

 INNOGEO

08 HOUSE
ORGAN

EDIZIONE VIII
LUGLIO/DICEMBRE 2020

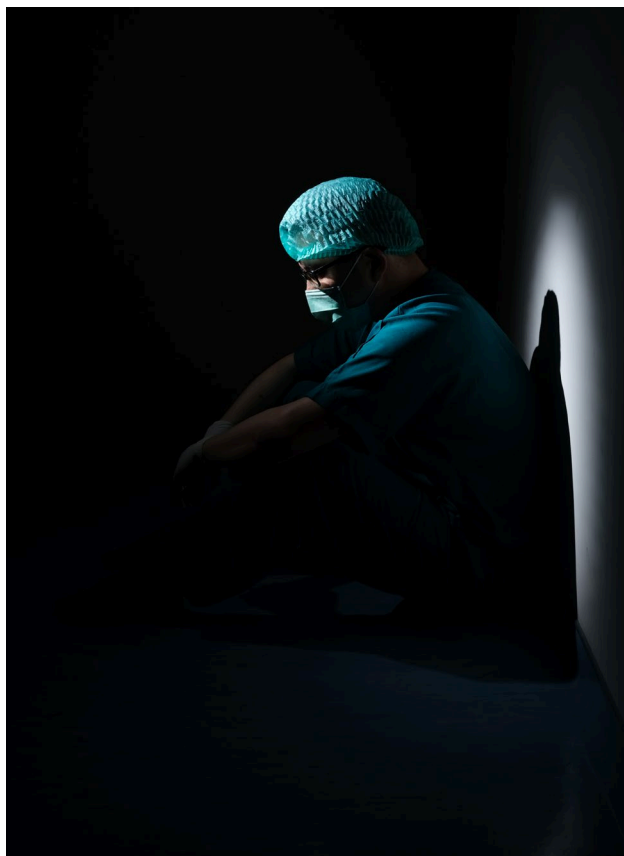


INNOGEO
INFORMA

INDEX

HOUSE
ORGAN

EDIZIONE VIII
LUGLIO/DICEMBRE
2020



L'editoriale

di Marco Lampasona

3

Confronto performance cliniche tra aggregati dell'offerta del SSN

di Vittorio Scaffidi Abbate

5

La gestione del rischio secondo la nuova metodologia GRM

di Filippo Castelli

12

Il ruolo del Loss Adjuster

di Paolo Chialastri

15

La Certificazione dei PDTA

di Filippo Castelli

18

La Responsabilità Medica in Italia dal 2010 al 2019: Ultimi dati IVASS

di Cinzia Altomare

21

News

29

EDITORIALE

di Marco Lampasona

Dopo mesi di lockdown, seconde e terze ondate, si spera che nel corso del 2021 la situazione si inizi a ristabilire. L'emergenza COVID, se dà un lato sta creando una grande pressione sul SSN, dall'altro ha fatto emergere l'urgenza/opportunità di un cambiamento per affrontare criticità che si erano oramai radicate nel tempo (disomogeneità territoriale, mobilità passiva, tetti di spesa, frammentazione nell'offerta, lea, tempi di attesa, etc). Ma non solo.

La pandemia ha messo in evidenza quanto la salute sia collegata ed influenzi la sfera sociale ed economica dei Paesi, e come l'approccio a silos dei sistemi sanitari debba necessariamente evolversi nel cosiddetto approccio olistico "ONE HEALTH". A fronte di un prezzo pagato altissimo, abbiamo acquisito consapevolezza, competenze e risorse, che rappresentano certamente una grande opportunità se incanalate nella giusta direzione.

Quello che nel nostro Paese sembra invece mancare è un piano, che definisca operativamente le azioni da porre in essere per fare evolvere il sistema sanitario, rendendolo sostenibile ed in grado di affrontare le sfide che l'emergenza ha messo in chiaro.

"If you fail to plan, you plan to fail" diceva Benjamin Franklin qualche secolo fa.

Mai cosa è stata ed è più vera di questa massima, soprattutto in uno scenario come quello attuale. Dalla nostra limitata visuale, e quindi con riferimento al lavoro che svolgiamo, intravediamo una grande opportunità legata alla possibilità di innovare modelli, processi e servizi delle organizzazioni sanitarie.



EDITORIALE

di Marco Lampasona

Forse, anche grazie al maggior tempo a disposizione a causa delle restrizioni emergenziali imposte, abbiamo avuto la possibilità di sviluppare una serie di servizi per la gestione del rischio e per il miglioramento della qualità degli outcomes.

A riguardo vi rimando agli articoli riportati in questo numero.

È stato anche un semestre che ha visto la nostra società stringere importanti partnership strategiche, attraverso le quali ci auguriamo di poter fornire un maggior valore al nostro mercato.

Mai in così breve tempo abbiamo conosciuto e consolidato una serie di rapporti con altre società. E tutto questo è avvenuto incredibilmente non muovendoci dai nostri uffici.

Se c'è una cosa che questa pandemia ci ha insegnato, come dice Papa Francesco, è che siamo tutti nella stessa barca ed abbiamo bisogno gli uni degli altri.

Non ci rimane che remare tutti nella stessa direzione nella speranza di costruire un sistema della salute migliore.

Buona Lettura



L'autore: Marco Lampasona

È stato Direttore Generale del Dipartimento Studi Territoriali di Palermo, esperto del Ministro dello Sviluppo Economico, consulente della Presidenza del Consiglio e componente dell'Unità di Verifica degli Investimenti Pubblici. Ha maturato un expertise verticale in Business Management. Oggi è Presidente e partner di Innogea.



Confronto performance cliniche tra aggregati dell'offerta del SSN

di Vittorio Scaffidi Abbate

L gruppo di lavoro appositamente costituito da Innogea ha completato, per il terzo anno consecutivo, la redazione del “Rapporto sulla qualità degli outcomes clinici negli ospedali italiani”, commissionato dalla Presidenza nazionale dell’Associazione Italiana Ospedalità Privata e basato sui dati pubblicati da Agenas nel Programma Nazionale Esiti degli anni 2017, 2018 e 2019.

Lo studio ha come finalità quella di fornire concreti elementi di conoscenza per una corretta valutazione della qualità delle cure nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso il confronto degli esiti clinici delle principali procedure mediche e chirurgiche a livello nazionale, regionale e di singolo ospedale, sia della componente pubblica che di quella privata.

Le finalità del confronto tra le Regioni e tra la componente pubblica e quella privata del SSN non è, quindi, quella di stabilire graduatorie di merito, bensì di verificare se ed in quale misura i diversi modelli organizzativi regionali, la diversa dimensione delle strutture ospedaliere e le differenze delle loro gestioni strategiche ed organizzative incidano sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate.

Lo studio sulla qualità delle prestazioni erogate dagli ospedali dovrebbe, inoltre, contribuire al perfezionamento di un modello di “value based healthcare” che costituisca il principale riferimento non solo per la crescita qualitativa dei Sistemi Sanitari Regionali, ma anche per la attuazione pratica dei principi già affermati in sede Legislativa in ordine ad una “valutazione



effettuata, sia ai fini dell’accreditamento che ai fini della retribuzione, utilizzando un sistema di indicatori oggettivi e misurabili”.

Lo studio di quest’anno, esteso a 42 indicatori di esito, conferma il contributo positivo del comparto privato alla performance complessiva del Servizio Sanitario Nazionale, sia in termini di volumi di attività, sia in termini di qualità degli esiti clinici. Per maggiori dettagli si rimanda alla tabella di seguito riportata.

Il quadro rappresentato nel rapporto 2020 consente un aggiornamento delle valutazioni espresse a seguito dei precedenti studi, in particolare riguardo:

- alla valutazione dell’impatto che il settore dell’Ospedalità di diritto privato ha sul Sistema Sanitario Nazionale in termini di volume di attività e qualità delle prestazioni erogate;
- alla valutazione del diverso apporto delle Regioni alla performance complessiva dell’ospedalità privata;
- alla valutazione dell’impegno delle strutture pubbliche e private per il miglioramento dei risultati clinici;
- alla rilevazione di criticità ed opportunità di miglioramento.

