

Tra l'altro, la classificazione deve contenere le voci seguenti:

- gli errori nelle procedure (anemia dovuta a prelievi ripetuti nei lattanti, infezioni delle vie urinarie, infezioni chirurgiche, malnutrizione, ecc.)
- fattori negativi legati alla struttura (guasti e malfunzionamenti di apparecchiature, monitor, ripetizioni di esami RX, ecc.)
- istruzioni inadeguate (errori di somministrazione di farmaci per varie ragioni, del tipo trascrizione errata, ecc.)
- assistenza inadeguata, che comporta un prolungamento della degenza; dimissioni premature, con rischio di ricadute; cattiva sorveglianza dei malati.

Per impostare un programma di prevenzione dei rischi, potenziali e reali, è prioritario identificare e quantificare le cause degli errori. Ad esempio, è essenziale essere a conoscenza di quanti interventi ripetuti, di quante cadute si verifichino in un ospedale, oppure sapere il numero di infezioni in determinati reparti, etc. Ancora più importante, è impostare un programma di prevenzione dei rischi così come cercare un sistema efficiente per evitarli. Il piano di qualità di una data organizzazione comprende quattro

aree di intervento: 1. l'analisi della pratica del processo assistenziale; 2. la soddisfazione dei pazienti e degli operatori; 3. l'utilizzazione delle risorse; 4. la valutazione del rischio.

La gestione degli errori e degli eventi avversi richiede, naturalmente, la presenza di un sistema informativo; questo, se ben progettato, permette di conoscere e monitorare il fenomeno. Secondo la letteratura internazionale, tale flusso informativo dovrebbe avvenire su base volontaria senza essere legato a meccanismi punitivi. Tuttavia, questa impostazione richiede una cultura organizzativa coerente che, a volte, entra in conflitto con gli obblighi di comunicazione all'autorità giudiziaria, previsti dalle norme di alcuni paesi.

Il numero elevato di errori, avendo rilevanza economica, causa un incremento dei costi di gestione, diminuisce il grado di soddisfazione dei pazienti, ed induce reclami e problemi legali crescenti. L'introduzione in azienda di un processo di gestione del rischio è percepito, spesso, come un costo aggiuntivo. Il management, invece, dovrebbe essere consapevole che proprio la mancata gestione dei rischi comporta un aumento non quantificabile dei costi. Pertanto, identificare, valutare e controllare i rischi puri, favorisce la creazione di valore per l'azienda sanitaria. La conseguenza immediata è una riduzione dei costi e delle inefficienze, con un miglioramento dell'immagine aziendale. È generalmente riconosciuto che un'impresa che non sia in grado di tenere sotto controllo le voci di costo mette a rischi la propria prosperità. Le stesse regole valgono, anche, per le aziende sanitarie che sono destinate ad una perdita progressiva di competitività, se non intraprendono, al più presto, attività di gestione del rischio puro.

Per quanto riguarda il *costo globale del rischio*, esso è dato dalla somma del “costo del rischio” (CR) e del “costo per la gestione del rischio” (CG)⁽¹⁵⁾.

$$CGR = CR + CG$$

La determinazione del *ricavo globale del rischio*, invece, è più complessa. Questa è data dalla somma di alcune aree di ricavo: gestione delle assicurazioni (GA), riduzione degli eventi avversi (REA), trasferimento dei costi per la sicurezza sulle aree più a rischio (RCS) e infine il miglioramento dell'organizzazione (MO).

$$RGR = GA + REA + RCS + MO$$

Il *valore generato dalla gestione* del rischio (VGR), quindi, deriva dalla differenza fra ricavi e costi globali:

$$VGR = RGR - CGR$$

L'elemento da non trascurare è che una corretta gestione dei rischi contribuisce in maniera considerevole a determinare il risultato economico della struttura sanitaria⁽¹⁶⁾.

Analizzando più in dettaglio le voci di costo prese in considerazione, si precisa come il costo del rischio (CR) non si limiti al solo danno patrimoniale; esso comprende, infatti, anche le strategie usate per la copertura. Queste ultime influenzano pesantemente il calcolo e sono rappresentate da:

- premi assicurativi;
- spese maggiori da sostenere per risarcire i danni, coperti solo parzialmente dall'assicurazione;

- spese sostenute per coprire eventuali danni non assicurati.

Al contrario di quanto avviene per il “costo del rischio”, il “costo per la gestione del rischio”(CG) è individuabile facilmente; esso può essere ricondotto a tre componenti principali: spese per la prevenzione, per la protezione e per la gestione del rischio in senso stretto.

In ogni caso, l'analisi deve comprendere: i costi delle lesioni, i risarcimenti sostenuti dal servizio sanitario e dalle assicurazioni private, nonché i costi non coperti, sostenuti dai pazienti. Nel calcolo, poi, non vanno trascurati i costi della prevenzione, dovuti alle giustificate precauzioni, cioè quelli della cosiddetta medicina difensiva, ai quali vanno aggiunti, inoltre, i costi amministrativi legati alla gestione del rischio. Di entità sempre più rilevante sono, inoltre, i costi delle azioni legali, che includono sia i compensi per gli avvocati, sia il tempo impiegato dal management aziendale in lunghe controversie legali.

Le voci di ricavo immediatamente individuabili sono quelle relative alla gestione delle assicurazioni. Infatti, un controllo appropriato del rapporto assicurativo porta al mancato aumento, o addirittura alla riduzione, dei premi assicurativi. Dall'analisi condotta potrebbe risultare che il premio pagato sia inferiore a quello necessario a coprire i costi. In questo caso, il risparmio ottenuto è considerato un ricavo.

In passato, molte aziende sanitarie hanno ritenuto che la gestione dei sinistri fosse competenza esclusiva delle imprese di assicurazione. Questo atteggiamento era giustificato dal fatto che le richieste di risarcimento erano poche e non superavano i massimali assicurativi. Oggi lo scenario è radicalmente cambiato, sia perché sono aumentati i risarcimenti riconosciuti, sia perché i massimali sono, spesso, insufficienti per il risarcimento effettivo. Non è più possibile, quindi, demandare la gestione dei sinistri alle Compagnie, in quanto risulterebbe quasi impossibile stimare la probabilità di manifestazione dei singoli rischi. In sostanza, si perderebbero una serie considerevole di informazioni, utili per diminuire la rischiosità dell'azienda stessa. Questa diminuzione, conseguenza della gestione del rischio all'interno della struttura, può tradursi, come accennato in precedenza, in un aumento del potere contrattuale nei riguardi delle Compagnie assicurative.

Il fine ultimo delle azioni di RM è quello di diminuire la frequenza e la gravità degli eventi avversi.

3. Il Clinical Risk Management (CRM)

Inizialmente, il *Risk Management* è nato, nelle strutture sanitarie, come un sistema per diminuire le controversie legali. Successivamente, il termine ha cambiato significato, fino ad evocare strategie che cercano di diminuire l'incidenza dei danni provocati ai pazienti. Tutto ciò ha favorito il miglioramento della qualità nel processo assistenziale. Attualmente, si tiene conto dei bisogni dei pazienti, e non della loro litigiosità potenziale.

