

la redditività delle coperture in base al costo finale dei sinistri.



Attilio Stefano,
Amministratore Assimedici -
Asa Broker Stefano

Steffano. La gestione del rischio clinico dovrà sempre più coinvolgere i sanitari di alto profilo per divenire una attività quotidiana e non un "evento" occasionale. **Coinvolgere le commissioni di Clinical Risk Management delle Società Scientifiche, che spesso stanno muovendo i primi passi, ritengo possa favorire un riavvicinamento del medico ad una attività che spesso viene considerata estranea o**

quantomeno a latere della sua. Avvicinare l'operatore non tanto come oggetto di un processo di formazione, ma come professionista che partecipa a un progetto costruito con il suo indispensabile contributo. Il Risk Manager dovrà avere un ruolo di coordinamento, ma con soggetti che hanno una parte attiva, partendo dai vertici dei reparti e non solo dalla base, con un supporto medico legale non solo nelle commissioni di valutazione sinistri e nel contenzioso ma anche nella pianificazione dell'attività. E' sicuramente, quello del Clinical Risk Management, un ambito in cui c'è ancora molto da lavorare ma si intravedono i primi risultati anche dal punto di vista assicurativo. Quanto al ruolo dell'assicurazione, vedo con qualche preoccupazione che l'inserimento delle franchigie possa, pur con un importante risparmio per l'azienda, portare un aumento del contenzioso per i sanitari che potranno vedere più spesso attuata la rivalsa, per colpa grave, da parte della Corte dei Conti per gli importi pagati da parte delle Aziende ai pazienti per i sinistri in franchigia.

Seconda domanda rivolta a Risk Manager, Dirigenti di Aziende Sanitarie, Istituzioni: "Quali sono le strategie di prevenzione

che a livello nazionale/regionale possono essere adottate, oltre a quelle già esistenti? Quali modelli esteri auspicabili?"

Agosti. Potremmo prendere esempio dalla Gran Bretagna, che ha un sistema di segnalazione molto efficiente, anche per i piccoli eventi. E' una fase molto importante non solo per chi deve gestire il rischio, ma anche per formare una cultura. Da qualche tempo assistiamo a comportamenti nuovi da parte dei medici, sulla spinta dell'opinione pubblica: il paziente è sempre più (male) informato e c'è una sorta di medicina "difensiva", che espone il sistema a un aumento del rischio anziché ridurlo. Il Risk Manager può tamponare il fenomeno, **ma credo che sarebbe utile coinvolgere anche i pazienti**, ad esempio attraverso le loro rappresentanze, a momenti di confronto.

Basilico. Regione Lombardia ha portato avanti diverse iniziative in collaborazione con un gruppo di lavoro formato da persone che operano direttamente all'interno dell'azienda. Uno dei primi nodi che abbiamo dovuto affrontare è quello della conoscenza. Interpellando le strutture emergeva che il problema riguardava essenzialmente le compagnie di assicurazione, che esitavano ad assicurare le strutture. Occorreva, dunque, anzitutto capirne le cause. Abbiamo lavorato con i Risk Manager delle diverse aziende ospedaliere, mettendoci a tavolino e ricostruendo nel biennio 2004-2005 sette anni di eventi, catalogandoli in un database. Poi una volta acquisita una maggiore conoscenza del fenomeno, abbiamo realizzato una prima segmentazione, dato che non tutte le aziende hanno lo stesso livello di rischio e ognuno ha dovuto investire in modo diverso. **In parte abbiamo fatto il lavoro del broker, che considero un naturale alleato delle aziende**, perché ha il compito di relazionarsi al problema in modo complessivo, analizzando e strutturando un sistema di intervento con l'ospedale. Con questa sinergia è possibile anche pervenire a un contratto che sia nell'inter-