Indicatori	NUMERO DI CASI TRATTATI					MEDIA ESITI ADJ		
	Totale ITALIA	Ospedali Pubblici		Ospedali di diritto privato		Media ITA	Osp. Privati	P Value
		Nr. Casi	%	Nr. Casi	%			
Valvuloplastica o sost. Valvole cardiache: mortalità a 30 gg	40.962	21.985	53,7	18.977	46,3	2,23	2,04	*
By-Pass Aortocoronarico: mortalità a 30 gg	26.824	15.510	57,8	11.314	42,2	1,87	1,72	*
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg.	124.502	98.190	78,9	26.312	21,1	10,20	8,35	*
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni a 30 gg.	92.793	73.326	79,0	19.467	21,0	14,59	13,56	*
Infarto Miocardico acuto: mortalità a 30 gg.	84.716	75.225	88,8	9.491	11,2	7,90	6,72	*
Infarto Miocardico acuto: % paz. trattati con PTCA entro 2 gg	84.713	75.025	88,6	9.688	11,4	49,27	60,77	*
Ripar. aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità 30 gg	16.945	13.038	76,9	3.907	23,1	1,43	1,04	*
Arteriopatia arti inferiori III° e IV° grado mortalità a 6 mesi	9.053	6.463	71,4	2.590	28,6	12,95	9,60	

Indicatori	NUMERO DI CASI TRATTATI					MEDIA ESITI ADJ		
	Totale ITALIA	Ospedali Pubblici		Ospedali di diritto privato		Media ITA	Osp. Privati	P Value
		Nr. Casi	%	Nr. Casi	%			
Arteriopatia arti inferiori III° e IV° grado rivascolarizzazioni a 6 mesi	7.802	5.503	70,5	2.299	29,5	18,87	18,57	
Arteriopatia arti inferiori III° e IV° grado amputazioni a 6 mesi	7.802	5.503	70,5	2.299	29,5	4,48	5,21	
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni dal ricovero	18.753	16.557	88,3	2.196	11,7	9,59	9,69	
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni dal ricovero	17.484	15.420	88,2	2.064	11,8	9,26	10,35	*
Ictus ischemico: riammissioni a 30 giorni	54.009	48.338	89,5	5.671	10,5	7,38	7,30	
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	58.016	51.814	89,3	6.202	10,7	9,84	8,30	*
TM cerebrale: mortalità a 30 gg. da intervento craniotomia	29.646	24.348	82,1	5.298	17,9	2,42	1,72	*
Colecistectomia laparoscopica: degenza post operatoria < 3 gg	64.221	44.639	69,5	19.582	30,5	78,31	83,42	*

Indicatori	NUMERO DI CASI TRATTATI					MEDIA ESITI ADJ		
	Totale ITALIA	Ospedali Pubblici		Ospedali di diritto privato		Media ITA	Osp. Privati	P Value
		Nr. Casi	%	Nr. Casi	%			
Colecistectomia in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	131.205	91.476	69,7	39.729	30,3	2.09	1,41	*
Emorragia non varicosa tratto in-testinale super.: mortalità a 30 gg	47.428	41.834	88,2	5.594	11,8	4,11	3,95	
Protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	56.905	17.455	30,7	39.450	69,3	1,27	1,15	*
Protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	53.348	17.702	33,2	35.646	66,8	2,61	2,71	
Artroscopia del ginocchio: re-intervento entro 6 mesi	107.175	37.786	35,3	69.389	64,7	1,04	1,02	
Protesi d'anca: riammissioni a 30 giorni	76.112	43.162	56,7	32.950	43,3	3,50	2,48	*
Protesi d'anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	79.559	48.280	60,7	31.279	39,3	1,85	1,77	
Protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	15.535	6.847	44,1	8.688	55,9	1,34	1,22	*

Indicatori	NUMERO DI CASI TRATTATI					MEDIA ESITI ADJ		
	Totale ITALIA	Ospedali Pubblici		Ospedali di diritto privato		Media ITA	Osp. Privati	P Value
		Nr. Casi	%	Nr. Casi	%			
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	70.512	62.599	88,8	7.913	11,2	5,19	5,73	*
Frattura collo del femore: intervento chirurgico entro 2 gg.	70.143	62.285	88,8	7.858	11,2	66,31	73,69	*
Frattura tibia e perone: giorni di attesa per intervento chirurgico	10.853	9.562	88,1	1.291	11,9	4	3	
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	47.960	38.029	79,3	9.931	20,7	4,01	3,39	*
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	26.183	20.616	78,7	5.567	21,3	1,03	1,55	*
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	17.561	13.776	78,4	3.785	21,6	4,49	3,86	*
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	17.475	12.771	73,1	4.704	26,9	1,55	1,75	
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	16.744	11.098	66,3	5.646	33,7	4,36	4,85	

Indicatori	NUMERO DI CASI TRATTATI					MEDIA ESITI ADJ		
	Totale ITALIA	Ospedali Pubblici		Ospedali di diritto privato		Media ITA	Osp. Privati	P Value
		Nr. Casi	%	Nr. Casi	%			
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	30.657	23.735	77,4	6.922	22,6	0,92	0,50	*
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	7.206	5.416	75,2	1.790	24,8	3,60	4,00	
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	12.348	9.548	77,3	2.800	22,7	2,26	1,65	*
Interv. resez. a 120 gg. da interv. conservativo TM mammella	37.262	27.067	72,6	10.195	27,4	6,99	6,09	*
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	326.119	265.197	81,3	60.922	18,7	22,54	29,22	*
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio	267.717	200.433	74,9	67.284	25,1	0,83	0,58	*
Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio	522.429	434.961	83,3	87.468	16,7	0,58	0,45	*
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	74.137	60.709	81,9	13.428	18,1	9,28	5,69	*

Indicatori	NUMERO DI CASI TRATTATI					MEDIA ESITI ADJ		
	Totale ITALIA	Ospedali Pubblici		Ospedali di diritto privato		Media ITA	Osp. Privati	P Value
		Nr. Casi	%	Nr. Casi	%			
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	69.670	56.691	81,4	12.979	18,6	12,97	10,58	*
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	134.710	111.812	83,0	22.898	17,0	11,71	7,92	*
TOTALI CASI	3.065.194	2.321.731	75,7	743.463	24,3			

* Con l'asterisco vengono indicati i confronti che hanno una significatività statistica.

L'analisi dell'andamento degli esiti clinici nel triennio 2016-2018 ha, inoltre, evidenziato un progressivo miglioramento della maggior parte degli esiti clinici, tanto nel comparto pubblico quanto in quello privato.

Lo studio condotto consente, tuttavia, di affermare che esistono margini consistenti per ulteriori miglioramenti, che possono essere conseguiti attraverso la progettazione e l'implementazione di piani di azione nei quali la priorità sia assegnata agli esiti che sono risultati al disotto della media nazionale. Come già osservato nei precedenti rapporti, le maggiori opportunità di miglioramento sono rappresentate dalla riduzione della dispersione dei valori degli esiti tra i diversi ospedali; infatti, pur nella positività di giudizio sulla performance complessiva si è, per molti indicatori, in presenza di sensibili scarti tra una regione e l'altra e tra gli ospedali di una stessa regione.



L'autore: Vittorio Scaffidi Abbate

È esperto in Organizzazione Aziendale e Management, ha maturato un'esperienza ultra trentennale lavorando in grandi aziende nazionali. Ha progettato ed implementato sistemi per l'accreditamento Joint Commission International, sistemi qualità ISO 9001, sistemi di gestione ambientale ISO 14001 ed EMAS. È esperto nel settore Healthcare. Oggi ricopre il ruolo di Direttore del board scientifico. Coordinatore del Comitato ECM e Presidente Onorario di Innogea.

La Gestione del rischio secondo la nuova metodologia GRM

di Filippo Castelli

Innogea, come è noto, è da sempre al fianco delle organizzazioni sanitarie per promuovere e perseguire il miglioramento continuo della qualità e sicurezza del paziente e la compliance ai requisiti cogenti e volontari applicabili e ai gold standard di riferimento. Il ruolo che, in qualità di società di consulenza, Innogea è chiamata ad interpretare al meglio è quello di analizzare precocemente il contesto del settore sanitario, a livello nazionale, regionale e locale, supportando i propri clienti nell'individuazione dei rischi e delle opportunità associate a tale mutevole contesto. In effetti basta soffermarsi appena un attimo sui cambiamenti degli ultimi anni per prendere atto di come dai primi anni 2000 (periodo in cui tutte le strutture sanitarie private si sono affacciate alla certificazione ISO 9001) ad oggi, il concetto di qualità sia radicalmente cambiato. Attraverso un percorso più o meno ventennale si è radicata in noi la convinzione di come il concetto di qualità non sia concettualmente separabile dal concetto di sicurezza del paziente e quindi di rischio clinico.

Il passaggio logico successivo che Innogea intende proporre come irrinunciabile opportunità per le organizzazioni sanitarie è quello di considerare il concetto di rischio clinico come non concettualmente separabile da altre fattispecie di rischio più o meno affini ma egualmente concorrenti a determinare l'immagine di qualità e sicurezza della struttura sanitaria.

In tale ottica è stato sviluppata la metodologia



GRM (Global Risk Management). Obiettivi dichiarati della metodologia sono:

- Una gestione integrata ed innovativa del rischio sotto il profilo economico ed organizzativo a maggior tutela del patrimonio e degli asset critici aziendali;
- Il miglioramento delle performance cliniche in termini di sicurezza e outcome delle cure e qualità delle prestazioni;
- La piena compliance alle normative cogenti nazionali e regionali e ai gold standard di riferimento;
- La gestione integrata e sistemica dei sinistri e delle richieste risarcitorie.

La metodologia GRM si compone di due macrofasi:

- Risk Assessment;
- Piano di Gestione e Miglioramento

1. Risk Assessment

Scopo del Risk Assessment è quello di:

- Valutare il livello dell'organizzazione e in materia di qualità e sicurezza del paziente e la compliance ai gold standard applicabili in materia di gestione del rischio clinico;
- Analizzare e valutare gli outcomes clinici dell'organizzazione;
- Analizzare l'adeguatezza del programma assicurativo in corso comprese le procedure di gestione del contenzioso, valutare lo stato di attuazione degli obblighi della Legge "Gelli - Bianco" ed individuare le coperture effettivamente necessarie e coerenti con la gestione integrata del rischio.