Gli scopi dei programmi di RM sono:

- ridurre la frequenza di eventi avversi prevedibili;
- ridurre la probabilità che una lamentela sia portata davanti ad un giudice;
- controllare l'ammontare degli indennizzi liquidati;
- ridurre al minimo i danni provocati ai pazienti. Questo, attraverso una identificazione precoce degli eventi avversi.

Il campo di operatività è l'attività, intrinsecamente rischiosa, delle strutture sanitarie. Nell'ambito di questi programmi, si cerca di individuare strumenti idonei a governare i rischi, migliorando il sistema complessivo di amministrazione. Affinché vi sia una gestione del rischio, si richiede di pianificare azioni che migliorino la qualità dei servizi erogati, eliminando gli errori (Figura 3)⁽¹⁷⁾.

Figura 3: Il Processo di Risk Management

Fonte: Nostre elaborazioni.

Un processo, complementare a quello di RM, è il *Clinical Audit* (CA) che si focalizza su aspetti differenti della qualità delle cure. Il primo ha come obiettivo la correttezza dell'esito finale, mentre l'attività di *Audit* Clinico offre una valutazione complessiva del processo di assistenza sanitaria. Talvolta il miglioramento del processo di cura è un movente per iniziare il *Risk Management*. Affinché si ottengano risultati significativi in questo senso, sono necessari legami solidi, tra l'attività manageriale e quella clinica. Questo collegamento fra le due aree è fondamentale, se si desidera l'efficacia dei programmi di RM o di CA⁽¹⁸⁾.

Il CA è una analisi, critica e sistematica, della qualità delle cure, che mira alla ricerca di eventi che hanno messo a rischio la sicurezza del paziente. Affinché l'*Audit* risulti efficace, è importante che ciò che si apprende sia messo a disposizione dei professionisti sanitari. Fondamentale è che le informazioni ottenute siano rese accessibili e rapidamente diffuse a tutti i livelli. Pertanto, il CA è uno strumento per valutare la pratica clinica, confrontandola con *standard* concordati in precedenza. Si tratta di un processo educativo il cui intento è quello di migliorare l'assistenza al malato. Anche in questo caso, si parte da una discussione degli errori commessi, per una loro prevenzione. L'*Audit* può portare alla luce attività che non raggiungono lo standard accettato incoraggiando la partecipazione degli operatori e rendendo possibili libere discussioni. Inoltre, i rapporti di *Audit* sono in grado di individuare le aree aziendali e/o sanitarie più deboli; una volta fatto ciò, sarà possibile procedere ad eventuali ristrutturazioni del sistema⁽¹⁹⁾.

L'*Audit* è un modo per risolvere problemi e per "imparare in gruppo"; esso mira a costruire le relazioni, per un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Questo utile strumento di progresso si basa su alcuni principi. Il primo è che la conoscenza si sviluppa meglio all'interno di team di piccole dimensioni. Il secondo è che l'apprendimento degli insegnamenti dipende dalle persone coinvolte. Il terzo è che ogni organizzazione è unica e, quindi, i sistemi di *Audit* sono diversi per ognuna di queste. Il quarto assunto è che i principali processi di apprendimento sono: apprendere dall'esperienza, condividere le conoscenze, tradurle in competenze e, infine, integrare le conoscenze (Bestini G., 1996).

L'*Audit* assume una valenza diversa, secondo il livello organizzativo in cui viene applicato il processo di miglioramento. Esso ha valenza: operativa, se l'attività principale è la fornitura di servizi; gestionale, se la dimensione è quella economica degli obiettivi annuali; strategica, se l'obiettivo è quello dell'apprendimento della organizzazione⁽²⁰⁾.

Il rischio clinico è incluso nel processo di RM e riguarda il trattamento sanitario del paziente; in questo caso, si parla di *Clinical Risk Management* (CRM). La pratica clinica coinvolge gli operatori, con i loro comportamenti, ma anche l'organizzazione in

cui essi operano. Le istituzioni sanitarie hanno il dovere di fornire la migliore protezione dai danni causati da errori umani e di sistema. Da quest'ultima affermazione si comprende come il tema del rischio clinico abbia un approccio duplice: uno mirato alla tutela del paziente e, un altro, mirato alla difesa della struttura (più in particolare del medico). I programmi di erogazione delle cure hanno, alla base, l'esigenza di offrire il trattamento più appropriato e, quindi, la migliore tutela dello stato di salute del paziente. Il CRM definibile come: "un approccio al miglioramento della qualità delle cure dedicato all'identificazione delle circostanze che mettono il paziente a rischio di incidenti e, quindi, al governo di queste circostanze"⁽²¹⁾. In altre parole, un programma di gestione del rischio clinico conduce all'individuazione dei pericoli inerenti al processo e di quelli legati alla cattiva organizzazione, o gestione, dei processi stessi. Il programma, poi, prevede di comunicare al paziente ciò che si fa per minimizzare il rischio e quale parte di esso, invece, non è eliminabile. In questo modo, il paziente è messo in condizioni di decidere sul proprio stato di salute.

La gestione del rischio si può riassumere in quattro fasi. La prima consiste nell'identificazione del profilo di rischio nell'ambito preso in esame; in questo primo momento si codificano i rischi più frequenti. Naturalmente, occorre tenere in considerazione che i rischi variano per tipo di malato, struttura ospedaliera e specialità. I metodi di sorveglianza più utilizzati, per individuare le situazioni pericolose, sono un sistema efficiente di indicatori e la revisione delle storie cliniche e dei reclami degli utenti. La seconda fase si concreta nell'identificazione delle componenti del rischio, il cui fine consiste nella ricerca di misure di prevenzione. Il rischio può dipendere da caratteristiche proprie del paziente (le cadute nei pazienti anziani), o da particolarità inerenti alla struttura. Nella terza fase si crea un momento dedicato al controllo, con l'obiettivo di osservare le eventuali misure di prevenzione, effettivamente applicabili. Per finire, occorre individuare proposte di miglioramento dell'intero sistema, modificando l'organizzazione della struttura, affinché la prevenzione sia efficace⁽²²⁾.

La qualità delle prestazioni, fornite da un reparto, dipende dalla gestione dei processi interni a quella unità operativa. L'eccellenza del risultato finale, però, dipende anche da quanto fornito da altre unità, come risultato dei loro processi.

L'ospedale si configura come una fitta rete di rapporti. In questo sistema complesso di relazioni, tutti influiscono, direttamente o indirettamente, sulla qualità delle prestazioni e, di conseguenza, sulla salute e sulla sicurezza dei pazienti ⁽²³⁾ ⁽²⁴⁾.

