

## 8 **Gestione, ritenzione e assicurazione del rischio: alla ricerca di una prospettiva integrata**

*di Manuela Brusoni, Elisabetta Trincherò, Lodovico Marazzi,  
Italo Partenza<sup>1</sup>*

### 8.1 **Introduzione**

Il tema della sicurezza nelle aziende sanitarie è oggi, insieme agli aspetti economici, uno dei principali nodi critici dell'offerta di servizi sanitari. Spesa sanitaria, sicurezza dei pazienti, appropriatezza ed efficacia delle cure sono al primo posto nell'agenda politica a livello globale. La crescita della popolazione, la sua composizione, le attese e le esigenze per un livello crescente di buona salute, le possibilità di informarsi e informare hanno modificato qualitativamente e quantitativamente la domanda. Sul lato dell'offerta le aziende sanitarie hanno scoperto che una dimensione della propria attività – quella della sicurezza – riveste aspetti di complessità e di rilevanza insospettiti fino a pochi anni fa, non risolvibili in modo semplicistico o affidandone la gestione a un soggetto terzo. Il mondo delle assicurazioni, chiamato attraverso la domanda di servizi assicurativi a supportare aziende e professionisti nella gestione e nel trasferimento del rischio, da un lato richiede una tipologia d'informazioni che spesso non trovano, o non permettono, una risposta corrispondente da parte delle aziende sanitarie, dall'altro lato è guidato da obiettivi di redditività e da coordinate logiche di definizione, misurazione e valutazione della performance delle proprie aree di *business*, che non colgono le specificità del mondo dei servizi sanitari.

Il nodo dell'asimmetria informativa è quindi la cifra caratteristica che qualifica i rapporti tra aziende sanitarie e cittadini e tra aziende sanitarie e mondo assicurativo.

Più specificamente ciò che oggi emerge è l'evoluzione, lungo linee parallele, di tre ambiti di attività: il modo in cui le aziende assicurative approcciano il mondo della sanità, l'evoluzione dei criteri di interpretazione della responsabilità civile

---

<sup>1</sup> Benché il capitolo sia il frutto del lavoro congiunto degli autori. L'attribuzione specifica dei paragrafi è la seguente: Manuela Brusoni §§ 8.1 e 8.5, Elisabetta Trincherò § 8.4, Lodovico Marazzi § 8.2, Italo Partenza § 8.3.

sanitaria, lo sviluppo di metodologie e strumenti di *clinical risk management* all'interno delle aziende sanitarie. Tali linee di azione, tuttavia, sembra stiano evolvendo in modo indipendente, perseguendo ciascuna propri obiettivi specifici non sempre tra loro coerenti: la redditività delle aziende assicurative si contrappone al contenimento della spesa delle aziende sanitarie, la gestione dei sinistri si modella su criteri amministrativo-burocratici, la gestione del rischio clinico sembra concentrata su interventi tecnico-professionali a limitato impatto organizzativo.

Le traiettorie lungo le quali si sta evolvendo oggi lo scenario della gestione del rischio in sanità richiede quindi di considerare la prospettiva delle assicurazioni verso il settore sanità (§ 8.2), la prospettiva della responsabilità e della gestione dei sinistri (§ 8.3), l'approccio alla gestione e assicurazione del rischio che si sta definendo in alcune regioni italiane (§ 8.4), per concludere con alcune riflessioni di sintesi (§ 8.5).

## 8.2 L'assicurazione del rischio in sanità

Per inquadrare le caratteristiche dell'assicurazione del rischio in sanità, occorre fare una breve introduzione su cosa debba intendersi per «rischio» e per «gestione del rischio». *Con il termine rischio possiamo indicare l'insieme degli effetti economici su un soggetto di un evento rischioso* (Floreani, 2011). La gestione del rischio riguarda pertanto quell'insieme di attività messe in atto dall'azienda al fine di evitare, prevenire o ridurre gli eventi rischiosi a cui può essere soggetta. *Solitamente gli eventi rischiosi sono tali perché riferiti al futuro, anche se talvolta i rischi possono riferirsi a eventi passati per i quali manca ancora la conoscenza dello scenario che si è effettivamente manifestato* (Floreani, 2011). Gli effetti di un rischio possono coinvolgere anche aspetti immateriali quali l'immagine o la condizione psicologica di un soggetto. La gestione di un rischio si svolge per fasi successive: identificazione, analisi e valutazione, trattamento, monitoraggio. *La descrizione del profilo di rischio non può assolutamente prescindere da un vincolo di economicità: che si tratti di un'impresa o di una famiglia, la valutazione dei rischi è orientata al confronto tra costi e benefici dei singoli interventi* (Porzio et al., 2011).

L'attività di gestione del rischio riguarda quindi l'insieme delle tipologie di rischio a cui è esposta un'azienda, tra cui: (i) strategici (quali ad esempio diversificazione produttiva o geografica, ricerca e sviluppo); (ii) operativi (andamento dei processi produttivi aziendali); (iii) finanziari; (iv) derivati (relativi al procacciamento o all'impiego dei mezzi finanziari)<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> La traslazione al mondo della sanità di tali tipologie generali di rischio è oggetto di linee guida diffuse a livello internazionale, che hanno avuto l'avvio con la messa a punto e diffusione degli standard australiani HB:228 del 2001 «Guidelines for managing risk in the healthcare sector» e della norma AZ/NZS 4360 del 1999 (revisionata nel 2004) «Australian New Zealand Standard Risk Management».

Nelle aziende sanitarie italiane, negli ultimi anni le attività di gestione del rischio si sono in particolare rivolte alla gestione dei rischi derivanti dalle richieste di risarcimento avanzate dai terzi per i danni conseguenti a prestazioni sanitarie da essi ricevute; a motivo della continua crescita di dette richieste<sup>3</sup>. Più in generale possiamo dire che ci si è focalizzati sulla gestione di una parte dei «rischi puri» ed in specifico su quelli «di responsabilità» (pertanto non vengono di seguito analizzati gli altri rischi puri tipici che colpiscono i beni e le risorse aziendali: incendio, furto, infortuni e danni alle risorse professionali)<sup>4</sup>.

Dal punto di vista economico il problema dei *danni ai terzi a seguito di prestazioni sanitarie* ha acquisito una crescente importanza negli ultimi quindici anni. Fino alla prima metà degli anni '90, le richieste di risarcimento avanzate dai pazienti per danni erano numericamente poco rilevanti ed ancora meno rilevante era la quantificazione economica del danno subito. Nei casi di richiesta di risarcimento per danni non risultava facile dimostrare il nesso di causalità tra danno e prestazione sanitaria, ed i lunghi tempi della giustizia rendevano poi ancora più irta la strada per ottenere un risarcimento che, se riconosciuto, veniva solitamente quantificato in somme non particolarmente elevate. In questo clima, il rischio di provocare danni ai terzi veniva trasferito dalle aziende sanitarie all'esterno tramite la stipula di contratti di assicurazione del tipo RCTO (Responsabilità Civile Terzi e Operai/dipendenti), anche perché ai pochi risarcimenti facevano riscontro bassi premi assicurativi. Dalla seconda metà degli anni '90 è cresciuto significativamente il numero delle richieste di risarcimento per danni e si è avuto un cambiamento nell'orientamento delle istituzioni giudiziarie nella quantificazione dei danni<sup>5</sup> (cfr. Tabella 8.1).