Il Risk Assessment viene condotto su 3 macro-aree tematiche:

1. Quality & Patient Safety
2. Gestione operativa e finanziaria del Rischio
3. Compliance ed Altri Rischi

Area - Quality & Patient Safety

Sulla base di standard tratti da Manuali e linee guida, raccomandazioni per la prevenzione degli eventi avversi e Gold standard di letteratura applicabili (es. Standard JCI) l'assessment prevede le seguenti attività:

- a. Predisposizione di una check list contenenti i requisiti oggetto di valutazione.
- b. Attività di valutazione condotta attraverso Facility tour della struttura, interviste agli operatori, osservazione diretta delle attività e dei comportamenti ed esame di documenti.
- c. Registrazione delle evidenze raccolte.
- d. Valutazione di compliance agli standard.

Una parte importante del risk assessment è finalizzata a valutare le performance cliniche della struttura attraverso l'analisi dei risultati riportati nel Programma Nazionale Esiti. Il rischio di contenzioso si annida infatti, anche nel cattivo esito delle procedure mediche e/o chirurgiche (in termini di reinterventi, mortalità etc...). A tale scopo è stata appositamente studiata la soluzione Caredata Clinical Outcome Analytics (**si veda House Organ ed. V Gen-Giu 2019**) attraverso la quale risulta notevolmente più agevole ed efficace l'attività di benchmarking, individuazione degli indicatori di esito "critici", valutazione della necessità/opportunità di attuazione di audit clinici o revisione dei PDTA.

Area - Gestione operativa e finanziaria del Rischio

La seconda macroarea oggetto di risk assessment è la gestione operativa e finanziaria del Rischio e valuta:

- La costituzione di fondi;
- L'efficacia delle coperture assicurative;
- La gestione dei sinistri analizzando nel dettaglio la congruità delle riserve apposte sui sinistri aperti;
- Le attività e le modalità attuate dall'organizzazione per la gestione dei sinistri in ogni fase, sia in presenza di polizza assicurativa che in autorizzazione del rischio e la loro adeguatezza;
- La costituzione e l'efficace funzionamento del Comitato di Valutazione Sinistri;
- La conformità dell'organizzazione con riferimento agli obblighi posti dalla legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge "Gelli - Bianco") anche per quanto riguarda la trasparenza e la comunicazione dei dati.
- l'individuazione della parte di rischio da gestire direttamente e quella da trasferire all'assicuratore in una visione di "sistema misto".

Area - Compliance ed Altri Rischi

La terza macroarea oggetto di risk asses-

sment è quella che comprende tutti gli aspetti legati alla compliance generale (requisiti di accreditamento istituzionale, privacy, responsabilità amministrativa, sicurezza) e altri rischi operativi.

Il Risk Assessment si conclude con la consegna di un report contenente le valutazioni del team, le criticità rilevate e le misure raccomandate per il superamento delle criticità.

2. Piano di Gestione e Miglioramento

Conclusa la fase di risk assessment, la seconda fase della metodologia prevede l'elaborazione di un piano di gestione e miglioramento. Si tratta della declinazione applicativa, condivisa con l'alta direzione e con i responsabili delle funzioni interessate, delle raccomandazioni conclusive della fase di assessment contenente:

- le azioni da porre in essere deliberate;
- le modalità attuative previste;
- le risorse necessarie stimate e stanziare;
- i benefici attesi;
- i tempi di realizzazione;
- le responsabilità affidate;
- gli indicatori e gli step di monitoraggio.

Al termine di un periodo di attività (tipicamente ogni dodici mesi) sarà possibile valutare la bontà del percorso svolto e misurare i miglioramenti conseguiti attraverso un'attività di re-assessment.

Ovviamente Innogea è a disposizione anche per supportare l'attuazione delle azioni del Piano di Gestione e Miglioramento attraverso attività ad hoc quali: audit clinici e organizzativi; redazione/revisione di piani, procedure e PDTA, analisi proattiva dei rischi di processi specifici, root cause analysis, formazione nonché attraverso servizi specialistici quali loss adjusting (comprensivo di predisposizione, stesura e aggiornamento semestrale di un bordereau riepilogativo di tutte le richieste di risarcimento con le relative riserve apposte e

le informazioni relative ai sinistri), e gestione dei sinistri (comprensivo delle fasi istruttoria, apertura, gestione/trattazione, definizione e quantificazione delle riserve).

A proposito di gestione dei sinistri ed in coerenza con la vision rappresentata in queste ricerche, INNOGEO ha deciso dal 2021 di proporre a tutti i propri clienti storici, la propria partecipazione, senza maggiori oneri, alle attività e alle riunioni del Comitato di Valutazione Sinistri aziendale fornendo il supporto necessario alla predisposizione/implementazione del regolamento per il funzionamento del CVS.



L'autore: Filippo Castelli

Consulente di oltre 25 strutture sanitarie su tematiche legate alla compliance ed in particolare al risk management, all'accreditamento di eccellenza ed istituzionale. Oggi ricopre il ruolo di Responsabile Practice Operation di Innogea.

Il Ruolo del Loss Adjuster

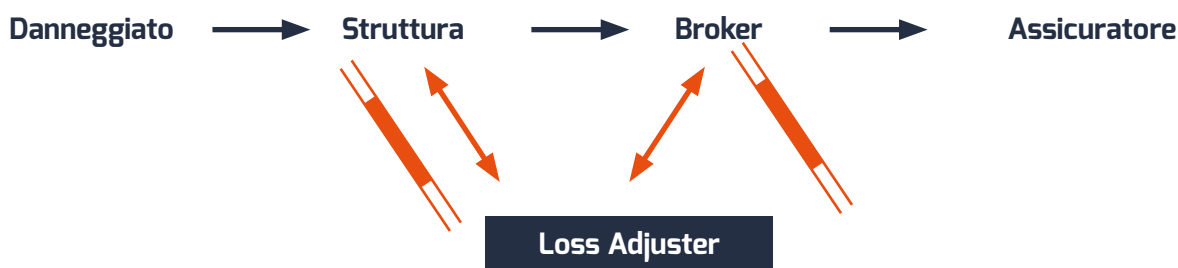
di Paolo Chialastri

La figura del Loss Adjuster è stata importata in Italia dal mondo anglosassone, inizialmente utilizzata per gestire le richieste di risarcimento da parte delle Compagnie di assicurazione estere che non avevano un ufficio di liquidazione sinistri sul territorio.

Tuttavia, il ruolo del Loss Adjuster esula da quello comunemente inteso del liquidatore assicurativo, poiché segue l'evolversi dell'intero processo di gestione delle richieste di risarcimento, che si sviluppa temporalmente in cinque passaggi fondamentali:

1. raccolta di documentazione/informazioni
2. valutazione medico legale
3. riservazione
4. condivisione strategia (in CVS o con gli assicuratori)
5. reiezione ovvero trattativa

La richiesta danni: il flusso di comunicazione tra gli attori del processo



Trovandosi al centro di una complessa dinamica relazionale che va dal danneggiato alla Struttura sanitaria e dal broker agli Assicuratori passando per i rispettivi studi legali e peritali, il Loss Adjuster ha assunto competenze trasversali ai vari ambiti - amministrativo, assicurativo, giuridico, medico legale - arrivando ad offrire i propri servizi non solo alle Compagnie ma anche a quelle Strutture che non vogliono - o non posso-

no - trasferire interamente il proprio rischio ai Sottoscrittori.

Con l'introduzione delle franchigie nelle polizze di RC medica dei primi anni 2000, le Strutture Sanitarie hanno dovuto prendere provvedimenti per rispondere ai danni che avrebbero pagato direttamente e per evitare che gli stessi si ripresentassero.

Questo ha portato nel tempo ad acquisire una maggiore consapevolezza dei propri rischi e a dotarsi di nuove funzioni per il governo del rischio.

Tra queste, il Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) è chiamato a esaminare la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento prendendo in considerazione sia l'aspetto medico legale che quello clinico e giuridico. Al fine di determinare la strategia più opportuna per ogni sinistro e confermare la congruità delle riserve da inserire in bilancio, il CVS è il luogo in cui si incontrano diversi soggetti per fornire, ciascuno secondo le specifiche competenze, il proprio contributo. Tra questi anche il Loss Adjuster.

In questi ultimi anni, stante la difficoltà di accesso al mercato assicurativo, sempre più Strutture sanitarie hanno fatto ricorso a differenti forme di ritenzione del rischio: la cosiddetta "autoassicurazione", totale o parziale, tramite polizze che prevedono franchigie o SIR sempre più elevate. Per questo motivo il Loss Adjuster è divenuto una figura chiave all'interno del CVS, in particolar modo per alcune sue caratteristiche specifiche.

In primo luogo, garantisce una **terzietà** nell'approccio verso i danneggiati, consentendo alla Struttura di non rischiare di deteriorare ulteriormente i rapporti con i propri pazienti/clienti: attraverso un soggetto terzo che si interfaccia con essi, i reclamanti trovano un canale di dialogo nuovo e sempre aperto.