L'intento di coloro che si dedicano a questo nuovo filone di ricerca è quello di creare i presupposti, istituzionali e organizzativi, che garantiscano al cittadino un servizio sanitario nel quale domini, sempre più, l'elemento qualità. Recentemente, il CeSREM ha collaborato con il Tribunale per i diritti del Malato, per la nascita del progetto "Carta della Sicurezza nella pratica medica ed assistenziale", nonché per l'avvio della sperimentazione di Unità di Gestione del Rischio (UGR). Tutto ciò si basa su alcuni principi:

1. Nulla può essere lasciato al caso, quando c'è in gioco la vita delle persone. Gestire i rischi significa predisporre procedure ed individuare in modo chiaro ruoli e responsabilità di tutti i soggetti che operano nella struttura sanitaria.
2. È necessario investire in sicurezza. Gestione e prevenzione sono possibili, solo grazie ad investimenti adeguati, tanto sotto il profilo quantitativo, quanto sotto quello qualitativo. È fondamentale assicurare agli operatori, tutti gli strumenti necessari, per la diagnosi e la cura. Non sono accettabili rischi causati da macchinari obsoleti, non idonei, di qualità scadente o non in perfetto stato di manutenzione.

3. I rischi devono essere dichiarati. I primi due fattori, che garantiscono la sicurezza, sono: in primo luogo, il riconoscimento dell'errore e, secondariamente, la sua valutazione. La dichiarazione dei rischi non fa altro che favorire la responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti.
4. Lo scambio di informazioni garantisce la sicurezza. Infatti, la circolazione delle notizie e delle informazioni contribuisce ad evitare il ripetersi di eventi dannosi.
5. La qualità delle prestazioni va valutata attraverso indicatori di esito che favoriscano un sistema di valutazione oggettivo.
6. La comunicazione, tra medico e paziente, è parte integrante dell'atto medico. Infatti, un corretto rapporto medico-paziente è uno strumento di controllo dei rischi. Ascoltare il paziente, farsi raccontare la sua storia clinica, sono modalità di comportamento che consentono di sbagliare meno. Allo stesso modo, deve esserci una comunicazione completa all'utente, sui rischi dei trattamenti da effettuare. Un cittadino, coinvolto ed informato, sarà più disponibile a comprendere le ragioni di eventi imprevisti e negativi. Oltretutto, sarà più disposto a collaborare con gli operatori per il superamento delle situazioni di difficoltà.
7. La verità va premiata prevedendo incentivi e vantaggi. In un reparto dove è garantita una gestione trasparente, è utile prevedere: incentivi, benefici e vantaggi.
8. La formazione è un'arma per la sicurezza perché l'errore può rappresentare una occasione di riflessione e formazione. La teoria della sicurezza prevede la messa in atto di azioni correttive, che hanno come obiettivo la riqualificazione degli operatori.

La gestione del rischio clinico “vuole” prevedere, prevenire e ridurre i pericoli reali e potenziali per i pazienti. Per fare questo, sono necessari processi di identificazione, registrazione, segnalazione e analisi degli incidenti. I problemi, relativi alla sicurezza dei pazienti, non prevedono, solamente, l'eliminazione delle cause immediate dell'errore. Occorre, infatti, fare il percorso a ritroso ed imparare dall'esperienza. Pertanto, l'approccio deve essere di tipo globale e, allo stesso tempo, analitico. In ogni caso però, si deve partire dall'esperienza maturata dagli operatori. Questi, poi, vanno esortati nel fare una analisi del processo, al fine di individuare le criticità e apportare le dovute correzioni.

Nella valutazione delle prestazioni mediche la cartella clinica ha rilevanza particolare: essa contiene la “cronaca” della degenza, fino alla dimissione del paziente. Questa, se redatta con cura, consente di individuare incertezze terapeutiche eventuali. La Corte di Cassazione (Sez. V penale, 11.11.1983) ha stabilito come questo documento abbia valore di atto pubblico riguardo l'assistenza prestata al paziente ed adempia alla funzione di diario. I fatti riportati, per risultare efficaci, devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Pertanto, dal punto di vista legale, la cartella clinica attesta quanto è realmente accaduto al paziente ed è uno strumento fondamentale, anche in altri settori. Essa è importante per la comunicazione fra professionisti ed è la base per indagini retrospettive nonché per l'individuazione di eventi avversi.

Un sistema efficace di *reporting* ed analisi dell'incidente critico, si articola in più fasi.

Queste sono:

- identificare i rischi in una struttura sanitaria attraverso il sistema di registrazione dell'evento critico;
- definire e formalizzare una scheda di registrazione dell'evento;
- costruire una banca dati che raccolga tutte le informazioni contenute nella scheda di segnalazione sugli eventi occorsi;
- individuare le carenze del sistema e proporre opportune soluzioni.

Il limite di questo sistema è che esso registra quanto già successo. Pertanto, si ricercano le cause, secondo un percorso a ritroso. Si potrebbe pensare che la rilevazione dell'evento sia un'attività banale. In realtà, solo con un efficace sistema di segnalazione e registrazione degli eventi avversi, si può avere gestione del rischio.

Un sistema di questo tipo funziona solo in un ambiente in cui l'approccio all'errore è finalizzato al miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

4. La copertura dei rischi nelle aziende sanitarie

Gli strumenti di finanziamento dei rischi a disposizione delle aziende sanitarie possono essere di vario tipo:

- ritenzione (non assicurazione);
- sottoscrizione di contratti di assicurazione;
- costituzione di “fondi comuni” e mutue;
- ricorso a strumenti di Alternative Risk Transfer (ART).

Fino ad ora le aziende sanitarie hanno usufruito, principalmente, della seconda fattispecie. Per il futuro, però, occorrerà diversificare gli strumenti di finanziamento, individuando per ogni rischio lo strumento adeguato di gestione.

4.1 Ritenzione del rischio

Un rischio è “ritenuto” quando si decide di farvi fronte con i mezzi ordinari a disposizione. Nel presente caso si è di fronte alla scelta della “non assicurazione”, mediante la costituzione di fondi propri di entità adeguata. Il rischio quindi viene “ritenuto in proprio”. È facilmente immaginabile come, per garantire questo, il fondo debba essere di sufficiente portata. Stabilire la soglia di ritenzione del rischio, significa, quindi, stabilire il limite entro il quale l'azienda è in grado di sostenere, in proprio, le conseguenze economiche di eventi dannosi. La soglia di ritenzione rappresenta l'aspetto preliminare per l'impostazione di una corretta politica assicurativa. L'eccedenza di rischio, eventualmente risultante, può essere trasferita ad altri soggetti, tra i quali le Compagnie di Assicurazione.

L'assunzione del rischio deve essere consapevole e non avvenire per ignoranza o dimenticanza. Quando l'impresa decide di assumersi i rischi è opportuno che pianifichi le perdite possibili. Nelle aziende sanitarie, la ritenzione consapevole è poco diffusa, perché può avvenire solo dopo aver avviato un progetto di gestione del rischio. Comunque essa risulta particolarmente appropriata, per le situazioni in cui le conseguenze degli eventi avversi non sono chiaramente identificabili. Altra situazione che rende favorevole l'adozione di forme di ritenzione è quella dell'eccessiva onerosità di altre forme di finanziamento.

Particolarmente pericolosa è, invece, la ritenzione inconsapevole, che può essere dovuta ad una mancata identificazione dei rischi o ad una loro sottovalutazione. Essa risulta particolarmente grave nelle aziende ospedaliere, perché pone la struttura in balia di rischi, le cui conseguenze economiche non sono più trasferibili ad enti superiori, Stato o Regioni, ciò potrebbe mettere in difficoltà anche la gestione ordinaria dell'azienda.