A ciò si aggiunge l'evoluzione del concetto di responsabilità medica dal semplice «obbligo di mezzi» alla ben più ampia «responsabilità contrattuale», con un incremento delle sentenze che riconoscono danni subiti dai pazienti per prestazioni erogate anche molti anni prima (cfr. Tabella 8.2).

<sup>3</sup> «Una delle conseguenze che fa seguito al verificarsi di un errore che, si può manifestare nell'interessa del processo clinico assistenziale, è la richiesta di risarcimento, anche in sede giudiziaria: negli ultimi anni, le azioni giudiziarie nei confronti degli operatori sanitari e delle strutture ospedaliere sono aumentate» (Min. Salute, *Rapporto sulla 1° rilevazione nazionale relativa agli aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico*, settembre 2006)

<sup>4</sup> «Il rischio d'impresa è proporzionale alla complessità dei sistemi stessi e numerose sono le variabili coinvolte: tale concetto si può estendere anche ai sistemi sanitari che paradossalmente avrebbero un basso rischio qualora prestassero assistenza sanitaria a *pazienti sani*. Esiste invece una parte di rischio che potremmo definire come *rischio puro*, che dipende da variabili meno note, da circostanze occasionali, dal concatenarsi di situazioni che favoriscono l'occorrenza di un evento avverso. È su quest'ultimo aspetto, i cui confini non sono sempre delimitabili dal rischio d'impresa, che si sono costruite in questi decenni le politiche di gestione del rischio volte alla riduzione degli eventi evitabili.» (Ministero della Salute, *Risk Management in sanità. Il problema degli errori*, marzo 2004).

<sup>5</sup> Periodici aumenti % del valore dei punti d'invalidità relativamente al calcolo del danno non patrimoniale, in particolare quello effettuato dal Tribunale di Milano nel 2009.

Tabella 8.1 **Numero dei sinistri denunciati**

Anno	RC Strutture Sanitarie	RC Professionale Medici	TOTALE RC Sanità	Diff. anno prec.
1994	6.345	3.222	9.567	
1995	11.411	5.892	17.303	81%
1996	13.028	4.028	17.056	-1%
1997	18.672	4.829	23.501	38%
1998	21.678	6.036	27.714	18%
1999	23.261	9.073	32.334	17%
2000	23.249	10.078	33.327	3%
2001	21.911	11.238	33.149	-1%
2002	19.028	11.443	30.471	-8%
2003	16.566	10.874	27.440	-10%
2004	16.356	11.988	28.344	3%
2005	16.343	12.290	28.633	1%
2006	16.424	11.959	28.383	-1%
2007	16.128	13.415	29.543	4%
2008	17.746	11.851	29.597	3%
2009	21.476	12.559	34.035	20%

Fonte: ANIA (2011)

Tabella 8.2 **Evoluzione del costo medio dei sinistri al 31/12/2009 – Totale RC Medica (totale dei sinistri pagati e riservati)**

Anno denuncia sinistro	Stato al 31/12/2002	Stato al 31/12/2004	Stato al 31/12/2005	Stato al 31/12/2006	Stato al 31/12/2007	Stato al 31/12/2008	Stato al 31/12/2009
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421	28.904	29.012
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488	22.687	22.676
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622	23.819	23.493
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961	32.948	31.940
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966	34.271	33.924
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571	37.281	36.511
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634	39.968	40.605
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974	40.042	40.159
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490	42.732	43.196
2003		30.306	34.379	39.475	39.080	44.521	47.241
2004		22.706	29.755	36.545	38.349	44.083	43.304
2005			26.670	33.174	35.471	42.383	42.245
2006				30.659	33.408	41.476	42.019
2007					26.670	38.266	38.816
2008						29.505	34.067
2009							25.083

Fonte: ANIA (2011)

Il nuovo clima non ha cambiato la strategia di gestione del rischio delle aziende sanitarie, che ha continuato ad essere quella della ricerca di trasferimento all'esterno attraverso l'acquisto di polizze di RCTO, benché con spazi decrescenti di offerta e con sempre più limitati livelli di concorrenza da parte delle compagnie (cfr. § 8.3). Si è però avuto un cambiamento dell'approccio del mercato assicurativo, caratterizzato dall'aumento dei premi richiesti e dall'introduzione di sostanziali novità dal punto di vista contrattuale: si è passati dal sistema detto del *loss occurrence* (la polizza copre i danni conseguenti ad errori provocati nel periodo di validità del contratto) ad un sistema di *claims made* (la polizza copre i danni conseguenti a richieste di risarcimento pervenute nel periodo di validità del contratto); in tal modo le compagnie hanno limitato il loro intervento alle richieste relative a contratti in corso (e su cui percepiscono ancora premi). A motivo dell'incremento dei premi, il settore della RC Sanità ha iniziato ad avere un valore crescente e molto significativo all'interno dei bilanci delle compagnie di assicurazione.

Dal punto di vista economico, al crescere delle richieste di risarcimento è parimenti cresciuto il valore attribuito ai danni in sede giudiziaria. Valga a titolo d'esempio l'aumento decretato nel 2009 delle Tabelle per il calcolo degli indennizzi effettuata dal Tribunale di Milano (con aumenti fino al 30%). Il potenziale valore dei danni ha reso il settore della sanità terreno fertile per lo sviluppo di società e studi legali specializzati nelle richieste di risarcimento danni, fenomeno già noto nel mondo anglosassone e di cui è importante iniziare a tener conto.

### 8.3 L'assicurazione di responsabilità civile sanitaria in un mercato in evoluzione

Il fenomeno che oggi si osserva mostra che le compagnie di assicurazione italiane si allontanano dal mercato della responsabilità sanitaria lasciando in parte il posto ad assicuratori stranieri, non operanti in passato nel settore, che si stanno gradualmente inserendo dove ritengono di poter trovare condizioni adeguate ad operare (cfr. *infra*). I dati riportati in Tabella 8.1 forniscono l'evidenza di un fenomeno che ha radici anche di natura sociale e culturale<sup>6</sup>. Le ragioni di tale fenomeno sono influenzate dalla lettura, in termini di causa-effetto, del mutamento del rischio di responsabilità sanitaria che, in tesi, non consentirebbe più alcuna redditività nel settore.

<sup>6</sup> Non è infatti soltanto aumentata la domanda delle prestazioni sanitarie, ma è anche cresciuto il livello delle aspettative in ordine alle prestazioni attese: il totale dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti, è infatti cresciuto, dal 1994 al 2007, del 200%, arrivando quasi a toccare la soglia dei 30 mila, ma il dato potrebbe essere sottostimato secondo Manzato – Direttore Sinistri Ania – Relazione a «*La conciliazione, un'alleanza rinnovata tra medico e cittadino*» – Roma 13 maggio 2010 Convegno organizzato da Fondazione Previassme.