Come soggetto terzo, il Loss Adjuster agevola anche il rapporto e lo scambio di comunicazioni tra la Struttura e i propri Assicuratori, spesso traducendo in termini assicurativi le richieste della mandante e viceversa. Ne sono un esempio i report statistici necessari al piazzamento di un rischio o le relazioni sui sinistri più delicati in vista di un rinnovo: il Loss Adjuster è in grado



di utilizzare un linguaggio facilmente intelligibile dal mercato assicurativo, consentendo alla struttura di ottenere una quotazione del rischio quanto più realistica.

Nei rapporti tra assicurato e assicuratore, il Loss Adjuster interviene anche nella formulazione delle procedure di gestione sinistri condivisa tra le parti, esprimendo un proprio parere circa le condizioni di operatività delle polizze e suggerendo strategie mirate a contenere l'esborso economico di un sinistro. In questo servizio rientra l'attività di recupero di contribuzioni presso gli assicuratori degli altri soggetti coinvolti nella causazione del danno.

Il Loss Adjuster inoltre supporta il CVS nella valutazione tecnica della richiesta di risarcimento fornendo pareri legali e medico legali **indipendenti**, poiché affidati a propri fiduciari che non hanno rapporti diretti con la mandante.

L'indipendenza stessa del Loss Adjuster diventa un punto di forza quando è in grado di operare in piena autonomia, ossia quando tale servizio non è proposto come una prestazione aggiuntiva da parte di altri soggetti - compagnie, broker, studi legali - che hanno scopi aziendali differenti dalla gestione sinistri.

In vista della costituzione di un fondo sinistri, il CVS è chiamato anche ad esprimersi sulla congruità delle poste da inserire a bilancio. In questo contesto, in qualità di soggetto terzo e indipendente, il Loss Adjuster è in grado di confermare alle società di revisione la fondatezza degli importi accantonati come riserva. Una delle fun-

zioni precipue dell'adjuster è infatti proprio l'apposizione della **riserva**: indicatore del potenziale esborso economico relativo al sinistro ed elemento di sintesi e fulcro dell'analisi attuariale e della quotazione del rischio da parte degli assicuratori. La riserva viene apposta inizialmente su base statistica (riserva di apertura) e aggiornata via via che matura l'istruzione del fascicolo: dalla valutazione medico legale interna all'eventuale sentenza, passando per la CTU, è un indicatore vivo del rischio connesso al sinistro, il quale tenderà ad essere più oneroso quanto più rimane aperto nel tempo.

Una volta ricevuta la valutazione medico legale, il CVS si esprime per confermare la riserva e determinare la strategia sul sinistro: respingere la richiesta danni o avviare una negoziazione. In questo, gioca un ruolo chiave la citata terzietà del Loss Adjuster unitamente a una specifica preparazione per affrontare nel modo più efficace e proficuo la trattativa: l'obiettivo è quello di contemperare, "aggiustare", le diverse posizioni per portarle su un terreno negoziale, orientato dalla riserva, dove alla fine tutte le parti coinvolte possano avere la consapevolezza di aver ottenuto qualcosa (win-win strategy).

In un'accezione più ampia, è vero che il Loss Adjuster è chiamato quando qualcosa è stato rotto (come ricorda il termine inglese) e deve intervenire contenendo gli esborsi, tuttavia, facendo tesoro dei "cocchi raccolti", puntare anche all'ambizioso obiettivo di ricostruire il rapporto fiduciario tra medico e paziente.

È per questo che l'adjuster pone un'attenzione costante su tutte le fasi del processo di gestione del sinistro, capitalizzando le diverse esperienze, quali:

- la raccolta di informazioni quanto più esaustiva (se necessario anche attraverso rassegna stampa, novità giurisprudenziali, investigazioni tramite accertatore) contribuisce a ridurre l'incertezza e quindi il rischio;

- non considerare l'offerta economica come unica e più veloce risposta all'indennizzo;
- mantenere sempre aperto il canale di comunicazione con le controparti (p.es. niente orari per ricevere le telefonate);
- finché una posizione non è definita c'è sempre spazio per la trattativa (anche dopo una sentenza);
- imparare dalle negoziazioni non andate a buon fine (a prescindere dall'entità degli importi);
- tenere un approccio differenziato a seconda della tipologia di reclamanti (es. pz. psichiatrici, sospette frodi, eredi...) e degli studi di infortunistica/ legali (più o meno "aggressivi");
- condividere i risultati sui sinistri con il Risk Manager per incrociare i dati con la statistica degli eventi avversi al fine di prevenire i danni per le medesime ragioni;
- utilizzo di un software gestionale modulabile sul cliente e in aggiornamento costante (recettivo e non statico).

In tale prospettiva il Loss Adjuster fornisce il proprio supporto al CVS contribuendo a formare una cultura del rischio: il rischio studiato, conosciuto, tempestivamente gestito e quindi mitigato, sarà più appetibile anche per il mercato assicurativo.



L'autore: Paolo Chialastri

Managing Director/Branch Manager Roma
Capanna Group*

*Capanna Group, società leader nei servizi di loss adjusting in Italia, è partner di Innogea con riferimento al tema della gestione del rischio in ambito sanitario

La Certificazione dei PDTA

di Filippo Castelli

Cos'è un PDTA

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono schemi clinico-assistenziali organizzativi che utilizzano la logica di gestione per processi per ricostruire l'iter assistenziale, visto come insieme di processi, sotto processi, attività, attori, confini (input e output) e responsabilità. Il PDTA contestualizza a livello locale le Linee Guida e le migliori evidenze della letteratura in una visione sistemica che considera tutte le tappe del processo di cura e assistenza. Come tutte le gestioni per processi, i PDTA hanno il vantaggio di favorire la continuità degli interventi e l'integrazione tra unità organizzative di interfaccia eliminando i "compartimenti stagni" e il concetto di singole prestazioni.

Lo sviluppo, implementazione e valutazione di un PDTA è un processo continuo ben rappresentato nel ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act), tipico di tutti i sistemi di gestione. Le tappe di creazione di un PDTA si inseriscono nella fase P del ciclo, la fase D prevede la sua applicazione, la fase C la sua valutazione ed infine la fase A una standardizzazione o miglioramento.

Progettare ed implementare un PDTA è una scelta altamente raccomandabile ogni qual volta il problema di salute in questione sia caratterizzato da:

- variabilità dei processi in atto (per aspetti clinici e/o organizzativi);
- elevata incidenza o prevalenza della patologia; necessità di migliorare l'applicazione delle Linee guida e/o indicazioni regionali o nazionali;



- necessità di migliorare gli outcomes clinici;
- necessità di migliorare standard di sicurezza e appropriatezza.

Come si progetta un PDTA

Ogni PDTA deve essere costruito considerando le esigenze dei pazienti, degli operatori e dell'organizzazione, integrando in una unica visione sistemica tutti i fattori organizzativi e operativi rappresentati dalle diverse dimensioni della qualità assistenziale ed in particolare la dimensione tecnico-professionale, quella gestionale e, non ultima, quella percepita.

Il PDTA descrive il "percorso" che una persona con problemi di salute compie all'interno di un'organizzazione sanitaria (ed in generale anche più organizzazioni) e definisce la migliore sequenza di azioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute individuati.

La Progettazione di un PDTA, secondo le migliori linee guida disponibili, deve avvenire attraverso una serie di passaggi metodologicamente stringenti quali:

1. La costituzione di un gruppo di lavoro multi-professionale e multidisciplinare
2. La scelta dei criteri di inclusione ed esclusione dal PDTA
3. L'analisi della letteratura scientifica e la scelta delle linee guida da adottare
4. La revisione della pratica corrente
5. La valutazione della sostenibilità
6. La stesura del PDTA e la sua rappresentazione grafica
7. La pianificazione del sistema di valutazione: indicatori di processo e di esito.

Alla progettazione, come detto seguiranno le delicate fasi di implementazione e diffusione, formazione degli operatori, valutazione attraverso analisi degli indicatori e auditing clinico e miglioramento.

Alcune considerazioni di dettaglio merita la fase 3 del processo di progettazione sopra descritto (analisi della letteratura scientifica e scelta delle linee guida da adottare) alla luce di alcune norme rilevanti tra cui la legge 08/03/2017 n. 24 (cosiddetta Legge Gelli-Bianco). Lo scopo dell'analisi critica della letteratura è definire le migliori pratiche da contestualizzare nel PDTA. La letteratura basata sulle evidenze scientifiche e prove di efficacia utilizzata va riportata nel documento che descrive il PDTA in una specifica "bibliografia" per dare chiarezza a tutti gli attori coinvolti delle scelte effettuate e robustezza al percorso. Per promuovere le linee guida come uno degli strumenti del governo clinico e dell'organizzazione del SSN è stato attivato il Sistema Nazionale Linee Guida, che coordina a livello centrale le istituzioni interessate nella elaborazione, aggiornamento e

verifica di linee guida, in coerenza con i vigenti livelli essenziali di assistenza.

L'art. 5 della citata Legge Gelli-Bianco dal titolo "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" recita: *Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie [...] si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate [...] ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco [...]. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG)*

A rimarcare l'importanza del rispetto delle Linee Guida da parte di tutto il personale sanitario interviene il successivo art. 6 che recita, a proposito di eventuali sinistri: *"qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali"*.