Il rischio di una ritenzione inconsapevole può essere ridotto notevolmente, con l'introduzione di unità di RM, poiché, grazie ad esse, sarà possibile fare un'analisi consapevole del rischio di eventi indesiderati.

4.2 Sottoscrizione di un contratto di assicurazione

Il calcolo dei premi avviene su basi attuariali, ossia in funzioni di previsioni statistiche della numerosità e dell'entità dei sinistri. È possibile distinguere il premio in due concetti: il premio puro ed il premio di tariffa.

Il premio puro è la quantità che consente all'assicurazione di raccogliere i mezzi finanziari necessari per il pagamento degli indennizzi che seguono l'assunzione del rischio. Abitualmente, esso viene identificato con la perdita attesa dell'esposizione. Il premio di tariffa è, invece, la somma del rischio puro, dei costi dell'assicurazione e del margine di profitto desiderato. Fra i costi rientrano sia quelli legati al singolo contratto (provvigioni, costi di transazione, spese di amministrazione dei sinistri e dei servizi accessori ecc.), sia le spese generali per il funzionamento della compagnia.

Tutte le difficoltà si manifestano nella determinazione del rischio puro. Se quest'ultimo viene sottovalutato, il trasferimento si risolve per l'assicuratore, in una perdita o quantomeno, in un livello insoddisfacente di profitto. Nel caso, invece, esso venga sopravvalutato, è possibile che l'assicurato rinunci al contratto, ritenendolo svantaggioso. Il metro dell'esattezza sarà costituito, a posteriori, dal rapporto "sinistri premi" (*loss ratio*), pari al rapporto, per singola esposizione, fra indennizzi versati e premi riscossi. Nella sanità italiana, come accennato in precedenza, il calcolo del premio non è impostato su un processo di stima del rischio puro, ma sulla base di un *forfait* non determinato sulle sinistrosità pregresse (spesso il premio si basa su tre fattori: valore del fabbricato, monte salari, fatturato dell'azienda sanitaria). Da ciò si desume che il lavoro "dell'attuario" sia praticamente sconosciuto, fino ad oggi, all'interno del mercato assicurativo della sanità domestica.

Particolare incidenza, nel calcolo del premio, hanno anche i "sinistri tardivi" (*Incurred But Non Reported*, IBNR): le statistiche infatti, evidenziano che, in media, il 10% delle denunce perviene alle Compagnie di Assicurazione dopo due anni (Figura 4).

Figura 4: Rappresentazione dell'accadimento dei "sinistri tardivi"

Fonte: AON Group Italy

Nella tabella 3, se si esamina, ad esempio, l'anno 1996 si può notare come siano stati denunciati solo 108 casi nei due anni successivi; in realtà, alcune denunce sono pervenute anche nel 2003 per un totale di 120 casi. Inoltre, i sinistri che si sono verificati, ma che non sono stati ancora denunciati, rappresentano il 30% del totale degli importi liquidati.

Tabella 3: Andamento storico dell'effettuazione di denunce di sinistro di una struttura sanitaria

Fonte: AON Group Italy.

Un fenomeno ulteriore che si sta sviluppando consiste nel trasferimento di gran parte dei rischi sanitari ad una o più compagnie di riassicurazione da parte delle compagnie impegnate nel settore sanitario. La riassicurazione è un contratto mediante il quale un assicuratore trasferisce, tutto o in parte, un rischio precedentemente assunto. Questo contratto è uno strumento che permette all'assicuratore di eliminare dal proprio

portafoglio rischi un pericolo per la stabilità del portafoglio stesso, chiamando in causa un terzo, a finanziare l'eventuale obbligo di risarcimento. Ovviamente il cedente deve al riassicuratore un premio commisurato alla quota di rischio trasferita. Il principio fondamentale di questa operazione è l'estraneità del primo assicurato (struttura sanitaria) rispetto al rapporto che si instaura fra assicuratore – cedente e riassicuratore. Il contratto di riassicurazione, infatti, non crea rapporti diretti fra l'assicurato e riassicuratore; da ciò segue che l'assicurato non può vantare alcuna pretesa nei confronti del riassicuratore in quanto non esiste, nei confronti di quest'ultimo, alcun vincolo obbligatorio. L'esigenza del ricorso alla riassicurazione si ha nel momento in cui l'assicuratore si trovi a trattare la copertura di un rischio che va al di là delle sue capacità di assunzione. In questa circostanza, l'assicuratore conclude la polizza e poi trasferisce al riassicuratore la quota che eccede la massima misura accettabile di rischio. Ciò comporta, ovviamente, la possibilità di ottenere una maggiore stabilità di portafoglio; questo determina, a sua volta, una capacità maggiore di assunzione del rischio⁽²⁵⁾. La riassicurazione si può esplicare in due forme:

- riassicurazione facoltativa, in cui il contratto di riassicurazione si basa sulla valutazione delle caratteristiche di ogni singolo rischio;
- riassicurazione obbligatoria, dove le compagnie cedenti si impegnano ad osservare un accordo (trattato), che obbliga la cedente a trasferire alla Compagnia di Riassicurazione (cessionaria) tutti i rischi previsti nel trattato. La cessionaria, invece, è obbligata ad accantonare quanto trasferito alla cedente.

La prima forma di riassicurazione deriva da un contratto che viene concluso, di volta in volta, e che non prevede impegni a priori per il riassicuratore. Pertanto, sulla base dell'entità del rischio trasferito, il riassicuratore stabilisce il premio riassicurativo. Viceversa, nel caso della riassicurazione obbligatoria, tutto è deciso a priori attraverso un contratto, definito "trattato di riassicurazione". Ad oggi, la partecipazione della Compagnia di Assicurazione nel mercato sanitario è subordinato alla possibilità che queste ultime hanno di cedere parte dei rischi alle Compagnie di riassicurazione.

Le Compagnie di Assicurazione possono, al fine di ridurre il rischio assunto, ricorrere alla coassicurazione. Questa ultima consiste nella compartecipazione, allo stesso rischio, di alcuni operatori del mercato, i quali sono tenuti al pagamento di una indennità proporzionale alla quota rispettiva. In caso di giudizio, l'assicurato deve citare tutti i coassicuratori.