Come già anticipato nel paragrafo precedente, accanto ai profondi cambiamenti intercorsi nell'individuazione dei criteri risarcitori da adottare in caso di liquidazione del danno alla persona<sup>7</sup>, sostanzialmente legati ad una mutata sensibilità sociale nel riconoscimento di una tutela della salute e degli aspetti relazionali della vita di ognuno, è importante sottolineare il radicale mutamento giurisprudenziale avvenuto nel corso degli anni che ha sancito il passaggio dalla colpa medica alla responsabilità da inadempimento della struttura sanitaria degli obblighi contrattuali assunti nei confronti del paziente al momento del ricovero<sup>8</sup>, nonché di un aumento dei risarcimenti (cfr. § 8.2). Come accennato, tale cambiamento ha determinato il sostanziale ritiro dal mercato delle principali compagnie assicurative italiane che hanno lasciato spazio ad alcuni assicuratori stranieri, favoriti in parte dal non dover «scontare» le passività sopportate negli

<sup>7</sup> Corte di Cassazione Sez.Un., sentenza 11 novembre 2008, n. 26972; Corte di Cassazione Sez.Un. 11 novembre 2008, n. 26973; Corte di Cassazione Sez.Un., 11 novembre 2008, n. 26974; Corte di Cassazione Sez.Un., 11 novembre 2008, n. 26975 in Resp.Civ. e Prev. 2009, 38 con note di Poletti, La dualità del sistema risarcitorio e l'unicità della categoria dei danni non patrimoniali, 76, di Zivic, Il danno non patrimoniale: istruzioni per l'uso, 94, di Navarretta, Il valore della persona nei diritti inviolabili e la complessità dei danni non patrimoniali, 63, di Monateri Il pregiudizio esistenziale come voce del danno non patrimoniale, 56, di Scognamiglio, Il sistema del danno non patrimoniale dopo le decisioni delle sezioni unite, 261; in Danno e Resp. 2009, 19 con note di Procida Mirabelli di Lauro, Il danno non patrimoniale secondo le Sezioni Unite: un «de profundis» per il danno esistenziale, 32, di Landini, Danno biologico e danno morale soggettivo nelle sentenze della Cass.SS.UU., 45, di Sganga, Le Sezioni Unite e l'art.2059 c.c.: censure, riordini e innovazioni del dopo principio, 50.

<sup>8</sup> Una pietra miliare in questo senso è rappresentata dalla pronuncia della Suprema Corte del gennaio 2008 che così riassume la responsabilità medica e gli oneri probatori della struttura ospedaliera e del paziente «...Da ciò consegue l'apertura a forme di responsabilità autonome dell'ente, che prescindono dall'accertamento di una condotta negligente dei singoli operatori, e trovano invece la propria fonte nell'inadempimento delle obbligazioni direttamente riferibili all'ente. Questo percorso interpretativo, anticipato dalla giurisprudenza di merito, ha trovato conferma in una sentenza di queste Sezioni Unite (1.7.2002, n. 9556, seguita poi da altre delle sezioni semplici, Cass. n. 571 del 2005; Cass. n. 1698 del 2006) che si è espressa in favore di una lettura del rapporto tra paziente e struttura (anche in quel caso, privata) che valorizzi la complessità e l'atipicità del legame che si instaura, che va ben oltre la fornitura di prestazioni alberghiere, comprendendo anche la messa a disposizione di personale medico ausiliario, paramedico, l'apprestamento di medicinali e di tutte le attrezzature necessarie anche per eventuali complicazioni. In virtù del contratto, la struttura deve quindi fornire al paziente una prestazione assai articolata, definita genericamente di «assistenza sanitaria», che ingloba al suo interno, oltre alla prestazione principale medica, anche una serie di obblighi cd. di protezione ed accessori. Così ricondotta la responsabilità della struttura ad un autonomo contratto (di ospedalità), la sua responsabilità per inadempimento si muove sulle linee tracciate dall'art. 1218 c.c., e, per quanto concerne le obbligazioni mediche che essa svolge per il tramite dei medici propri ausiliari, l'individuazione del fondamento di responsabilità dell'ente nell'inadempimento di obblighi propri della struttura consente quindi di abbandonare il richiamo, alquanto artificioso, alla disciplina del contratto d'opera professionale e di fondare semmai la responsabilità dell'ente per fatto del dipendente sulla base dell'art. 1228 c.c. ....» Corte di Cassazione 11 gennaio 2008 n. 577, fra l'altro in Resp. Civ. e Prev. 2008, 849 con nota di Gorgoni M., «Dalla matrice contrattuale della responsabilità nosocomiale e professionale al superamento della distinzione tra obbligazioni di mezzo/risultato».

anni precedenti dai loro predecessori, entrando in un mercato per loro nuovo e senza oneri accumulati da attività passate.

I dati di settore forniti dall'ANIA riferiscono a questo proposito l'assenza di remuneratività dell'assicurazione di responsabilità civile per le polizze sottoscritte a partire dalla metà degli anni '90. A fronte, infatti, di un evidente regime di *strict liability* e di un incremento degli importi medi risarcitori connesso ai profondi mutamenti occorsi nelle sensibilità giuridiche con riferimento alla quantificazione e liquidazione del danno alla persona, il rischio assicurato dalle compagnie è variato molto più rapidamente negli ultimi quindici anni di quanto non abbiano fatto premi e condizioni contrattuali. Come si può rilevare dai dati ANIA<sup>9</sup> riportati in Tabella 8.3 i premi incassati nel 2004 in ambito di assicurazione RC sanitaria si sono rivelati largamente insufficienti a coprire i costi dei sinistri (comprensivi degli accantonamenti per i sinistri pendenti), tendenza questa diffusa per tutte le annualità prese in esame e chiaramente ancor più evidente in relazione alla vetustà del danno.

I tempi della liquidazione del danno rivelano peraltro un ulteriore elemento di criticità: come è possibile rilevare dalla tabella 4, le compagnie mediamente impiegano circa tre anni per chiudere il 52% dei sinistri, mentre ne occorrono più di quindici per definirne circa il 97%, dal momento che nel 2010 risultano liquidati meno del 97% dei sinistri accaduti nel 1994.

Tabella 8.3 **Rapporto sinistri/premi al 31/12/2009 – Totale RC Medica**

Anno di protocollazione	AI 31.12.2002	AI 31.12.2004	AI 31.12.2005	AI 31.12.2006	AI 31.12.2007	AI 31.12.2008	AI 31.12.2009
1994	199%	251%	241%	251%	238%	240%	241%
1995	182%	212%	216%	206%	202%	201%	210%
1996	187%	198%	195%	191%	187%	199%	198%
1997	223%	320%	300%	293%	286%	336%	323%
1998	168%	340%	313%	288%	284%	341%	331%
1999	179%	262%	266%	249%	246%	330%	321%
2000	151%	216%	219%	208%	206%	233%	217%
2001	154%	218%	218%	200%	192%	215%	204%
2002	149%	232%	229%	199%	192%	207%	199%
2003		196%	199%	171%	162%	173%	177%
2004		145%	170%	154%	150%	144%	140%
2005			173%	162%	155%	133%	131%
2006				158%	157%	150%	141%
2007					140%	130%	123%
2008						111%	147%
2009							153%

Fonte: ANIA (2011)

<sup>9</sup> Le considerazioni si basano su una valutazione d'insieme dei dati e non su valori puntuali.