Ne emerge la rilevanza strategica del PDTA quale framework all'interno del quale selezionare e recepire, a maggior tutela di pazienti, operatori e organizzazione sanitaria, le migliori linee guida disponibili con particolare riguardo a quelle pubblicate nell'ambito del SNLG. È fin troppo evidente che laddove non fossero disponibili linee guida ed evidenze, occorra comunque ricercare le migliori prassi. I comportamenti clinici da implementare potranno essere definiti attraverso il confronto con altre realtà operative (benchmarking, consensus conference) analizzando la pratica in corso attraverso la revisione della documentazione clinica e/o intervistando altri professionisti ed inoltre con attività di ricerca (osservazione, raccolta dati e valutazioni di risultato).

Perché certificare un PDTA?

Il processo di certificazione di un PDTA da parte di un ente di parte terza è del tutto simile ai processi di certificazione dei sistemi di gestione (es. ISO 9001, ISO 14001, ISO 45001 etc.) e prevede un ciclo triennale di verifiche:

- una FASE 1 di valutazione documentale finalizzata alla validazione del PDTA;
- una FASE 2 di valutazione in campo, finalizzata al rilascio della Certificazione del PDTA;
- un audit di sorveglianza nel secondo anno (Prima sorveglianza);
- un audit di sorveglianza nel terzo anno (Seconda sorveglianza);
- un audit di ricertificazione (Rinnovo) da svolgere in data anteriore alla scadenza del certificato.

Scopo del processo di verifica del PDTA ai fini della sua certificazione è valutare, e quindi asseverare, il grado di aderenza effettivo delle attività dell'organizzazione, inerenti quello specifico problema di salute, alle linee guida individuate ed al percorso diagnostico terapeutico assistenziale che, alla luce di tali linee guida è stato adottato ed implementato. La certificazione di parte terza di un PDTA comporta pertanto indubbi vantaggi:

- assevera l'aderenza delle attività in campo con il PDTA oggetto di certificazione e l'aderenza di quest'ultimo alle linee guida adottate;
- dimostra l'impegno della Leadership aziendale per l'erogazione di servizi allineati alle migliori linee guida basate sull'evidenza, a normative cogenti e volontarie, attraverso l'applicazione di modelli organizzativi collaudati e volti al miglioramento continuo;
- rappresenta una verifica diretta ed indipendente atta a garantire il controllo qualitativo e quantitativo dei servizi erogati fornendo alto

valore aggiunto nel miglioramento continuo della pratica clinica;

- irrobustisce l'esistente per imperizia in caso di sinistro a tutela del personale e del patrimonio dell'organizzazione;
- contribuisce allo sviluppo di una cultura aziendale volta al miglioramento delle performance;
- è utilizzabile come strumento negoziale con gli enti regolatori e le istituzioni come prova dell'impegno dell'organizzazione nel perseguire l'eccellenza in quella specifica procedura/branca clinica;
- offre uno strumento di confronto interno e di benchmarking con altre strutture certificate, che consenta di monitorare gli interventi effettuati, la loro coerenza e continuità, nonché la sicurezza e gli effetti.
- fornisce ai pazienti, ai familiari e agli altri stakeholders, garanzia di adeguatezza del servizio erogato e migliora la percezione dell'impegno dell'organizzazione nei loro confronti.

Per maggiori informazioni sulla progettazione e certificazione dei PDTA potrete inviare una mail a info@innogea.com e fissare una call conference con i nostri consulenti.



L'autore: Filippo Castelli

Consulente di oltre 25 strutture sanitarie su tematiche legate alla compliance ed in particolare al risk management, all'accreditamento di eccellenza ed istituzionale. Oggi ricopre il ruolo di Responsabile Practice Operation di Innogea.

La Responsabilità Medica in Italia dal 2010 al 2019: Ultimi dati IVASS

di Cinzia Altomare

È stata pubblicata l'ultima edizione del Bollettino Statistico su *I rischi da responsabilità civile sanitaria in Italia 2010-2019*, a cura dell'IVASS, che riporta i dati relativi all'assicurazione della RC Medica nel nostro paese. Da qualche anno il rapporto prevede che vengano trattati sia i dati acquisiti dalle compagnie di assicurazione, ovvero relativi alle polizze assicurative sottoscritte per questo tipo di rischi, che quelli che le strutture sanitarie pubbliche costituiscono tramite auto-ritenzione, in base a quanto la legge 24/2017 stabilisce all'articolo 10. Ricorderemo che la stessa libertà di autoassicurarsi è concessa anche alle strutture private, ma non siamo ancora in grado di raccogliere ed aggregare queste informazioni e dunque le stesse rimangono a noi praticamente sconosciute.

Le polizze assicurative di Responsabilità Sanitaria fanno parte del più ampio ramo "ministeriale" 13 della Responsabilità Civile Generale, di cui rappresentano nel 2019 il 13,1% del totale, che ammonta a complessivi euro 2.148.082. La percentuale aumenta al 13,4%, se si considerano anche le polizze per la cosiddetta Colpa Grave sottoscritte dal personale sanitario.

Questi dati sono acquisiti tramite un'indagine annuale condotta dall'IVASS nei primi mesi di ogni anno presso le imprese di assicurazione. I dati sull'auto-ritenzione del rischio delle strutture sanitarie pubbliche sono invece forniti dal Ministero della Salute, che rende disponibili i bilanci delle strutture.



Per quanto attiene alla rilevazione effettuata presso le imprese di assicurazione, che data a partire dal 2016, sono tenuti a rispondere tutti gli assicuratori autorizzati all'esercizio del ramo 13, inclusi quelli con sede legale in uno stato estero.

L'ultimo bollettino, che si riferisce alla rilevazione condotta tra marzo e giugno del 2020, riguarda nel dettaglio:

- 1) i premi raccolti nel 2019 per rischi localizzati in Italia;
- 2) le prospettive e gli ostacoli nel settore dal punto di vista delle imprese;
- 3) le principali caratteristiche delle coperture assicurative collocate nel 2019;
- 4) l'andamento tecnico relativo agli anni dal 2010 al 2019.

Hanno partecipato all'indagine 92 imprese, di cui solo 37 hanno raccolto premi per questo setto-

re nel corso del 2019, il che testimonia il forte processo di contrazione che ha caratterizzato il mercato della RC Medica nel nostro paese.

Nel 2019 la raccolta premi per i rischi da RC sanitaria ammontava a 579 milioni di euro, con una flessione del 6,5% rispetto all'anno precedente, principalmente a causa della diminuzione dei premi relativi alle polizze sottoscritte dalle strutture sanitarie pubbliche che hanno scelto la via dell'autoassicurazione: nel periodo compreso tra il 2010 e il 2019 il numero di strutture assicurate si è infatti ridotto da 1.426 a 581 unità. La raccolta relativa ai rischi delle strutture private e del personale sanitario è rimasta invece sostanzialmente stabile.

La metà dei premi è stata raccolta da imprese con sede all'estero. Per questo segmento di mercato, infatti, le imprese italiane raccolgono soltanto l'11,6% dei premi, mentre le stesse risultano più attive nell'assicurazione delle strutture private e del personale sanitario, raccogliendo rispettivamente il 72,6% e il 76,8% dei premi complessivi. Si riscontra comunque una forte concentrazione della raccolta dei premi, essendo l'assicurazione delle strutture pubbliche effettuata per il 92,4% dalle 5 maggiori imprese operanti nel mercato.

Tale concentrazione è meno rilevante sui rischi sottoscritti dalle strutture private e dagli operatori sanitari, per i quali le prime 5 imprese raccolgono rispettivamente l'81,2% e il 61,2% dei premi complessivi.

In poche parole, il mercato della RC Medica in Italia è caratterizzato da una certa scarsità di offerta, anche se tale fenomeno si è ridotto nel corso degli ultimi anni, probabilmente per la presenza di un più alto numero di compagnie che si dedicano all'assicurazione del personale sanitario, avente risultati tecnici migliori rispetto agli altri segmenti.

Si conferma tuttavia una perdita tecnica delle coperture per i rischi delle strutture pubbliche e private, anche se per queste ultime il dato negativo sembra migliorare negli anni più recenti.

Il fenomeno delle coperture per Colpa Grave

Una nota a parte meritano le **coperture per Colpa Grave**, che tutelano il professionista sanitario per l'eventuale rivalsa operata dalla struttura per la quale lavora, o dal suo assicuratore, ai sensi dell'articolo 9 della legge 24/2017.

Si tratta di una garanzia accessoria a quella per la Responsabilità Sanitaria "completa" che può essere stipulata assieme a quest'ultima per coloro che esercitano anche attività privata (oltre a quella esercitata come dipendenti di una struttura), oppure per chi svolgesse attività in regime di extra-moenia in ambito pubblico.

Ricorderemo che il personale sanitario operante a qualsiasi titolo presso una struttura sanitaria pubblica o privata è tenuto a tutelarsi con una polizza per colpa grave, a garanzia dell'azione di rivalsa promuovibile nei suoi confronti dalla struttura stessa o dall'impresa assicurativa che offre copertura a quest'ultima.