Dal punto di vista tecnico-assicurativo, le polizze di RCT/O delle aziende sanitarie hanno subito, negli ultimi anni, mutamenti significativi, per quel che riguarda il periodo di copertura⁽²⁶⁾. La validità temporale è passata da un regime di *loss occurrence* a quello di *claims made*. Nel regime temporale *loss occurrence*, la polizza copre tutti i danni che si sono verificati durante il corso della durata contrattuale della polizza a prescindere da quando vengono denunciati. In questa forma assicurativa, quindi, l'assicurazione si obbliga a farsi carico di tutti i sinistri denunciati nel termine di prescrizione stabilito dalla legge. Tale forma comporta una esposizione al rischio onerosa per la Compagnia di Assicurazione. Il regime *claims made* è, invece, una forma che obbliga l'assicuratore a risarcire i danni conseguenti ad eventi che si sono verificati e che sono stati denunciati nel periodo di efficacia della polizza. Tale clausola riduce, evidentemente, gli oneri per la compagnia, ma espone maggiormente la struttura sanitaria. Questo perché, con il fenomeno dei "sinistri tardivi", la persona danneggiata può inoltrare denuncia molto tempo dopo il verificarsi del sinistro. Questa variazione, fortemente voluta nel mercato assicurativo, permette di risolvere il problema dei "sinistri tardivi" per i quali, nel

precedente regime temporale, era responsabile la compagnia assicurativa che aveva in carico la polizza al momento dell'evento. I problemi per la struttura sanitaria non nascono nel caso in cui ad un contratto ne subentri un altro, ma si manifestano nel momento in cui:

- ad un contratto con una formula ne subentri un altro con formula diversa (oggi si ha il passaggio dal *loss occurrence* al *claims made*);
- ad un contratto non ne subentri nessuno (per eccessiva onerosità o per impossibilità di trovare un assicuratore disposto a coprire quei rischi).

Nel primo caso, non vi sono rischi di copertura: c'è, viceversa, un problema di doppia copertura, che potrebbe essere eliminato negoziando il contratto con il nuovo assicuratore e, dunque, riducendo i costi da sostenere per i premi (Figura 5).

Figura 5: Loss occurrence e claims made: identificazione della compagnia che è incaricata della liquidazione del sinistro

Fonte: Nostre elaborazioni da dati di mercato

Nel secondo caso, invece, se il contratto che non viene rinnovato è di tipo *claims made*, il risultato è che, oltre all'ovvia assenza di copertura per i fatti che si verificano dopo la fine del contratto, risultano scoperti, anche i “sinistri tardivi”. In previsione di tale possibilità, è opportuno inserire una clausola cosiddetta “postuma” che permette di estendere, per un periodo pattuito, la copertura assicurativa. Quest'ultimo tipo di copertura è detto *claims made temperato*⁽²⁷⁾. In questo modo si creano delle code temporali, studiate *ad hoc* per fronteggiare gli esborsi di denaro che, in caso contrario, graverebbero sulla disponibilità finanziaria della struttura sanitaria.

Un ulteriore spunto di riflessione è offerto dalla constatazione che la maggior parte delle gare di appalto, per la copertura assicurativa, vanno deserte. Questo sta a significare che nessuna Compagnia si presenta alle gare. In questi casi, poiché la copertura assicurativa è obbligatoria, la struttura sanitaria è costretta ad aggiudicare l'appalto a quelle Compagnie che, fuori dalla gara, si sono dichiarate disponibili ad assicurare il rischio⁽²⁸⁾. Un sistema largamente diffuso, per acquisire informazioni e competenze tecniche al fine di predisporre il testo delle polizze, nonché gestire il contratto assicurativo ed i sinistri, è quello di rivolgersi ad un broker.

4.3 La costituzione di fondi rischi

La costituzione di specifici accantonamenti di risorse finanziarie attuali dell'azienda a copertura dei rischi futuri (fondi rischi), si presenta come una forma di autoassicurazione strutturata, che si distingue da quella non strutturata rappresentata dalle diverse forme di ritenzione⁽²⁹⁾. Il fondo è alimentato da contributi periodici, il cui ammontare è collegato alla perdita attesa. Normalmente, per l'avvio del fondo, è necessario un contributo iniziale maggiore rispetto ai versamenti successivi. Lo scopo di ciò consiste nella possibilità di disporre di risorse sufficienti per far fronte a perdite che si manifestano immediatamente. Con questa forma di finanziamento dei rischi, invece di pagare dei premi all'assicurazione, l'azienda sanitaria può accantonare le medesime somme, all'interno di un fondo con cui risarcire i danneggiati. Naturalmente, la costituzione di questo fondo implica la conoscenza della distribuzione dei sinistri

(Figura 6), ed una valutazione obiettiva di quelle che possono essere le risultanze, anche in presenza di fluttuazioni anomale della sinistrosità (Figura 7).

La creazione di un fondo rischi equivale alla raccolta, in un unico portafoglio, di tutti i rischi. In questo modo si generano effetti simili a quelli assicurativi, perché:

- in un determinato periodo, i rischi che hanno dato origine a delle perdite vengono finanziati, almeno in parte, dagli accantonamenti relativi a rischi che non hanno generato alcun evento dannoso;
- nel caso di un arco di tempo pluriennale i periodi in cui un dato rischio ha comportato una perdita, sono finanziati dai periodi in cui, per quel dato rischio, si siano effettuati accantonamenti ma non si siano verificate delle perdite.

Figura 6: Andamento dei sinistri ed importi liquidati nel 2003

Fonte: AON Group Italy.

Figura 7: Importi liquidati

Fonte: AON Group Italy.

Il primo vantaggio rispetto all'assicurazione consiste nel fatto che la liquidità rimane nell'azienda fino al momento dell'evento dannoso, garantendo il godimento della redditività corrispondente. Un altro vantaggio è di tipo fiscale, in quanto un fondo permette di risparmiare il 21,35% del premio della polizza. Questa ultima è la percentuale relativa alle imposte sulle polizze di responsabilità civile sanitarie. Un vantaggio ulteriore consiste nella liquidazione immediata di quei sinistri in cui il danno appare certo.

Lo svantaggio fondamentale dell'autoassicurazione è che, invece, non permette di godere per intero di quella riduzione di rischio offerta dall'assicurazione. Questa ultima, infatti, costituisce un portafoglio di rischi particolarmente ampio che gli garantisce un contenimento forte delle oscillazioni della perdita complessiva, generata periodicamente dal portafoglio stesso. Ciò permette di essere solvibile verso gli assicurati pur mantenendo una riserva, molto vicina alla perdita attesa complessiva del portafoglio. Il portafoglio di una struttura sanitaria, invece, è costituito da esposizioni, solo in parte, indipendenti fra loro. La riserva interna, inoltre, deve essere superiore alla perdita attesa per poter arrivare ad un livello di solvibilità paragonabile a quello di un assicuratore. Uno svantaggio ulteriore consiste nell'eventualità che il fondo di liquidità si riveli insufficiente rispetto al livello di finanziamento delle perdite. Proprio per questa serie di svantaggi, la costituzione dei fondi non può essere una soluzione applicabile da sola; tale possibilità di copertura dei rischi, dovrebbe essere una delle tante componenti di un efficace sistema di finanziamento dei rischi.