Tabella 8.4 **Incidenza percentuale del numero e dell'importo dei sinistri liquidati al 31/12/2009<sup>10</sup> – Totale RC Medica**

Anno	% N. Sinistri liquidati	% N. sinistri riservati	% Importo dei sinistri liquidati	% Importo dei sinistri riservati
1994	96,6	3,4	89,9	10,1
1995	96,7	3,3	90,8	9,2
1996	95,8	4,2	87,1	12,9
1997	94,8	5,2	88,6	11,4
1998	93,8	6,3	85,8	14,2
1999	91	9	80	20
2000	87,3	12,7	75,3	24,7
2001	82	18	66	34
2002	77,7	22,3	58,3	41,7
2003	71,5	28,5	55,2	44,8
2004	64,9	35,1	45,6	54,4
2005	58,1	41,9	38	62
2006	52,7	47,3	32,8	67,2
2007	37,3	62,7	22,8	77,2
2008	26	74	14,9	85,1
2009	9,8	90,2	5,4	94,6

Fonte: ANIA (2011)

Combinando le informazioni delle Tabella 8.3 e Tabella 8.4 si spiega come gli accantonamenti e i pagamenti, in conseguenza dell'aggravamento del costo dei risarcimenti e dei mutati orientamenti giurisprudenziali in tema di danno alla persona abbiano integralmente eroso e superato il volume dei premi riscossi nel corso degli anni. Tali evidenze documentano – e questo appare essere un dato sottovalutato dalle stesse compagnie che hanno deciso di lasciare il mercato della sanità – che la scarsa velocità di liquidazione<sup>11</sup> costituisce una delle cause della scarsa remuneratività delle coperture di *medical malpractice* per il mondo assicurativo. Dunque una delle ragioni dell'insuccesso di taluni programmi assicurativi risulta non essere affatto indipendente dall'operato delle compagnie ma anzi appare totalmente endogeno alla loro organizzazione e quindi da loro modificabile.

Un ulteriore fenomeno meritevole di segnalazione è conseguente a tale graduale allontanamento delle compagnie italiane dal mercato assicurativo delle

<sup>10</sup> Per sinistro riservato si intende un sinistro per il quale la compagnia di assicurazione ha apposto a bilancio un accantonamento in previsione di quanto ritiene dovrà pagare in conseguenza di esso, costi dei fiduciari legali, e peritali inclusi.

<sup>11</sup> Indice che descrive il tempo medio di chiusura di un sinistro. In tale lasso di tempo, a parità di ammontare del risarcimento, intervengono altri costi esogeni, riconducibili essenzialmente a i) costi per la difesa dell'assicurato ii) all'aggravamento del costo medio del sinistro.

tradizionali coperture per responsabilità professionale: dove questo è avvenuto, la scelta delle compagnie ha infatti inevitabilmente determinato la *traslazione* del rischio di responsabilità civile dal settore assicurativo privato alla Pubblica Amministrazione, ora limitatamente a parti del rischio (le cosiddette quote di *autoritenzione*<sup>12</sup> del rischio) ora alla sua interezza, con conseguente esposizione dell'erario alle richieste di pazienti e relativi familiari che si ritengano lesi da prestazioni sanitarie<sup>13</sup>. Tale *traslazione* sta a sua volta provocando un profondo cambiamento nel mondo della sanità pubblica, improvvisamente coinvolta in tematiche organizzative, gestionali e giudiziali sino a qualche anno fa integralmente delegate alle compagnie di assicurazione. Accanto alle già avviate iniziative di *clinical risk management*, (cfr. § 8.4) finalizzate alle inevitabili e doverose attività di prevenzione degli eventi avversi (cfr. § 8.4), cominciano quindi a diffondersi iniziative formative in ambito di gestione dei sinistri ponendosi, nel settore pubblico, la necessità di acquisire tecniche e professionalità un tempo patrimonio esclusivo del mondo assicurativo<sup>14</sup>. Questo cambiamento epocale segna un passaggio decisivo anche in tema di rivalsa della Corte dei Conti per danno erariale indiretto dal momento che, se in presenza di una copertura assicurativa le ipotesi di danno erariale cagionato dal dipendente pubblico in ambito di responsabilità professionale potevano di fatto limitarsi ai casi di pagamenti effettuati dalla compagnia nei limiti della franchigia di polizza, in ambito di autoassicurazione dette ipotesi si espandono potenzialmente a tutti i casi di *medical malpractice* con conseguente sindacabilità da parte del Giudice contabile dell'intero funzionamento della struttura pubblica e di tutte le prestazioni rese.

Da tali premesse sembrano potersi sviluppare alcune considerazioni ulteriori.

La prima, attiene all'opportunità di un approccio nei confronti del rischio di responsabilità civile che prenda spunto dalla consapevolezza che fonte di obbligazione non è la colpa in sé, ma l'eventuale incapacità della struttura di saper documentare la ragione ispiratrice delle scelte terapeutiche adottate, sicché per una compagnia diviene un buon assicurato non tanto chi non ha avuto gravi sinistri (statisticamente comunque destinati ad accadere) quanto piuttosto chi sa attuare politiche di prevenzione e sa dare prova documentale del proprio corretto adempimento. In tale contesto diviene strategico tentare di prevenire il verifi-

<sup>12</sup> Sostanzialmente franchigie di importo elevato, in genere comunque superiore a € 100.000, in virtù delle quali l'assicurato deve «gestire» autonomamente le richieste di controparte ed autonomamente provvedere all'eventuale pagamento del danno senza che vi sia – come in genere avviene nelle franchigie classiche – una prima gestione del sinistro da parte della Compagnia che poi provvede al recupero di quanto eventualmente pagato al terzo.

<sup>13</sup> È questo ad esempio il caso della Regione Toscana che ha ritenuto di rinunciare integralmente all'assicurazione dei rischi di responsabilità civile per provvedere in proprio alla gestione del rischio di responsabilità professionale.

<sup>14</sup> Si pensi in questo senso alle attività di *loss adjusting* e di riservazione dei sinistri che, nell'ambito delle quote di rischio gestite dalla P.A., avranno un ruolo decisivo in tema di salvaguardia del denaro pubblico.

carsi di eventi avversi ma anche porsi il problema di comprendere come evitare che da eventi avversi purtroppo accaduti possano derivare richieste di risarcimento inappropriate o fuori controllo. Le esperienze maturate negli anni in alcune realtà sanitarie<sup>15</sup> hanno dimostrato quanto gli aspetti relazionali influenzino lo sviluppo di un conflitto medico/paziente e quanto una comprensione delle dinamiche di tale conflitto, sostanzialmente legate ad una mancanza di ascolto e di riconoscimento delle fragilità e dei bisogni del paziente (talvolta anche dell'operatore sanitario), possano incidere nel governo e talora nel contenimento dei costi risarcitori (De Palma e Quattrocchio, 2009). Il mai sufficientemente esplorato mondo dell'umanizzazione della cura e della riscoperta di una relazione rispettosa e consapevole degli altrui stati d'animo sta dunque conquistando un ruolo importante nella stessa prevenzione del *claim* e nella gestione del sinistro (Partenza, 2012).