Nel caso in cui l'assicurato fosse dipendente di una struttura pubblica la rivalsa verrà effettuata dalla Corte dei Conti, trattandosi di responsabilità erariale. Qualora invece rivalsa o surroga vengano esperite da una struttura privata o dall'assicuratore di quest'ultima, esse seguiranno la norma prevista all'articolo 1916 del c.c.

La novità importante introdotta dalla legge Gelli consiste nell'aver esteso questa fattispecie anche ai dipendenti delle aziende private. Inoltre, è ora previsto un limite massimo all'ammontare recuperabile per questa via, pari a tre volte l'introito medio annuo del professionista.

È questo un fatto estremamente interessante per le strutture private, perché l'introduzione di tale limite ha praticamente parificato l'ammontare del danno risarcibile per la rivalsa da colpa grave ex art. 1916 c.c. a quella esperita dalla Corte dei Conti, che com'è noto può godere del potere riduttivo accordatole ai sensi dell'art. 83 del R.D. n. 2440/1923.

Ciò consente una riduzione notevole delle som-

me richieste, riducendo l'ammontare recuperabile dalle strutture private o dai loro assicuratori a qualche centinaio di migliaia di euro al massimo. Questo fenomeno dovrebbe migliorare sensibilmente gli andamenti tecnici legati al segmento dei professionisti, ma determina la necessità di un attento monitoraggio da parte degli ospedali privati, sul piano del risk management, soprattutto qualora la struttura avesse compiuto la scelta dell'autoassicurazione.

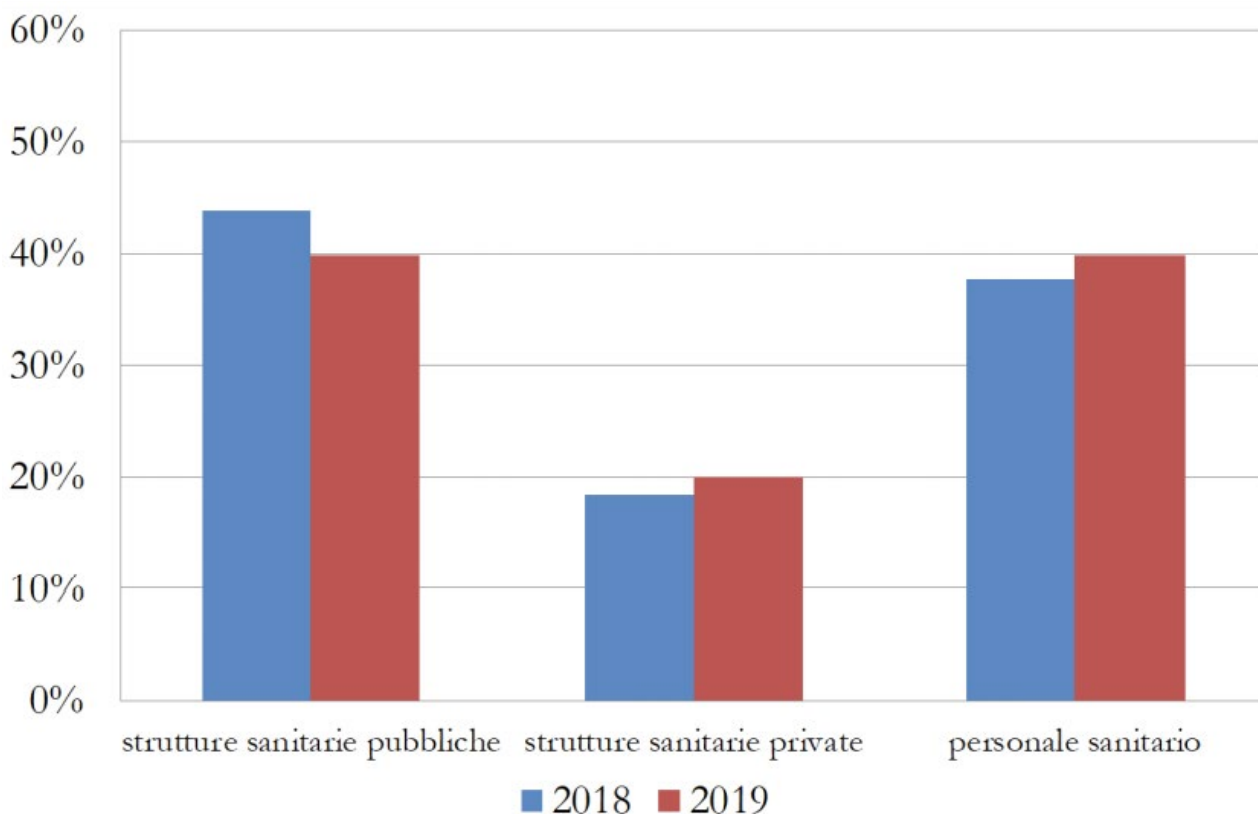
Per il 2019 le imprese di assicurazione hanno segnalato circa 80.000 unità di rischio e 13 milioni di premi per questo tipo di copertura, in aumento rispetto agli anni precedenti, anche per effetto del più ampio perimetro imposto ora dalla legge. Siamo comunque abbastanza lontani dalla saturazione del mercato, poiché gli ultimi dati forniti dal Ministero della Salute parlano di circa 500.000 professionisti sanitari che esercitano nel nostro paese (250.000 medici ed altrettanti non medici). Anche questo dato dovrebbe

comportare una certa attenzione da parte delle aziende private, poiché una gestione attenta delle attività di surroga e rivalsa può significare tanto, in termini di risparmio dei costi.

Caratteristiche del mercato della RC sanitaria

I 579 milioni di premi raccolti nel 2019 per la Responsabilità Sanitaria provengono per il 40,0% dalle strutture pubbliche, per il 20,0% dalle strutture private e per il restante 40,0% dai rischi che assicurano il personale sanitario.

Come si è detto, nel corso degli ultimi dieci anni i premi provenienti dalle strutture sanitarie pubbliche sono diminuiti del 55,5%, per effetto del fenomeno dell'auto-ritenzione, mentre quelli raccolti per i rischi delle strutture private e del personale sanitario sono aumentati rispettivamente del 46,0% e del 64,8%, in seguito all'obbligo a provvedersi di assicurazione previsto dalla legge Gelli.



Nel 2019 si sono assicurate 581 strutture pubbliche, 6.757 strutture private e 309.116 unità di personale sanitario. È dunque ancora una volta rilevabile come il mercato sia tutt'altro che saturo, dal momento che gli ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute, e risalenti al 2013, riportano numeri assai superiori in tutte le categorie di rischio.

Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata - anno 2013					
Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza Ospedaliera	561	52,4%	509	47,6%	1.070
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	3.804	41,3%	5.410	58,7%	9.214
Assistenza Territoriale Residenziale	1.473	21,6%	5.361	78,4%	6.834
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	976	33,8%	1.910	66,2%	2.886
Altra Assistenza Territoriale	4.969	87,3%	725	12,7%	5.694
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26 L. 833/78)	249	23,3%	818	76,7%	1.067

Il premio medio per la copertura di una struttura pubblica è pari a 398.497 euro ed è di oltre 23 volte superiore a quello medio registrato per le strutture private, che è pari a 17.179 euro.

La differenza è giustificata dalle maggiori dimensioni delle strutture pubbliche e soprattutto dalla superiore complessità del rischio che esse rappresentano.

C'è poi da considerare che le coperture degli ospedali privati operano in gran parte a secondo rischio rispetto alle polizze prestate dai professionisti sanitari che vi operano. In poche parole, in caso di danno, gran parte delle polizze che assicurano le strutture private interviene solo dopo che il massimale delle polizze dei loro dipendenti e collaboratori si sia esaurito, nonostante la giurisprudenza abbia enucleato a più riprese come l'operatività a secondo rischio sia giustificabile solo quando vi sia coincidenza di rischio assicurato fra i due contratti, ovvero qualora l'interesse legittimo dei soggetti si sovrapponga, il che dovrebbe accadere di rado, poiché il rischio cui è esposto il medico è ben diverso dal rischio cui è esposta la struttura (tali rischi, infatti, minacciano patrimoni diversi) e un'assicurazione stipula-

ta dalla clinica per conto proprio non potrebbe mai garantire anche la responsabilità del medico (Tribunale di Firenze, Sez. II, 9/10/2017 n.3204 - Cassazione III Civile, sentenza 12 marzo 2015 n. 4936 - etc.).

Nel 2019 il personale sanitario ha pagato in media un premio pari a 749 euro, ma questo dato è marcato da una grandissima difformità in base alla specialità assicurata. Le specializzazioni che sono caratterizzate da una maggiore incidenza nel numero e nell'ammontare delle richieste di risarcimento, o da una più lunga latenza, infatti, prevedono premi di assicurazione annui assai cospicui, che arrivano a superare le decine di migliaia di euro. Per questi medici (ginecologi, ostetrici, chirurghi ortopedici, chirurghi plastici, cardiocirurghi...) è inoltre difficile trovare compagnie disposte a prestare copertura, il che determina notevoli problemi nell'ottemperare all'obbligo di assicurarsi prescritto dalla legge. L'articolo 10 della legge 24/2017, infatti, impone a tutti gli esercenti la professione sanitaria di munirsi di polizza assicurativa, ma tale obbligo non trova reciprocità per le compagnie di assicurazione, che possono benissimo non contrarre, a differenza di quanto accade per le altre coperture obbligatorie, come la RC Auto.