4.4 Le mutue

Un sistema efficace di finanziamento è costituito dalla gestione consortile dei rischi fra più aziende sanitarie. Questa forma viene definita "Mutua"; essa consiste nell'unione di più strutture sanitarie che decidono di gestire, congiuntamente, il finanziamento dei propri rischi, costruendo appositi fondi, utilizzati per liquidare i sinistri. Ogni azienda

contribuisce alla gestione del fondo, sulla base del proprio livello di rischio. La convenienza ad attuare una gestione consortile dei rischi risiede:

- nella constatazione che l'ammontare complessivo dei premi pagati può essere utilizzato per alimentare il fondo, risparmiando, in questo modo, i costi maggiorativi che la compagnia aggiunge ai costi per il rischio puro⁽³⁰⁾.
- in una valutazione più congrua del premio. Questo perché, nel calcolo del rischio puro, le assicurazioni includono anche i rischi "fisiologici" che di solito sono di entità minima, anche se di elevata frequenza, ed è, in molti casi, più conveniente gestirli internamente, senza doverli trasferire al mercato assicurativo.

Nonostante i vantaggi diretti che si possono avere da questo tipo di gestione dei rischi, in Itali, le forme consortili non si sono, ancora, sviluppate.

4.5 L' Alternative Risk Transfer

La difficoltà crescente incontrata nel trasferire alcune tipologie di rischio, tra le quali rientrano i rischi sanitari, ha determinato la nascita di forme nuove di finanziamento. La caratteristica principale consiste nell'attingere le risorse, direttamente dal mercato finanziario. Tale tipo di finanziamento è definito: *Alternative Risk Transfer* (ART)⁽³¹⁾.

Mentre i prodotti tradizionali tendono ad essere di natura generica, i prodotti ART sono personalizzati a seconda del fabbisogno di ogni singolo cliente.

La diffusione di questi strumenti è legata ai limiti del mercato assicurativo tradizionale:

- asimmetria informativa tra assicuratori ed assicurati;
- alcuni rischi sono considerati non assicurabili, basandosi solo sulla considerazione delle dimensioni che presentano;
- i contratti di assicurazione assoggettano l'assicurato al rischio di credito, in altri termini l'assicuratore, in caso di sinistro, potrebbe non essere in grado di coprire la perdita che ne deriva;
- il mercato tradizionale ha un andamento ciclico.

Affinché i rischi puri possano essere trasferiti al mercato finanziario, devono sussistere, però, due condizioni⁽³²⁾:

1. il rischio deve essere incorporato in un'attività finanziaria (un'attività che incorpora un rischio puro è un contratto il cui rendimento è legato alle perdite subite relativamente al rischio);
2. tale attività finanziaria deve dare un contributo positivo al profilo di rischio e rendimento del portafoglio degli investitori.

Il mercato dell'*alternative risk transfer* può essere suddiviso in due segmenti: il mercato dei *carrier alternativi* e i prodotti ART.

Il mercato dei *carrier alternativi*, comprende: *pool*, i *risk retention group* e le *captive*.

I *pool* sono accordi fra aziende per unire capacità finanziarie al fine di coprire rischi "grandi". Questi accordi sono simili alle mutue ma coinvolgono società. Quello del *risk retention group* è un fenomeno USA nato come modo alternativo di assicurare la responsabilità civile. In realtà le compagnie partecipanti si configurano come mutue. Tali compagnie si fanno carico dei rischi assunti che devono essere capitalizzati dai propri membri. Tra gli affari predominano i servizi professionali (45%) ed il settore medico (37%). I *risk retention group* hanno alcune caratteristiche fondamentali: in primo luogo, "spalmano" la responsabilità civile su tutti i membri; essi devono, poi, avere come scopo l'assicurazione della responsabilità civile; i membri, infine, devono svolgere attività simili.

Le *captive*, invece, sono Compagnie di Assicurazione o riassicurazione controllate da una società o da un gruppo di imprese che possono operare anche in campo diverso da quello assicurativo. L'obiettivo delle *captive* è quello di assicurare i rischi delle controllanti. Nella gestione dei rischi attraverso le *captive* sono individuabili una serie di vantaggi diversi, in particolare:

- tutti i profitti permangono all'interno dell'organizzazione;
- non ci sono dispute con assicuratori esterni;
- i premi assicurativi non sono suddivisi per il pagamento delle perdite subite da altre organizzazioni.

Per quanto riguarda le aziende sanitarie caratterizzate da un trend positivo della sinistrosità, non sempre si vedono riconoscere condizioni tariffarie più favorevoli. Nel caso di una partecipata, però, non vi è nessun impedimento per cui quest'ultima possa praticare condizioni differenti grazie all'utilizzo dei propri dati statistici. Infine, le *captive* consentono un accesso diretto al mercato riassicurativo potendo, così, diversificare maggiormente i rischi.

Tra i prodotti ART si possono elencare: le riassicurazioni finite, i *multitrigger*, il *committed capital* o *contingent capital*.

Le riassicurazioni finite forniscono un meccanismo di finanziamento abbinato al trasferimento del rischio per eventi certi, di prossimo accadimento. Esse consistono in contratti pluriennali che riducono il costo del capitale, sostenuto dal cliente, livellando i guadagni. In questo modo la volatilità annuale dei profitti viene ridotta limitando la quantità totale dei rischi trasferiti per il periodo di contratto.

I prodotti *multitrigger* prevedono il pagamento del rischio assicurato solo se accade un secondo evento⁽³³⁾. L'assicuratore che offre questi prodotti è interessato ad impiegare *trigger* tra i quali non sussista alcuna correlazione, in modo tale che l'esposizione congiunta sia sostanzialmente differente. Nelle Strutture sanitarie, un esempio di polizza *multitrigger* è quella che copre i sinistri effettivi della RC sanitaria solo se il valore del portafoglio titoli dell'azienda scende al di sotto di un livello prefissato, nel corso dello stesso periodo.

Il *committed capital*, chiamato spesso *contingent capital* è una forma di finanziamento prestabilito che viene accordato ad una società colpita da un evento negativo in termini finanziari. Questo è un prodotto relativamente nuovo di convergenza che crea un collegamento tra il mercato assicurativo e quello dei capitali. Si basa su un impegno contrattuale a fornire capitale ad una compagnia quando, in seguito ad un evento negativo specifico, essa si trovi in una situazione finanziaria fortemente indebolita. Il *committed capital* può essere considerato un'opzione di vendita sui titoli della società.

La società che acquista l'opzione di *committed capital* ha diritto a vendere i propri valori mobiliari ad un prezzo prestabilito per un periodo di tempo determinato, successivo al verificarsi dell'evento specifico. La componente assicurativa è una copertura che rappresenta un rischio diverso rispetto l'attivo sottostante all'opzione. È da sottolineare che il *committed capital* non è un prodotto assicurativo, ma un prodotto strutturato che usa una combinazione delle tecniche assicurative e del mercato dei capitali. La motivazione che spinge la società assicurata a stipulare questi tipi di finanziamenti consiste nell'aver accesso ad un capitale meno oneroso rispetto a quello che avrebbe ottenuto sul mercato dei capitali, dopo che l'evento dannoso si è verificato. Sia i prodotti *multitrigger*, sia il *committed capital* offrono interessanti possibilità di sviluppo nell'ambito della copertura dei rischi di aziende sanitarie. Naturalmente il loro utilizzo potrebbe essere combinato a quello di strumenti più tradizionali quali,

l'innalzamento del livello di autoassicurazione e la costituzione di mutue o di *risk retention group*.