La seconda riflessione riguarda il rapporto con il Giudice contabile. L'autoassicurazione comporta inevitabilmente la gestione delle pretese risarcitorie dei terzi, attività questa che richiede a sua volta, nell'ordine, un'efficace procedura di acquisizione delle informazioni attinenti la vertenza *in fieri*, capacità di valutazione delle eventuali responsabilità civilistiche nell'ottica dei più recenti orientamenti dell'autorità giudiziaria ordinaria, competenze nella valutazione dei necessari accantonamenti (per ciascuna posizione, ma anche per l'intero complesso delle fattispecie risarcitorie pendenti) in vista dei potenziali futuri esborsi risarcitori nonché ovvie – ma ahimè forse un po' trascurate – competenze negoziali per la migliore valorizzazione delle posizioni in punto *an* e *quantum* dei soggetti pubblici coinvolti. Per tali ragioni la giurisdizione della Corte dei Conti non potrà non estendersi anche al controllo circa le modalità attraverso le quali l'interesse pubblico sarà stato tutelato nell'esercizio di queste nuove funzioni/competenze: si disegna un nuovo perimetro entro il quale la stessa Magistratura contabile è chiamata conseguenzialmente a valutare e verificare nuove ipotesi di responsabilità così come a tener conto delle implicazioni sul pubblico erario di scelte e comportamenti gestionali fino ad ora ritenuti irrilevanti. La decisione di privilegiare una soluzione transattiva a fronte di ingenti richieste risarcitorie comporta l'assunzione di responsabilità circa le modalità di esecuzione di quel giudizio prognostico *ex ante* che ciascun negoziatore pone in essere prima di approcciarsi alla propria controparte. Tale assunzione di responsabilità dovrà tuttavia tenere conto che non gioverà all'erario riproporre i comportamenti attendisti attuati dagli assicuratori negli anni passati e rivelatisi tutt'altro che fruttuosi, come documentato dalla stessa associazione delle imprese di assicurazione. L'atteggiamento attendista del pubblico funzionario che, trincerandosi dietro al timore di una possibile responsabilità contabile per scelte transattive di non

<sup>15</sup> Si pensi a riguardo alle esperienze della sanità modenese o a quelle di Regione Lombardia, entrambe in ambito di mediazione trasformativa.

facile adozione, esponga la struttura di appartenenza, e di conseguenza il denaro pubblico, ai costi di una pluriennale vertenza giudiziale dall'esito assai probabile in ragione di un'evidente responsabilità pregressa, non potrà non essere oggetto di attenta valutazione da parte del giudice contabile chiamato a verificare la sussistenza della colpa grave anche nei comportamenti di chi utilizzerà denaro pubblico per gestire le pretese di pazienti che si ritengano lesi da prestazioni sanitarie inadempienti. Al tempo stesso, scelte discutibili o discusse in merito alle modalità di trasferimento di parte del rischio ad una compagnia di assicurazioni non potranno che ricadere, anch'esse, nell'ambito della valutazione contabile per le evidenti implicazioni sociali conseguenti alle possibili cattive gestioni/*default* del soggetto contraente con la P.A.

#### 8.4 Prospettive regionali e aziendali nella gestione del rischio clinico

Il rapporto tra i cittadini destinatari dei servizi sanitari e il fornitore di tali servizi (l'azienda sanitaria e i professionisti sanitari) è stato analizzato fin dai primi anni novanta da studiosi quali Norman e Parasuraman, che si sono concentrati: il primo sulle peculiarità strutturali, organizzative e manageriali delle aziende che offrono servizi; il secondo sui gap di informazione e comunicazione che si manifestano tra cittadino e azienda sanitaria, per spiegare il grado di soddisfazione del paziente rispetto alle attese di qualità del servizio (Norman, 1985; Parasuraman, 1988). Altra pietra miliare nella comprensione di come le aziende sanitarie possono affrontare la sfida del miglioramento dei servizi resi ai pazienti è stato Donabedian, che ha incorporato la logica del miglioramento della qualità nel mondo sanitario, mettendo in luce come le dimensioni professionali (gli aspetti clinici), organizzative (il management aziendale) e relazionali (il rapporto con il paziente e i suoi familiari) non siano in antitesi o tra loro alternativi, ma, al contrario, debbano coesistere perché si possano ottenere risultati corrispondenti agli obiettivi di qualità da raggiungere (Donabedian, 1990). Una svolta epocale negli studi e nelle prassi tese al miglioramento della qualità dei servizi sanitari è avvenuta nei primi anni 2000: cogliendo la sollecitazione dell'Institute of Medicine statunitense, Reason, Leape e Berwick, tra gli altri hanno contribuito con le loro ricerche a portare in primo piano il tema della sicurezza come condizione necessaria per ogni attività sanitaria, ricordano il comandamento della medicina «*primum non nocere*» (Reason, 2004; Leape & Berwick, 2005). Reason ha posto l'attenzione sugli errori umani e sulla complessità organizzativa della gestione del rischio nei cosiddetti «sistemi umani», quali la sanità, e la conseguente necessità di non fermarsi agli episodi «attivi» di errore, ma di approfondire l'analisi agli errori «latenti» (Reason, 2004); Leape e Berwick hanno sollevato il problema degli errori in medicina e la necessità di un approccio sistemico e non-punitivo alla loro analisi e prevenzione (Leape & Berwick, 2005). La letteratura al ri-

guardo si è sviluppata in modo ricco e articolato a livello internazionale e nazionale, generando una crescente consapevolezza e attenzione da parte delle aziende sanitarie, del livello di governo, regionale e nazionale, e dei professionisti sanitari su come si possano avviare azioni e comportamenti utili a prevenire e contenere gli errori, nelle varie accezioni e definizioni, e a imparare dagli episodi negativi. Tutto ciò ha contribuito a strutturare e definire ruolo e attività del *clinical risk management*, con riferimento a un corpus di competenze distintive, di linee guida e standard di buone pratiche condivise a livello nazionale ed internazionale per il governo della sicurezza dei pazienti (Trincherò 2009). A fianco d'interventi retrospettivi finalizzati a correggere processi in cui si siano intercettati errori o malfunzionamenti, il *clinical risk manager* è infatti anche chiamato a presidiare la sicurezza dei processi clinico assistenziali attraverso la definizione di protocolli specifici per aree di attività particolarmente a rischio, quali ad esempio la somministrazione dei farmaci, l'emergenza, l'utilizzo di tecnologie sanitarie, il blocco operatorio (Canitano, Ghirardini, Migliazza, Trincherò, 2010). È inoltre responsabile della crescita di quella cultura della sicurezza capace di riorientare i comportamenti dei professionisti nella direzione necessaria ad annoverare anche le aziende sanitarie tra le cosiddette organizzazioni ad alta affidabilità (Brusoni, Deriu, Panzeri, Trincherò, 2009).

Passando agli aspetti legati all'interfaccia tra aziende sanitarie e mondo assicurativo, è importante notare come le aziende sanitarie abbiano tradizionalmente regolato l'acquisto di servizi assicurativi concentrandosi più sulle problematiche legate all'applicazione delle regole sugli appalti pubblici, in una logica di completa esternalizzazione (Buzzacchi, 2008) che sull'indagine interna dei fabbisogni legati ad un'analisi degli specifici rischi aziendali. Come si è argomentato nei precedenti paragrafi, nel momento in cui le assicurazioni hanno alzato i premi e/o si sono ritirate dal mercato sanitario, limitando le possibilità di scelta da parte delle aziende sanitarie dovute a una ridotta, se non assente concorrenza, è emersa la necessità di modificare strategie e scelte di fondo nella gestione del rischio da parte delle aziende sanitarie. In questo nuovo contesto, in cui la gestione del contenzioso dell'azienda sanitaria non sia più totalmente esternalizzata in capo all'assicuratore, diviene fondamentale il nascente ruolo del *Claim Manager* (CM) aziendale. È una professionalità nuova che deve avere le competenze necessarie ad interfacciarsi con le imprese di assicurazione, conoscere gli strumenti alternativi di finanziamento dei rischi, nonché le tecniche di gestione dei rischi (quali ad esempio le tecniche di definizione della riserva in caso di ritenzione o autoassicurazione del rischio) e dei sinistri.