se comune. L'altro aspetto è quello della formazione. È facile parlarne, ma non dimentichiamo che ci sono aziende con oltre mille dipendenti e ogni azienda, a sua volta, è collegata a una serie di presidi ospedalieri che arrivano a 5-600 posti letto ciascuno. Quindi la formazione non è certo un percorso che può esaurirsi nel giro di 2-3 anni, ma ha bisogno di un lasso maggiore di tempo, nel quale costruire una cultura capace di pervadere tutti i livelli, dal primario all'ausiliario. Quanto alla magistratura, teniamo conto che siamo soggetti non solo alla giustizia civile e penale, ma anche a quella patrimoniale attraverso la Corte dei Conti. Su questo versante non siamo ancora riusciti a trovare una soluzione sulle definizioni extra giudiziali all'interno di una franchigia. In pratica sosteniamo che la franchigia non è un premio corrisposto, quindi non è stata corrisposta nemmeno l'imposta relativa e le percentuali più o meno quantificabili di spese generali richieste dalla compagnia: questo significa che nel momento in cui dobbiamo far fronte al risarcimento utilizziamo somme non corrisposte e dunque non possiamo creare un danno erariale all'azienda, se quel premio non è stato corrisposto fino all'utilizzo della franchigia.

Bevilacqua. La formazione sul rischio dovrebbe entrare obbligatoriamente tra i programmi dell'Università, prevedendo un corso mirato anche per i nuovi assunti, fuori dall'orario di servizio. Poi occorre promuovere una ricerca a livello nazionale per conoscere le migliori strategie, insieme ai diversi soggetti interessati (a partire dall'Università) anche per valutare meglio quali esperienze mutuare dall'estero. Altra strategia è quella di comunicare a tutti gli errori e le azioni di miglioramento e prevenzione, per mettere in comune le esperienze e massimizzare gli interventi. Sento poi la mancanza di un organismo terzo, che lavori sul tema della sicurezza in modo specifico, indipendentemente dagli assetti politici, e pubblici i dati a livello nazionale. Molti errori, infine, sono legati a incompetenza e non a problemi organizzativi e

su questo dobbiamo ragionare, curando continuamente la preparazione dei sanitari.

Ortolani. Sulla formazione vorrei citare solo un episodio. Tutti ricordano il caso Galeazzi, che ai tempi dell'incidente era ancora in regime 626. Ebbene, il documento di valutazione dei rischi era stato steso da un esterno, un ingegnere: la scheda relativa al reparto di ossigeno-terapia iperbarica non prendeva neppure in considerazione il rischio legato alla presenza di ossigeno puro. Sappiamo bene quanti incidenti sono causati proprio all'ossigeno puro. In positivo il Cineas ha organizzato recentemente, su richiesta di un'azienda sanitaria piemontese, un corso residenziale per 25 persone di vari livelli, scelti dall'azienda stessa, che si è concluso con uno studio finale. Ho saputo poi che ci sono stati ritorni positivi in azienda. **Dai miei contatti quotidiani emerge una certa difficoltà nel rapporto con i primari e questo è un tema da affrontare:** anche se addestriamo i migliori Risk Manager, una volta in ospedale avranno grosse difficoltà a diffondere una diversa cultura del rischio. Infine credo che non possiamo, prima o poi, non ragionare sul problema della depenalizzazione. L'attuale sottosegretario al Welfare forse lo ha fatto in modo un po' grossolano, nessuno di noi vuole contestare i giusti diritti di risarcimento, ma altri Paesi si sono già avviati su questa strada e penso che sia l'unico modo per avere informazioni complete e attendibili sull'errore organizzativo.

Bosio. In questi anni le varie esperienze, a livello nazionale, sono state quanto mai eterogenee, con risultati diversificati. **Evidentemente c'è un problema di risorse, che andrebbero distribuite premiando maggiormente le Regioni più virtuose, che hanno attuato programmi seri e strutturati e**



Carlo Ortolani,
Direttore CINEAS

che hanno perseguito degli obiettivi. Questo potrebbe essere anche da stimolo per le Regioni e le Aziende che hanno investito di meno su questa tematica. Inoltre serve una maggiore comunicazione e condivisione: esistono tante esperienze positive che sono poco conosciute e diffuse. Sono scettico, invece, sul fatto di importare tout court l'esperienza estera: spesso altri Paesi sono più indietro rispetto all'Italia. Interessante è l'esperienza della Danimarca, dove meno dell'1% dei contenziosi arriva in tribunale, il resto è risolto in sede stragiudiziale.