Il rapporto tra il premio medio corrisposto dal personale medico e quello del personale non medico è di 3,5 a 1 (946 euro contro 271). Oltre ai differenti livelli di esposizione al rischio dipendenti dalle varie specializzazioni, il dato che si riferisce all'ammontare medio e mediano dei premi è inoltre caratterizzato da un certo scarto derivante dalla zona di residenza dell'assicurato, il che può dipendere da una differente localizzazione di certe specialità, ma anche dalla maggiore o minore propensione alla litigiosità di certe aree del nostro paese, analogamente a quanto avviene nell'assicurazione della responsabilità civile della circolazione degli autoveicoli, che prevede fasce di rischio differenziate in base alla targa degli stessi.

Andamenti tecnici

L'indice di profittabilità per le compagnie, com'è noto, è rappresentato dal rapporto sinistri a premi, o loss-ratio. Si tratta di un indicatore che prevede una perdita tecnica per l'impresa assicurativa, qualora il suo valore superi il 100%.

Nel 2019 le compagnie hanno ricevuto 17.904 denunce. Il dato è diminuito del 6,7%, rispetto al numero di denunce ricevute nel 2018, ma soprattutto è in forte flessione (-42,9%) rispetto a quelle presentate nel 2010.

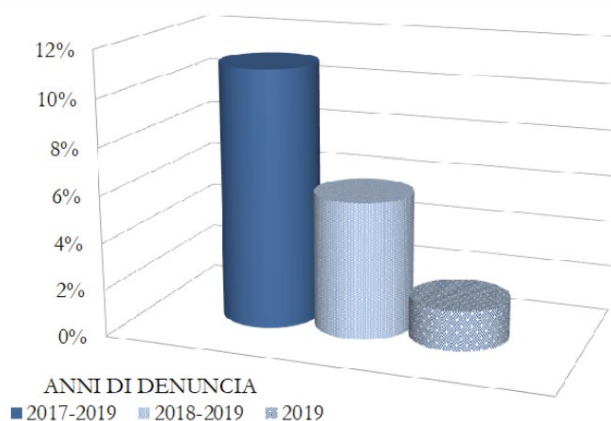
Il fattore trainante di questo andamento è principalmente dovuto al calo delle denunce di sinistro relativo alle polizze delle strutture pubbliche, marcato dal fenomeno dell'auto-ritenzione, in riduzione del 16,0% rispetto al 2018 e del 67,7% rispetto al 2010.

Il settore della RC Medica è inoltre caratterizzato da una quota di denunce senza seguito superiore a quello della RC Auto, per via della maggiore complessità dei sinistri e del maggior tempo necessario alla loro classificazione. La difficoltà nel valutare correttamente le menomazioni fisiche induce infatti a sottostimare l'entità del danno nella fase iniziale, anche per l'insufficienza delle informazioni disponibili subito dopo il verificarsi del fatto dannoso e per l'incertezza causata dall'evoluzione della giurisprudenza in materia risarcitoria.

L'importanza del corretto calcolo delle riserve è più che mai determinante nella Responsabilità Sanitaria, caratterizzata da una bassa velocità di liquidazione e dalla forte presenza di imprese di assicurazione estere che l'IVASS fatica a sottoporre alla propria vigilanza prudenziale.

Alla fine del 2019 i sinistri denunciati tra il 2010 e il 2019 e risarciti a titolo definitivo (ovvero "chiusi") dalle compagnie sono stati 60.518. Solo l'11,0% di questi riguardava denunce pervenute a partire dal 2017 e tale percentuale scende al 5,8% per quelle pervenute nel 2018-2019.

Questo fenomeno ci fornisce la prova della lentezza che caratterizza la liquidazione dei sinistri da RC Medica.



Un altro dato significativo è rappresentato dal costante incremento dell'ammontare del risarcimento medio che, per le denunce del 2010 delle strutture pubbliche, è aumentato del 350% in 9 anni, fino ad un ammontare di 60.407 euro alla fine del 2019.

Sempre alla fine del 2019, il riservato medio per le denunce dello stesso anno ammontava rispettivamente a 88.700 euro per le strutture pubbliche, 38.039 per quelle private e a 15.908 euro per il personale sanitario, il che conferma il deciso aumento del valore delle riserve sinistri nel tempo, su tutti i segmenti considerati.

Frequenza dei sinistri e determinazione del premio puro

La frequenza dei sinistri denunciati nel 2019 rispetto al numero di unità di rischio assicurate (ovvero quanti sinistri per ciascun rischio coperto), è pari al 662,8% per le strutture sanitarie pubbliche, mentre sono inferiori i valori corrispondenti per le strutture private (43,8%) e per il personale sanitario (2,5%), che mantengono un andamento decisamente migliore.

Questo rapporto spiega in pratica la difficoltà delle compagnie di assicurazione a coprire questo tipo di rischi e giustifica l'alto premio medio richiesto per le polizze che assicurano gli ospedali pubblici.

Ciò nonostante, rispetto al dato relativo all'ultimo decennio, la frequenza dei sinistri risulta diminuita fino al 35,5% anche per questi ultimi.

Tale progresso sembra dovuto al miglioramento nella qualità dei rischi, il che fa ben sperare per il futuro e attesta l'efficacia delle previsioni della legge Gelli a questo riguardo. La norma, infatti, dedica ampio spazio al perfezionamento dei sistemi di gestione del rischio nelle strutture, riservando già dal primo articolo la sua attenzione alla sicurezza delle cure e coinvolgendo in tale attività *“tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale”*.

I dati aggiornati al 2019 confermano tuttavia una sistematica perdita tecnica per i rischi delle strutture pubbliche. Le strutture private registrano margini positivi per le generazioni più recenti, a partire dal 2014-2015, ma presentano perdite superiori a quelle delle strutture pubbliche per le generazioni antecedenti. La redditività dell'assicurazione del personale sanitario è invece abbastanza positiva, con loss-ratio del 51,9% per le denunce del 2019, in miglioramento rispetto al corrispondente valore dell'anno precedente.

Si tratta comunque di dati che non tengono conto dei costi di gestione, che per questo ramo sono assai elevati, sia per quanto riguarda le spese di acquisizione (le commissioni rilasciate agli intermediari) che per i costi della manodopera occupata, rapportati alla lunga “coda” che lo contraddistingue, cioè la lunga durata del sinistro medio. Se si sommassero i costi di gestione alla loss-ratio, la percentuale che ne scaturirebbe dovrebbe essere aumentata almeno di una trentina di punti, il che ricondurrebbe in perdita la maggioranza dei rischi assicurati.

I canali distributivi

I contratti che assicurano i rischi delle strutture sanitarie pubbliche sono per lo più intermediati dai broker, con il 52,8% dei premi. La quota risulta in flessione rispetto all'anno precedente nel quale ammontava al 69,7%. Ancora una volta questo dato è marcato dall'aumento del



fenomeno dell'auto-ritenzione, ma bisogna tenere conto del fatto che questi rischi sono gestiti tramite gare pubbliche, nelle quali vengono aggiudicati separatamente la compagnia assicuratrice e l'intermediario prescelto. Risulta infatti in crescita il ruolo delle direzioni generali delle imprese, che gestiscono direttamente il 44,0% dei premi, rispetto al 26,0% del 2018.

Per quanto riguarda le strutture private, i broker intermediano contratti corrispondenti ad un

quarto dei premi, mentre quasi tutti gli altri sono gestiti dalle agenzie.

Quest'ultimo canale è dominante per le coperture del personale sanitario. A differenza di quanto accade all'estero, infatti, i rischi che assicurano le persone (rispetto a quelli che assicurano le aziende) tendono a concentrarsi nelle mani degli agenti assicurativi, che gestiscono l'intero parco delle coperture di cui il professionista ha bisogno, dalla RC Auto alla polizza incendio dell'abitazione, dall'assicurazione vita a quella degli infortuni.

A causa della carenza di compagnie disposte a coprire il rischio della responsabilità sanitaria, tuttavia, molti agenti assicurativi sono costretti a passare per il tramite di agenti o broker "grossisti", che sono specializzati nell'offrire le polizze di responsabilità civile sanitaria. Questi broker grossisti offrono agli agenti che operano per compagnie che non sottoscrivono la responsabilità medica la possibilità di reperire per i loro clienti dei contratti che altrimenti essi non potrebbero gestire con i loro "carriers" usuali.

Si tratta di un fenomeno abbastanza caratteristico del nostro mercato, giacché in altri paesi l'acquirente è solito scegliere diversi intermediari, a seconda delle polizze che sono in grado di offrire, anziché concentrare tutti gli acquisti su un unico fiduciario.

La scarsa disponibilità di mercato determina anche una certa limitatezza della mobilità assicurativa.

La frequenza di cambiamenti di assicuratore, soprattutto da parte del personale sanitario, ammonta infatti solo 5,8%. In pratica, nel 2019 solo un professionista sanitario su 17 ha sottoscritto la propria polizza assicurativa di R.C. sanitaria con una compagnia diversa da quella utilizzata l'anno precedente. La riduzione del premio pagato è quasi sempre riscontrabile tra le motivazioni del cambio di compagnia, dato che le diminuzioni di premio tra 2018 e 2019 sono presenti nel 52,5% dei contratti stipulati a nuovo.