Lo scenario fin qui delineato ha spinto alcune Regioni italiane a ripensare in questi ultimi anni al modello di *gestione del rischio di richieste di risarcimento avanzate dai terzi per i danni conseguenti a prestazioni sanitarie da essi ricevute*.

Tuttavia, se si conviene con quanto presentato nei paragrafi precedenti, una lettura complessiva di come si approcci il rischio da parte del sistema regionale

nel suo complesso non può limitarsi all'analisi delle strategie assicurative, ma deve anche inglobare gli indirizzi in tema di assetto aziendale per la gestione del rischio, o *clinical risk management*, e verificare le modalità di gestione dei sinistri, o *claim management*.

Sulla base di tali considerazioni si è costruita la Tabella 8.5, che mostra, per le Regioni in cui tali orientamenti sono ufficialmente disponibili, il modo in cui il rischio in sanità è stato affrontato. Per le altre Regioni, al momento dell'analisi, non è stato possibile trovare informazioni ufficiali o pubblicamente disponibili, ma si può supporre che l'istruttoria del problema, data la sua rilevanza, e i processi decisionali a supporto di scelte ufficiali al riguardo siano in via di definizione.

Gli orientamenti che emergono da questa prima indagine mostrano assetti molto diversificati tra loro, che, a una lettura esterna, non sembra di poter ricondurre a schematizzazioni generalizzabili. È invece interessante analizzare alcuni profili regionali individuali «polarizzati»: a un estremo si può collocare la Regione Toscana, in cui sembra prevalere un approccio di co-gestione e internalizza-

Tabella 8.5 **Programmi Regionali di gestione del rischio di responsabilità civile per danni a terzi**

Anno avvio	Strategia assicurativa	Claim management	Clinical Risk Management
<b>Regione Piemonte</b>			
2004	<b>Assicurazione solo degli «eventi catastrofali».</b> Periodo 2005/2007 acquisto centralizzato da parte della Regione di una polizza RCTO con franchigia per sinistro (€ 500 mila). Costituzione di un fondo speciale sul bilancio regionale per la copertura dei danni in franchigia. Dal 2008, delega regionale all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Molinette delle attività gestionali del programma assicurativo. Nel 2011 la struttura assicurativa ha previsto l'introduzione di una specifica franchigia per sinistro di € 1 milione per alcune tipologie di eventi di particolare gravità.  LR Piemonte n. 18/2007; DGR 3-2494 del 3/08/2011	<b>Esternalizzata.</b> La gestione dei sinistri in franchigia è affidata ad una società esterna	<b>Indipendente/Aziendale.</b> Nel 2008 istituzione delle Unità di Gestione del Rischio Clinico aziendali. Il programma è autonomo rispetto alla gestione delle richieste di risarcimento.  DGR 31 marzo 2008
<b>Regione Friuli Venezia Giulia</b>			
2005	<b>Assicurazione solo degli «eventi catastrofali».</b> Acquisto centralizzato da parte della Regione di una polizza RCTO con franchigia per sinistro (€ 500 mila). Costituzione di un fondo speciale sul bilancio regionale per la copertura dei danni in franchigia.  DGR 3534 del 21/12/2004	<b>Centralizzata.</b> La gestione degli eventi inferiori alla franchigia è effettuata da uno specifico ufficio regionale.	<b>Indipendente.</b> Il programma di gestione del rischio clinico è autonomo rispetto al programma di gestione delle richieste di risarcimento.

Tabella 8.5 (segue)

Regione Lombardia			
2005	<p><b>Aziendale/Centralizzato.</b> Fino alla metà del 2012 ogni azienda ha scelto in autonomia la propria strategia assicurativa; la Regione ha coadiuvato le aziende mediante un programma regionale di raccolta dei dati sui sinistri e l'emissione di specifiche linee guida sulle polizze RCTO. Giugno 2012: avviata dalla Centrale Regionale Acquisti un procedura aperta per la conclusione di un Accordo Quadro per l'acquisto di polizze RCTO per 12 aziende sanitarie regionali.</p> <p>Nota n. 44309 del 29/09/2005; Nota n. 35436 del 27/07/2008</p>	<p><b>Aziendale.</b> L'attività è collegata alle tipologie di polizze RCTO aziendali. In ogni azienda sono costituiti i Comitati Valutazione Sinistri.</p> <p><b>Centralizzato/Aziendale.</b> Dal 2005 il programma di clinical risk management è coordinato da linee guida regionali, i singoli programmi e le modalità di realizzazione sono determinati autonomamente da ogni singola azienda</p> <p>Circolare n. 47 del 27/12/2004</p>	
Regione Toscana			
2010	<p><b>Non assicurati.</b> Gestione diretta del rischio di responsabilità civile da parte di ogni singola azienda. Pagamento dei danni mediante uno specifico Fondo Regionale (finanziato dal Fondo Regionale Sanitario).</p> <p>DGR 1203 del 21/12/2009</p>	<p><b>Aziendale.</b> Periodo 2010-2011. Le richieste sono gestite dal Comitato Gestione Sinistri (CGS) aziendale coadiuvato dal Comitato Gestione Sinistri di Area Vasta (second opinion). Dal 2012, ad integrazione di quanto precedentemente previsto, per le richieste di risarcimento superiori a 500 mila euro le aziende possono chiedere un parere consultivo non vincolante al Comitato Regionale Gestione Sinistri (CRGS).</p> <p>DGR 1203 del 21/12/2009 – Allegato; DGR 1234 del 27/12/2011</p>	<p><b>Centralizzato.</b> Dal 2004 il programma di clinical risk management è coordinato da uno specifico ufficio regionale (Centro regionale Gestione Rischio Clinico) che indica alle aziende le attività da svolgere e monitora il sistema.</p> <p>DGR 1179 del 10/11/2003</p>
Regione Sicilia			
2011	<p><b>Aziendale/Centralizzato.</b> Dalla metà del 2011 la Regione ha selezionato un unico Broker per ridefinire in chiave unitaria i programmi assicurativi delle singole aziende. Il progetto è in corso di realizzazione.</p>	<p><b>Aziendale.</b> Le modalità di gestione sono definite in base alle caratteristiche dalla polizza RCTO aziendale. Dalla fine del 2011 è stato istituito il Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri in ogni azienda sanitaria.</p> <p>Decreto Assessore Salute 28/12/2011</p>	<p><b>Centralizzato.</b> A partire dal 2005 la Regione ha avviato un programma basato sulla graduale introduzione degli Standards JCI in tutte le aziende, anche mediante la costituzione dei Comitati per il Rischio Clinico e dei Risk Manager Aziendali.</p> <p>DA 5/10/2005, DA 23/12/2009</p>
Regione Liguria			
2012	<p><b>Non assicurati.</b> Dal primo gennaio 2012 la copertura di eventuali risarcimenti ai pazienti è garantita da un fondo creato ad hoc, sulla base della media dei risarcimenti effettuati negli ultimi anni: circa 2,4 milioni di euro</p> <p>LR 28/2011</p>	<p><b>Esternalizzata.</b> La gestione dei sinistri è affidata ad una società esterna.</p>	<p><b>Nessuno.</b></p>

zione del rischio, in base alla centralizzazione della strategia assicurativa e delle prassi aziendali di gestione del rischio e alla gestione interna dei sinistri, all'estremo opposto sembra collocarsi la Regione Liguria, in cui prevale la delega, sia alle aziende sanitarie per gli aspetti di assetti organizzativi nella gestione del rischio, sia a una società esterna per la gestione dei sinistri.