Cencetti. La scelta vincente è creare un'organizzazione per processi, individuando le maggiori aree di rischio. Non è facile, ma è l'unica via per gestire un fenomeno così complesso. Quanto alla formazione, ci siamo offerti di organizzare dei corsi di formazione nelle scuole di specializzazione, attraverso piccoli interventi mirati. Concordo anche con l'ipotesi di un Osservatorio nazionale sulle best practice. La ricerca andrebbe focalizzata anzitutto sulla tecnologia. Nella nostra provincia c'è un importante centro bio-medicale, con l'appoggio del quale stiamo realizzando un network tra imprese di It, istituzioni e ospedale, per mettere a punto soluzioni tecnologiche mirate e di qualità, che consentano anche di ridurre i costi. Per il resto è opportuno anche guardare ai modelli esteri. In particolare credo che vada analizzato meglio il sistema danese, che ha portato la sicurezza al centro del servizio sanitario, in partnership con le imprese farmaceutiche. Cruciale resta il problema delle risorse: occorre maggiore certezza nei finanziamenti per fare manutenzione e aggiornamenti alle strutture. Su questo versante preciso che stiamo ancora aspettando i soldi della finanziaria 2007, che stando ai normali tempi burocratici e amministrativi, dovrebbero arrivare non prima del 2011.

Garancini. Per fare prevenzione la formazione è un passaggio obbligato, soprattutto per i medici, che dovrebbero essere formati già a partire dai

corsi di laurea e di specializzazione. Occorre creare da subito delle buone pratiche da assumere come prassi, per contrastare l'adozione di comportamenti errati. Questi ultimi vengono adottati molto facilmente e tendono a consolidarsi, poiché il personale è spesso assorbito dalle tante incombenze della quotidianità. Parte della formazione considererei anche strumenti per l'educazione della popolazione, attraverso iniziative che contrastino la cattiva informazione. **Ne consegue che occorre coinvolgere al massimo il personale sanitario: il Risk Manager è solo un coordinatore, con il quale devono collaborare anzitutto i primari.** E' un processo graduale, che deve permeare ogni livello aziendale, dalla direzione all'ultimo operatore, mediante obiettivi e strategie chiare. Oggi qualche novità si comincia a vedere, ancora un po' a macchia di leopardo. Per quanto concerne le risorse, sono d'accordo sull'adozione di sistemi premianti che riconoscano a livello istituzionale gli ospedali virtuosi. Infine, prima di guardare alle esperienze estere, dovremmo risolvere il nodo della separazione tra responsabilità civile e penale e affrontare il tema della depenalizzazione.

Marini. In Francia la figura del Risk Manager è un servizio indipendente, che riporta direttamente al presidente, e non alla direzione sanitaria, per non essere influenzato e salvaguardare la propria autonomia. Ed è un servizio di aiuto non solo un centro di controllo. Dalla Gran Bretagna importerei l'approccio al problema della sicurezza: nel 2001 sono stati pubblicati i dati sugli errori in corsia e questo ha portato a una riorganizzazione dell'intero sistema istituendo agenzie mirate, che collaborano stabilmente tra loro. Poi c'è il Giappone, che mi sta particolarmente a cuore. E' un Paese che ha fondato la cultura della qualità: lavorano in squadra e il manager è realmente a servizio delle persone da cui riceve continuamente stimoli. Il senso della disciplina viene appreso fin da piccoli e ci si chiede continuamente cosa si sta facendo per sé stessi e per gli altri. **Riguardo alla formazione, dob-**

biamo dire che vediamo molti corsi inutili, veri e propri sprechi di risorse. Penso, ad esempio, a molti corsi di leadership a persone che non hanno nemmeno un ruolo di coordinamento. Recentemente ci sono pervenute richieste di corsi sul Risk Management, ma ci hanno chiesto di non parlare di errori per non seminare "panico" all'interno delle organizzazioni: la richiesta si commenta da sola. A volte penso, e lavoro in un istituto che fa formazione e consulenza, sarebbe più utile introdurre dei "riti" per ricordare le persone che hanno subito le conseguenze di errori: due minuti di silenzio sarebbero più efficaci di tante ore di lezioni teoriche.



Leonardo la Pietra,
Direttore Sanitario IEO,
Presidente AIRISS

la Pietra. Intervengo solo per un commento sul Giappone, realtà che conosco molto bene. **Sull'errore in Sanità sono indietro di trent'anni rispetto all'Italia.** Non c'è cooperazione, non esiste team working, ma solo paura: tutti nutrono una sorta di timore reverenziale verso il primario, che ha potere di vita o di morte. C'è molto paternalismo e il paziente non viene informato. Va detto, tuttavia, che questo non

deriva dalla cultura giapponese, ma dall'introduzione qualche decennio fa del modello tedesco.