Il fenomeno è giustificato dagli elevati importi di premio richiesti per molte specialità e dalla tendenza degli assicuratori a sfruttare la loro prerogativa a rescindere dai rischi sinistrati o comunque interessati da richieste di risarcimento, in conformità al disposto degli artt. 1892 e seguenti del codice civile.

Il fenomeno dell'auto-ritenzione del rischio

Come si è accennato, le strutture sanitarie possono gestire internamente il rischio, in tutto o in parte, in conformità al disposto dell'articolo 10 della legge 24/2017.

La norma non è chiarissima sulle modalità di gestione del rischio, anche perché alcuni decreti per l'attuazione della cosiddetta "parte assicurativa" della legge sono tuttora mancanti, tuttavia, per ricorrere a questo tipo di soluzione, le aziende ospedaliere devono costituire fondi specificamente destinati a risarcire i pazienti che hanno subito errori sanitari, alimentandoli con accantonamenti annuali.

È cioè necessario che l'ospedale che non ricorra all'aiuto di una compagnia assicurativa provi di essere in condizione di proteggere l'interesse del paziente e di essere in grado di pagare il costo ultimo di ciascuna richiesta di risarcimento nella quale dovesse incappare.

Il concetto, in fondo, è semplice: se non vuoi o non puoi ricorrere al sostegno di un assicuratore, devi dimostrare di poterne fare le veci e di essere altrettanto solvibile, perché il fine ultimo resta comunque la salvaguardia del diritto costituzionale del paziente alla salute.

Non si tratta, però, di una questione semplice da gestire, perché il governo di questo tipo di eventi dannosi è tecnicamente assai complesso, soprattutto nelle condizioni di alta litigiosità e lunghissima durata che caratterizzano il terreno della RC Medica nel nostro paese.

Per consentire un controllo del fenomeno da parte dell'autorità incaricata, che non per nulla è

l'Ivass, ovvero il regulator dell'attività assicurativa e finanziaria, il Ministero della Salute rende disponibili i dati relativi ai fondi ed accantonamenti previsti dalle strutture sanitarie pubbliche.

Nel corso del 2018 le stesse hanno accantonato fondi per un importo complessivo di 510,1 milioni di euro ed è possibile che questo risulti insufficiente, se consideriamo che tra il 2010 e il 2019 gli assicuratori hanno messo a riserva, per i futuri risarcimenti delle denunce pervenute a partire dal 2010 e su un numero di strutture pubbliche in costante diminuzione rispetto a quelle che hanno optato per l'auto-ritenzione, un ammontare proporzionalmente superiore.

Per quanto il sistema di gestione della R.C. sanita-

ria delle strutture pubbliche sia molto eterogeneo e spesso coesistano forme di auto-ritenzione del rischio e polizze assicurative, con formule che prevedono l'applicazione di franchigie o SIR (self insurance retention) assai cospicue, resta comunque forte il dubbio che un sistema siffatto sia in grado di garantire la solvibilità della sanità pubblica sul lungo termine, con buona pace delle professioni previste dalla legge Gelli, in merito alla salvaguardia dei diritti e degli interessi del paziente.

La soluzione suggerita sembrerebbe quindi essere quella di ricorrere a formule di assicurazione di tipo più tradizionale, ricorrendo nuovamente all'aiuto delle compagnie, purché i costi associati siano ancora sostenibili.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Accantonamenti							
Area geografica							
Nord	53,9	143,2	196,6	199,0	249,8	293,0	274,3
Centro	63,5	55,0	81,5	111,4	97,6	126,5	81,9
Sud-Isole	52,8	58,9	133,7	157,2	163,1	172,9	154,0
Tipo di struttura							
Struttura sanitaria	144,6	225,2	380,0	410,6	443,9	501,9	451,6
Amministr. regionale	25,6	32,0	31,9	57,0	66,6	90,5	58,5
Totale Italia	170,2	257,1	411,8	467,6	510,5	592,4	510,1
Fondi di copertura							
Area geografica							
Nord	200,8	324,3	490,4	540,2	725,2	931,7	1.087,2
Centro	59,5	148,4	202,4	227,8	331,9	417,1	412,8
Sud-Isole	58,5	265,0	240,1	362,5	502,1	603,5	704,1
Tipo di struttura							
Struttura sanitaria	247,8	608,2	758,2	936,7	1.311,0	1.598,4	1.844,3
Amministr. regionale	71,0	129,6	174,7	193,8	248,2	353,9	359,8
Totale Italia	318,8	737,8	932,8	1.130,5	1.559,2	1.952,3	2.204,1



L'autore: Cinzia Altomare

Consulente in assicurazioni e risk management, formatore, è stata Responsabile RC Medica, Direttore Tecnico e Branch Manager di importanti aziende, oggi in Innogea ricopre il ruolo di Consulente.

INNOGEO socio della Fondazione Italia in Salute (FIIS)

“Abbiamo voluto contribuire al nobile scopo che persegue la Fondazione mettendo a servizio le competenze operative maturate sul campo in oltre 15 anni di lavoro sul rischio in sanità. Siamo molto onorati di essere stati accolti nella compagine sociale di questo prestigioso ente, afferma Marco Lampasona Presidente di Innogea.

La gestione del rischio, continua Lampasona, ha bisogno di competenze, metodi e strumenti che possano agire reattivamente e proattivamente in maniera sistemica. Trasformare le conoscenze in prassi e comportamenti all'interno delle organizzazioni sanitarie ed innalzare la cultura della qualità sarà quello su cui proveremo a fornire il nostro contributo al prestigioso board scientifico della FIIS”.

INNOGEO e CAPANNA GROUP: una partnership per il miglioramento del livello di rischio delle strutture sanitarie.

Innogea e Capanna Group, leader in Italia con riferimento ai servizi di loss adjusting, stringono una partnership al fine di creare maggiore valore per le strutture sanitarie in materia di gestione del rischio.

Il servizio di Global Risk Management, progettato grazie all'integrazione delle competenze delle due società, consente di mettere a disposizione delle organizzazioni sanitarie metodi e strumenti per approcciare il tema del rischio sotto tutti i profili (qualità e sicurezza delle cure, rischi operativi, rischi economici/finanziari) con l'obiettivo ultimo di tutelare la salute delle persone ed il patrimonio aziendale. Per maggiori dettagli si rimanda all'articolo riportato nel presente numero.





**BANDO ISI INAIL 2020:
Contributi a fondo perduto
per certificazione UNI ISO 45001:2018
(sistema di gestione per la salute
e sicurezza dei lavoratori).**

In data 30/11/2020 è stato pubblicato in GURI l'Avviso pubblico **ISI 2020 - finanziamenti alle imprese per la realizzazione di interventi in materia di salute e sicurezza sul lavoro.**

Con riferimento alla linea di finanziamento di cui in oggetto sono ammissibili i progetti per l'adozione di modelli organizzativi e di responsabilità sociale, primo tra tutti il **Sistema di Gestione per la Salute e la Sicurezza dei Lavoratori conforme alla norma UNI ISO 45001:2018.**

Con tale bando INAIL mette a disposizione un **contributo a fondo perduto pari al 65% delle spese per la consulenza e la certificazione del sistema.**

I finanziamenti rientrano nella categoria del regime de minimis.

Oltre al finanziamento del 65%, va considerato, come vantaggio per le aziende certificate ISO 45001, il diritto ad un abbattimento dei premi assicurativi variabile dal 5% al 28%.

Per presentare le istanze di finanziamento contattare il responsabile practice Operation Innogea ing. Filippo Castelli f.castelli@innogea.com



Innogea si aggiudica il servizio di consulenza per la Qualità degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IRCCS Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e IRCCS Istituto Dermatologico San Gallicano (IFO)

Innogea, in RTI con Progea srl, si è aggiudicata in via definitiva, per un periodo di tre anni, il servizio di supporto specialistico al sistema qualità degli IFO.

Il Kick off del progetto, avvenuto in data 12/10/2020, è stato condotto alla presenza del Responsabile Operation Ing. Filippo Castelli e del project management dott.ssa Lidia Di Lorenzo. Attraverso un'intensa attività di audit on site Innogea ha consentito il rinnovo della certificazione UNI EN ISO 9001:2015 con contestuale certificazione di diversi PDTA tenutasi dal 16 al 18/11/2020.

IRCSS ISMETT di PALERMO: rinnovo certificazioni del sistema di gestione per l'ambiente e la sicurezza

La verifica da parte di DNV, conclusasi il 23 dicembre, ha evidenziato la piena conformità del sistema di gestione alle norme di riferimento (ISO 14001, ISO 45001). Nessuna non conformità rilevate ed un particolare encomio è stato espresso dal team di audit per l'impegno dell'Istituto e la sua funzione sociale nella lotta in prima linea al COVID-19 e per la partecipazione e la consapevolezza di tutti i lavoratori intervistati.



InnoGEO Srl

Sede Legale e operativa:

Via Ppe di Belmonte, 102 • 90139 Palermo

Tel. 091.7434774 • Fax 091.336853

Via Palmanova, 67 • 20123 Milano

Tel. 02.83623040

www.innoGEO.com • info@innogeo.com