Conclusioni

Qualità e sicurezza sono termini che si incontrano frequentemente, nei programmi di intervento migliorativi dei servizi sanitari dei vari paesi industrializzati. In Italia l'avvio di programmi sulla qualità è ascrivibile alla modernizzazione progressiva del Servizio Sanitari Nazionale (SSN). L'errore clinico e quello sanitario, come molto spesso accade, derivano da una serie di eventi negativi; eventi che sono causati dal comportamento del singolo, così come dall'organizzazione, con tutte le sue carenze. La sicurezza, quindi, passa attraverso una organizzazione aziendale accurata ed una formazione del personale attenta. L'organizzazione, dal canto suo, dovrebbe agevolare il lavoro del professionista, mettendogli a disposizione strumenti adeguati ed aggiornati, attuando procedure di individuazione del rischio e di controllo degli eventi.

Nonostante tutti i miglioramenti che si possono mettere in atto, è appurato che il rischio di eventi avversi non è eliminabile completamente. Pertanto, occorre considerare mezzi di copertura adeguati. Sembra opportuno, in queste considerazioni conclusive, puntualizzare i problemi che la gestione del rapporto assicurativo pone alle aziende sanitarie. L'assicurazione sembra, ancora, assolvere un ruolo fondamentale per il *Risk Management*; inoltre, non è facile avere a disposizione informazioni che non siano di parte. In realtà lo strumento di copertura assicurativo, utile ad un'azienda sanitaria, dovrebbe essere composto da una pluralità di alternative adattate alle peculiarità delle diverse situazioni d'azienda come ad esempio la ritenzione combinata con l'assicurazione etc. Per gestire questa pluralità di offerte, sono necessarie competenze professionali specifiche per selezionare il mercato e gestire i rapporti assicurativi. Oltre a questi problemi, se ne è aggiunto un altro, forse il più critico, cioè la mancanza di compagnie disposte ad assicurare le aziende sanitarie, a causa dell'elevata entità dei risarcimenti. Peraltro, le poche Compagnie disposte ad assicurare aziende sanitarie applicano premi proibitivi. È soprattutto, per questa ragione che sono stati ricercati strumenti innovativi di copertura del rischio. In particolare si fa riferimento alla ritenzione, alla costituzione di fondi e mutue, nonché al ricorso al mercato mobiliare, attraverso gli *Alternative Risk Transfer*.

Per consentire il mantenimento, la diffusione e il consolidamento dei servizi assicurativi, tradizionali e innovativi, sono necessarie alcune modifiche importanti. In primo luogo è necessaria la diffusione di una "cultura del rischio" fra tutto il personale, affinché siano messi in atto comportamenti, che permettano una riduzione delle situazioni potenzialmente pericolose. Dal lato dei pazienti, è opportuno diffondere una "cultura della moralizzazione delle pretese di risarcimento", che renda meno gravoso il peso economico delle polizze assicurative⁽³⁴⁾. In questo processo di miglioramento, risulta essenziale focalizzare l'attenzione nella fase di prevenzione e analisi *ex ante*, piuttosto che nella mera gestione *ex post* degli eventi dannosi. Tutto ciò potenziando figure strategiche come quelle del *Risk Manager* e dell'*Insurance Manager* interne all'azienda. Peraltro, va sottolineato che la riassicurazione finanziaria può rappresentare un percorso valido per superare le difficoltà contingenti, ma non può, e non deve, sostituirsi alla gestione del rischio ed alla copertura assicurativa. Per un arco di tempo relativamente breve, il mercato finanziario e gli investitori possono essere di ausilio, nel sostenere i rischi nel settore sanitario. Nel medio-lungo periodo, però, è auspicabile un contributo

dell'attività assicurativa nella gestione della rischiosità aziendale. L'introduzione di un programma di *Clinical Risk Management* comporta cambiamenti fondamentali dal punto di vista psicologico ed emotivo di approccio all'errore, ma consente anche il raggiungimento di vantaggi economici considerevoli, evidenziabili in una riduzione immediata dei premi versati alle Compagnie di Assicurazione.

Bibliografia

- Beard RW, O'Connor AM., *Applicare nella pratica audit e risk management: il protocollo del st. Mary's Maternity unit*, in "C.Vincent", *Clinical Risk Management*, 1995.
- Bersaglia M., *Assicurazione della Responsabilità Civile Terzi* in "Rischio Sanità" n. 9.
- Bertini U., *Introduzione allo studio dei rischi nell'economia aziendale*, Giuffrè, Milano, 1987.
- Bestini G., *Il learning audit nella sanità* FrancoAngeli ed. 2003.
- Del Vecchio M., Cosmi L., *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2003.
- Forestieri G., *Il risk management, strumenti e politiche per la gestione dei rischi puri dell'impresa*, EGEA, 1996.
- Gregis R., Marazzi L., *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Gregis R., Marazzi L., *Il risk management nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, Milano, 2003.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Advanced performance improvement for hospitals*, Oakbrook Terrace, JCAHO 2000.
- Marchetti E., *Sviluppare un processo di risk management per la sanità* in "Rischio Sanità" n.5.
- Margon G., *Conoscere prevenire e gestire il rischio clinico*, "Care" n. 4, 2003.
- Misani M., *Introduzione al risk management*, EGEA, 1994.
- Misani N., *Il risk management fra assicurazione e finanza*, EGEA, 1999.
- Misani N., *Risk management between insurance and finance. New instruments for the management of pure risk: catastrophe bonds, insurance derivatives, contingent capital risk fusion*, EGEA, Milano, 1999.
- Monti D., *Una squadra speciale contro gli errori in ospedale*, "Corriere della Sera", Martedì 21 Maggio 2002.
- Sanz C., *Disegno di un programma di risk management*. in "Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria Continuous Quality Improvement", Anno 3, n.3, Novembre 1998.
- Urciuli V., Cresca G., *Risk management, strategia e processi decisionali nella gestione dei rischi puri d'impresa*, ISBA, 1989.
- Vincent C, Stanhope N, Crowley-Murphy M., *Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study*, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 1999.
- Womack O., Roger S., Lavin M. *Rivelazioni di un rapporto di clinical audit in tribunale: i rischi e la difesa*, British Medical Journal 1997, 315: 1369-1370.

Siti internet consultati:

www.aibanet.it
www.ars.marche.it
www.asq.org
www.assomedico.it
www.cittadinanzattiva.it
www.cnipa.gov.it
www.cordis.lu
www.doh.gov.uk
www.doh.gov.uk/clinicalgovernance/index.html
www.doh.gov.uk/publications
www.europa.eu.int
www.irishmedicalnews.ie
www.JCAHO.org
www.medrisk.com
www.nhsconfed.net
www.ospedalesicuro.org
www.ospedaleudine.it
www.praticaclinica.it
www.riskinfo.com
www.rmhf.harvard.edu
www.rmhf.com
www.sivrq.com

¹ In questo lavoro si trascura la parte relativa alla prevenzione del rischio per puntare maggiormente l'attenzione sui rapporti fra struttura sanitaria ed Imprese di Assicurazione.

² In proposito si sottolinea come nel 1999 il tasso applicato fosse all'incirca del 2%.