## 8.5 Considerazioni finali

L'attenzione alle problematiche della sicurezza delle cure sanitarie, per i motivi e secondo le prospettive presentati nei paragrafi precedenti, sta crescendo e diffondendosi a livello sociale, superando i confini degli addetti ai lavori. Al crescere della popolarità di alcuni temi, soprattutto se sono complessi, multidisciplinari e multiprofessionali come sempre accade in sanità, si accompagnano spesso distorsioni informative e prese di posizione basate su assunti non supportati da evidenze tecniche, pregiudizi e passaparola. Accanto alle Regioni che non hanno ancora esplicitato il modello di gestione, assicurazione e/o ritenzione del rischio clinico delle proprie aziende sanitarie, altre hanno già manifestato una propria posizione, che è stata analizzata in Tabella 8.5, alla luce della strategia assicurativa regionale, delle modalità di gestione delle richieste di risarcimento e del modello di *risk management*. Gli approcci emergenti, che oscillano dalla totale delega, o esternalizzazione, al mondo assicurativo alla totale ritenzione del rischio, in particolare RC, da parte della singola azienda sanitaria, stanno gradualmente materializzando i problemi e le difficoltà insite in ciascuna strategia «estrema». Da un lato, infatti, l'esternalizzazione all'assicurazione tende a comportare un'assenza di governo, controllo e consapevolezza del proprio livello di rischio da parte dell'azienda sanitaria; dall'altro, l'assunzione diretta del rischio rappresenta spesso «un salto nel vuoto», incorporando un grado d'incertezza molto elevato, che sconta l'attuale strutturale scarsità d'informazioni robuste, attendibili e appropriate da parte delle singole aziende e del sistema regionale nel suo complesso. Mentre nel primo caso la strada dell'esternalizzazione non appare ormai più percorribile, sia per motivi legati alla mancanza di assicurazioni affidabili, disponibili ad offrire servizi a prezzi sostenibili per il mondo sanitario, sia per orientamenti politici emergenti<sup>16</sup>, la seconda opzione, quella dell'autonomia aziendale o regionale, richiede una sospensione del giudizio che assumerà gradualmente consistenza nel corso di un tempo medio-lungo, coerente con i tempi di manifestazione ed emersione della sinistrosità, identificata come *outcome* indiretto del grado di rischio di un'organizzazione sanitaria.

<sup>16</sup> A titolo di esempio si consideri il progetto di legge «Autoassicurazione per rischi di responsabilità civile delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale, e sistema di conciliazione», nel Supplemento speciale del Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna n. 133 del 4 maggio 2012, nella cui relazione di apertura si dichiarano le motivazioni di tale scelta.

Tra questi due estremi è importante rilanciare un approccio che si potrebbe definire «intermedio», già proposto in precedenza (Brusoni, Cosmi e Trincherò, 2006; Brusoni e Trincherò, 2008) e che oggi, grazie alle evoluzioni e alle esperienze concrete che ne hanno consolidato l'applicabilità, si sta confermando come un'opzione utile. Si tratta di un approccio che identifica, sulla base di un'osservazione strutturata del funzionamento delle organizzazioni sanitarie, un insieme «essenziale» di requisiti, o prassi da adottare, per gestire le principali aree di rischio insite nell'attività delle aziende sanitarie. Il governo di tali aree, attraverso opportune strategie e scelte operative, dovrebbe consentire un insieme di vantaggi.

Nel caso specifico della gestione del rischio clinico si fa riferimento a due schemi che si sono sviluppati in modo parallelo, l'uno, chiamato International Essentials, frutto dell'attività della Joint Commission International<sup>17</sup> nel più ampio quadro dell'accreditamento all'eccellenza delle organizzazioni sanitarie, l'altro partito da specifiche esigenze di *assessment* del rischio in sanità in Inghilterra nell'ambito della National Health Service Litigation Authority (NHSLA)<sup>18</sup>, quindi fin da subito fortemente focalizzato sulle dimensioni utili e qualificanti a comprendere e governare il profilo di rischio degli erogatori di assistenza sanitaria. I due modelli, pur essendosi originati da esigenze e in contesti diversi, presentano una fortissima convergenza nella struttura, nell'oggetto di osservazione e nelle finalità.

Prima di presentare una sintesi delle aree di rischio e dei criteri, è utile sottolinearne le comuni motivazioni che li hanno originati e l'utilità che rivestono. La motivazione comune all'origine di entrambi gli schemi di standard è la necessità di costruire una base informativa, utile in primo luogo proprio per le organizzazioni sanitarie stesse<sup>19</sup>. Il vantaggio della loro applicazione è sia prati-

<sup>17</sup> Quale sezione internazionale di The Joint Commission, dal 1994 Joint Commission International (JCI) collabora con organizzazioni sanitarie, ministeri della sanità e organismi internazionali in oltre 80 paesi con l'obiettivo di migliorare la sicurezza nella cura del paziente attraverso la fornitura di servizi di accreditamento e certificazione, di consulenza e formazione.

<sup>18</sup> La NHSLA si fa carico della gestione dei sinistri per *medical malpractice* e opera per migliorare le *risk management practices* all'interno del NHS, anche attraverso la composizione delle eventuali dispute tra medici e ospedali.

<sup>19</sup> Citando gli International Essentials of Health Care Quality and Patient Safety della Joint Commission International: «Frequently, organizations simply do not know where to start or do not know which interventions will have the greatest effect on quality and patient safety (...) Ministries of Health, Health Authorities, and other governmental agencies committee to providing safe, quality health care often need objective information to guide strategic and financial decisions to improve the safety and quality of the services provided to the public. Criteria for each Risk Area provide clear and achievable risk-reduction strategies». Nella presentazione dei Risk Management Standards 2012-2013, NHSLA afferma che essi contribuiscono: «To provide information to the organization, other inspecting bodies and stakeholders on how areas of risk covered by the standards are being managed at the time of the assessment (...) To assist in the identification of risks, (...) to contribute to embedding risk management into the organization's culture, (...) to encourage and support organizations in taking a proactive approach to improvement».

co-decisionale, sia culturale. Entrambi i modelli sono strutturati in cinque macro-aree di rischio, ciascuna delle quali è scomposta in 10 sotto-criteri. Senza entrare nello specifico dei sotto-criteri<sup>20</sup>, di seguito sono presentate in parallelo le 5 aree di rischio.

Una prima area si riferisce alle modalità con cui il rischio è governato a livello aziendale (*Governance* per NHSLA e *Leadership, Process and Accountability* per International Essentials) che, con diciture diversificate, si focalizzano sulle *policy* aziendali, sull'impegno del vertice e sull'effettiva *leadership* relativa alla gestione del rischio, inclusi naturalmente tutti gli aspetti relativi al rispetto della normativa vigente.

Una seconda area si riferisce al personale, che entrambi i modelli definiscono, in assonanza *Competent and capable workforce* e che osserva, tra gli altri, gli aspetti di qualificazione del personale, di adeguati inserimento e formazione, in particolar modo per chi opera in attività ad alto rischio, sia per sé sia per i pazienti.

Una terza area riguarda la sicurezza degli ambienti di lavoro, *Safe environment*, sia per i pazienti sia per il personale, con riferimenti a tutte le prassi più importanti e basilari per il suo mantenimento, tra cui l'igiene delle mani, l'attenzione agli oggetti pungenti e taglienti, lo smaltimento appropriato di materiale pericoloso, le cadute.

Una quarta area riguarda alcuni aspetti di natura più clinico-professionale legati alla *Cura dei pazienti*, quali la somministrazione dei farmaci, le procedure diagnostiche, il consenso informato.

Un'ultima area è focalizzata sull'analisi e il miglioramento dei processi in base all'esperienza (NHSLA *Learning from experience* e IE *Improvement of Quality and Safety*) che contiene la raccomandazione di utilizzo di tutti i classici strumenti di gestione del rischio clinico, tra cui *incident reporting*, un processo per gestire i reclami, linee guida o riferimenti a *best practice*, un'efficace ed aperta comunicazione all'interno dello staff.

Entrambi i modelli integrano, attraverso le 5 aree di standard, il presidio di quelle aree/ dimensioni organizzative fondamentali per il governo della sicurezza, entro cui è possibile trovare le fonti per migliorare la propria gestione interna e, al contempo, fondare le strategie di gestione dei sinistri e le argomentazioni a supporto della relazione con gli interlocutori esterni, tra cui le assicurazioni.

A giudizio di chi scrive, l'adozione di uno di questi schemi, non ridondante e molto focalizzato sugli aspetti basilari nel costruire un'assistenza di qualità, potrebbe consentire di:

<sup>20</sup> Gli schemi sono accessibili via web, rispettivamente per NHSLA all'indirizzo <http://www.nhsla.com/NR/rdonlyres/6CBDEB8A-9F39-4A44-B04C-2865FD89C683/0/NHSLARiskManagementStandards201213.pdf> e per gli International Essentials di JCI all'indirizzo <http://www.joint-commissioninternational.org/International-Essentials-for-Quality-and-Patient-Safety/>

- ▶ raccogliere in modo mirato e senza dispendio di “risorse scarse”, informazioni, qualitative e quantitative, su reale profilo di rischio di un'azienda sanitaria;
- ▶ sviluppare adeguati piani di azione per mettere in ordine di priorità ed affrontare in modo sistematico le aree più critiche;
- ▶ costruire una base informativa organica da aggiornare con continuità, sia per finalità decisionali interne, sia per eventuali esigenze di comunicazione esterna;
- ▶ trasmettere un'immagine di affidabilità, consistente e credibile solo se sostenuta da fatti e numeri e non basata su dichiarazioni di progetti e aspettative;
- ▶ consentire di difendere e argomentare la professionalità e il governo strategico ed operativo dell'azienda sanitaria nella quotidianità e nelle situazioni di emergenza, per fronteggiare l'inatteso che sempre più sembra diventare una condizione con cui confrontarsi.

Ciò potrebbe aiutare a tracciare una linea di continuità tra la rilevazione dei sinistri e il funzionamento dei processi interni, per identificarne, se non i legami di causa-effetto, i segnali di allerta e le opportunità di prevenzione o di interventi tempestivi, offrire una base per anticipare e/o programmare le riserve finanziarie e i fabbisogni organizzativi, legandoli alle aree di rischio a cui l'azienda risulta maggiormente esposta, e dare soprattutto alle stesse aziende sanitarie, attraverso la consapevolezza del proprio profilo di rischio e la costruzione di una base organica di informazioni, la responsabilizzazione sulle più adatte strategie di gestione.

## Bibliografia

- ANIA (2011), *L'Assicurazione Italiana nel 2010/2011*, ([http://www.ania.it/PUBBLICAZIONI/LxAssicurazione\\_Italiana.html](http://www.ania.it/PUBBLICAZIONI/LxAssicurazione_Italiana.html)).
- Brusoni M., Cosmi L. e Trincherò E. (2006), «Prospettive regionali per la gestione del rischio clinico: una prima indagine esplorativa», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA, pp. 379-415.
- Brusoni M., Deriu P.L., Panzeri C. e Trincherò E. (2009) «Un metodo di indagine sulla safety culture per la sicurezza dei servizi sanitari in Italia», *Mecosan*, 69: 63-85.
- Brusoni M. e Trincherò E. (2008) «Sistemi di assessment del rischio tra azienda sanitaria e settore assicurativo», *Mecosan*, 66: 89-101.
- Brusoni M. e Trincherò E. (2008), «Soluzioni aziendali e competenze emergenti per la gestione del rischio e della sicurezza», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA, pp. 421-440.

- Buzzacchi L. e Gracis C. (2008), «Meccanismi allocativi per il rischio sanitario nelle Aziende Sanitarie pubbliche italiane», *Mecosan*, 66: 103-122.
- Canitano S., Ghirardini A., Migliazza M. e Trincherò E. (2010), «Risk management, strumenti e cultura organizzativa per il governo della patient safety: dalla teoria alla pratica», *Mecosan*, 76: 83-101.
- De Palma A. e Quattrocolo A. (2009), *La mediazione tra medico e paziente*, Modena, Athena Medica.
- Donabedian A. (1990), *La qualità dell'assistenza sanitaria*, Firenze, NIS.
- Florenzi A. (2011), *Economia delle aziende di assicurazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Leape L.L. e Berwick D.M. (2005), «Five Years After To Err Is Human – What Have WE Learned?», *JAMA*, 293: 2384-90.
- NHS Litigation Authority (2012), *Risk Management Standards 2012-13, Version 1*. (<http://www.nhs.uk/NR/rdonlyres/6CBDEB8A-9F39-4A44-B04C-2865FD89C683/0/NHSLARiskManagementStandards201213.pdf>).
- Norman R. (1985), *La gestione strategica dei servizi*, Milano, Etas Libri.
- Parasuraman A., Zeithaml V.A. e Berry L.L. (1988), «SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality», *Journal of Retailing*, 64 (1):12-40.
- Partenza I. (2012), «Il rischio della responsabilità professionale nelle prestazioni sanitarie: un problema culturale», *Assicurazioni*, 2: 259-274.
- Porzio C., Previati D., Coccozza R., Miani S. e Pisani R. (2011), *Economia delle imprese assicurative*, Milano, Mc Graw Hill.
- Reason J. (2004), «Beyond the organisational accident: the need for «error wisdom» on the frontline», *Qual Saf Health Care*, 13(2): 28-33.
- Tribunale di Milano – Liquidazione del danno non patrimoniale – Tabelle 2009 (<http://www.unarca.it/LinkClick.aspx?fileticket=3PxrFBjnZ8%3D&tabid=36&mid=416>).
- Trincherò E. (2009), «Rischi in sanità: è anche un problema di management», *Economia e Management*, n. 1: 37-38.