³ A titolo di esempio: per il Policlinico Umberto I di Roma si è passati da 1 miliardo 688 milioni nel 1997 ai 6 miliardi nel 1999. Moroni C., *Stress ingovernabile* in "Il Sole 24 Ore – Sanità", 26 ottobre 1999, n. 42, p. 14.

⁴ A testimonianza del crescente interesse in questa materia si vedano gli atti del convegno del 28 Settembre 2005, promosso dall'associazione AMARIS (Assicurazione e Management dei Rischi in Sanità) nell'aula Manfredini dell'Università Bocconi dal titolo: *La gestione del rischio in sanità. Ipotesi di ricerca in un'ottica di confronto fra professionisti, aziende sanitarie, compagnie di assicurazione e pazienti*.

⁵ Un riferimento importante consiste negli studi condotti all'ospedale "San Raffaele" di Milano con l'avvio del progetto CeSREM (Centro Studi San Raffaele Rischi Errori in Medicina).

⁶ Bersaglia M., *Assicurazione della Responsabilità Civile Terzi* Rischio Sanità n. 9 p. 9 giugno 2003.

⁷ Vincent C., Stanhope N., Crowley-Murphy M., *Reasons for not reporting adverse incidents: an empirical study*, Journal Evaluation in Clinical Practice, 1999, n. 5 pp. 13-21

⁸ Fondazione CENSIS, *35° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese; La Società italiana al 2001*, p. 72:

- il 32% degli articoli riguarda casi di decesso del malato
- il 26% degli articoli si riferisce a casi di danni gravi ma senza decesso.

Il rapporto indica questi risultati:

- nel 48,2% degli articoli che individuano un soggetto responsabile, viene chiamato in causa il fattore umano
- nel 33% degli articoli la responsabilità è attribuita alla struttura sanitaria

-
- nel 42,6% degli articoli si tratta di casi di malasanità per inadeguato funzionamento delle strutture sanitarie, sia sotto il profilo dell'assistenza, sia sotto il profilo amministrativo.
- ⁹ Inglese S., *La Carta della Sicurezza nella pratica clinica ed assistenziale: il problema visto dal lato del paziente*, incontro Stampa Errori in medicina: troppi che fare?, Milano, 20 maggio 2002.
- ¹⁰ Enciclopedia Zanichelli.
- ¹¹ Gregis R., Marazzi L. *Il Risk Management nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, 2003, pp. 120-121.
- ¹² Derrico P., atti del convegno *Il Risk Management nelle Aziende Sanitarie*, Perugia, Sala della Partecipazione, Palazzo Cesaroni, 26 Gennaio 2004.
- ¹³ Misani M., *Introduzione al Risk Management*, Milano, 1994.
- ¹⁴ JCAHO *Advanced performance improvement for hospitals*, Oakbrook Terrace, 2000.
- ¹⁵ Gregis R., Marazzi L. *Il Risk Management nelle aziende sanitarie*, FrancoAngeli, 2003.
- ¹⁶ Bertini U., *Introduzione allo studio dei rischi nell'economia aziendale*, Giuffrè, Milano, 1987.
- ¹⁷ Marchetti E., *Sviluppare un processo di risk management per la sanità*, in "Rischio Sanità" n.5, pp.12-14.
- ¹⁸ Beard RW., O'Connor AM., *Applicare nella pratica audit e risk management: il protocollo del st. Mary's Maternity unit*, Vincent C., *Clinical Risk Management*, BMJ, 1995, pp. 350-374.
- ¹⁹ Womack O., Roger S., Lavin M., *Rivelazioni di un rapporto di clinical audit in tribunale: i rischi e la difesa*, BMJ, 1997, pp. 1369-1370.
- ²⁰ Bestini G., *Il learning audit nella sanità*, FrancoAngeli, 2003, pp. 18-26.
- ²¹ Margon G. *Conoscere prevenire e gestire il rischio clinico*, Care, 2003 n. 4, pp. 16-18
- ²² Sanz C., *Disegno di un programma di risk management*, Continuous Quality Improvement, n. 3 novembre 1998.
- ²³ JCAHO *Preventing sentinel events in the environment of care*, Oakbrook Terrace, 2000.
- ²⁴ A testimonianza si riportano alcuni interventi sull'argomento. "Negli ospedali si sbaglia troppo. Scambi di farmaci, garze dimenticate durante le operazioni, sacche di sangue non compatibili: le segnalazioni di errori raccolte dal Tribunale per i diritti del malato sono cresciute del 14% nell'ultimo anno.[...] L'errore in ospedale non solo è possibile, ma è anche frequente, costa carissimo ai pazienti e pesa sui conti della sanità pubblica per un ammontare pari ad un terzo circa, dei costi complessivi di gestione dei nostri ospedali". Monti D., *Una squadra speciale contro gli errori in ospedale*, "Corriere della Sera", Martedì 21 maggio 2002. Ed ancora: "L'enorme progresso biomedico di questi anni porta con sé una aumentata complessità dell'organizzazione sanitaria. Essa, accompagnata da una politica di crescente riduzione della spesa per la sanità, comporta inevitabilmente maggiori rischi di errori, talora con danni gravissimi per i pazienti. La tendenza a ridurre la permanenza in ospedale dei pazienti e il crescente numero di trattamenti terapeutici a disposizione del medico, creano, di per sé, un ambiente più rischioso e molto più stressante per gli operatori. L'ambiente va studiato e migliorato con concetti organizzativi nuovi e soluzioni tecnologiche adeguate". Bonini P., *Errore e rischio nella pratica medica*, incontro stampa, Errori in medicina: troppi che fare, Milano, 20 maggio 2002.
- ²⁵ Forestieri G., *Il risk management, strumenti e politiche per la gestione dei rischi puri dell'impresa*, EGEA, 1996.
- ²⁶ Gregis R., Marazzi L., *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Franco Angeli, Milano, 2003 p. 191.
- ²⁷ Del Vecchio M., Cosmi L., *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2003 pp. 435-436.
- ²⁸ Questa trattativa tra struttura sanitaria ed alcune Compagnie (od al limite una unica) è prevista dalla legge, premesso il rispetto di alcune condizioni preliminari.
- ²⁹ Urciuli V., Cresca G., *Risk management, strategia e processi decisionali nella gestione dei rischi puri d'impresa*, ISBA, 1989, p. 149.
- ³⁰ Anche in questo caso si risparmia la percentuale di tassazione sulle polizze RCT/O.
- ³¹ Swiss Re, Sigma n. 1, 2003.
- ³² Misani N., *Il Risk Management fra assicurazione e finanza*, EGEA, 1999, p. 18.
- ³³ Misani N. *Risk Management between insurance and finance. New instruments for the management of pure risk: catastrophe bonds, insurance derivatives, contingent capital, risk fusion*, EGEA, Milano, 1999.
- ³⁴ Molte compagnie considerano un indice di peggioramento della sinistrosità di un'azienda e, quindi, un presupposto per l'aumento dei premi, il solo aumento delle richieste di risarcimento, anche se, dopo, non si determina una corrispondente liquidazione di danni.