Patelli. Rispetto all'esperienza estera, posso dire che negli scambi avuti due anni fa al Forum internazionale di Arezzo, ho avuto l'impressione che l'Italia fosse piuttosto avanti nella tutela dei diritti del malato. **Il problema è che nel nostro paese c'è ancora molta frammentazione e quando si parla di sicurezza si pensa sempre alle stesse regioni: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana.** Dovremmo quindi trovare il modo per estendere queste esperienze anche ad altre regioni, rafforzando nel contempo la collaborazione sul piano istituzionale. In generale sarebbe utile rivalutare i sistemi sa-

nitari europei, che presentano sicuramente un alto grado di tutela, rispetto ad esempio al modello americano. A tal proposito invito a vedere il film istruttivo di Michael Moore.

Seconda domanda rivolta a assicuratori e broker:

"Su quali parametri basate le vostre offerte assicurative (numero di professionisti, dimensioni della struttura, presenza di un sistema di gestione per la qualità o per il rischio, innovazione tecnologica, ecc.)?"

Antognozzi. Premesso che il broker non "quota" direttamente una polizza, ma supporta l'azienda sanitaria nella ricerca della migliore copertura in relazione al proprio rischio, **noi di Marsh siamo perfettamente convinti che i parametri attuali con cui vengono quotati i rischi da parte delle compagnie assicurative vanno modificati, calandoli maggiormente nel contesto specifico delle strutture sanitarie.** La presenza di efficaci sistemi per la gestione della qualità e del rischio clinico, secondo quanto è stato detto nel primo giro di tavolo, rappresentano sicuramente un elemento di conoscenza fondamentale che, utilizzato in collaborazione con le compagnie di assicurazione, consentirebbe loro di effettuare valutazioni differenti e mirate. Anche al nostro interno stiamo effettuando studi ricerca volti a definire nuove formule contrattuali basate sulla reale rischiosità, dimensione e tipologia di prestazioni erogate.

Franzi. Oggi l'elemento di valutazione dominante è di norma il monte retribuzioni erogate al personale. Sulla base del calcolo del danno medio atteso e degli oneri accessori l'assicuratore calcola il premio, individuando poi il tasso da applicare appunto sulla base del parametro retributivo. Un metodo questo, a mio modo di vedere, ancora piuttosto artigianale. La domanda a cui si dovrebbe dare corretta risposta, tuttavia, è: qual è il reale indi-

ce di rischiosità di un'azienda? Qui la risposta richiede una serie di valutazioni che devono essere necessariamente condivise tra gli operatori. **Credo che nessun rappresentante del mercato assicurativo abbia la competenza per calcolare in maniera scientifica il rischio di un evento futuro, stabilendo peraltro come questo verrà valutato da un tribunale alla fine di una controversia durata magari vent'anni.** Oggi, infatti, il rischio è ancora calcolato in funzione dell'esperienza pregressa e in particolare della sinistrosità, dati e trend che gli operatori conoscono certamente bene. Ma si deve fare attenzione al fatto che il Risk Management serve anche a far emergere il "sommerso" che, riguardando fatti passati, non potrebbe in teoria nemmeno essere trasferito all'assicurazione. E' necessario, dunque, individuare un nuovo approccio al problema, mettendo in luce specifici indici di rischiosità delle aziende che, una volta definiti, non lascino poi il dubbio di essere stati solamente acquisiti e non realmente utilizzati.

Mancino. Il prezzo dell'assicurazione è basato essenzialmente su tre fattori: determinazione attuariale dei sinistri, in base alla modellizzazione del passato proiettata verso il futuro (tenendo conto anche dell'evoluzione degli scenari: nel caso della Responsabilità civile, ad esempio, la possibile variazione dell'atteggiamento della magistratura), alla quale si aggiungono poi i costi di gestione (sinistri, gestione amministrativa e l'utile atteso per l'assicuratore che è, ricordiamo, un imprenditore). Si ottiene dunque il prezzo base, che deve tradursi in un prezzo tecnico, il quale risente a sua volta della specificità del rischio che si va ad assicurare: pur se il premio è determinato sulla base delle retribuzioni la determinazione dell'effettivo rischio è legata alla tipologia di attività e dei servizi prestati. Per il calcolo del premio vengono anche considerati i sistemi di Risk Management interno e il loro impatto sul livello di rischio. Determinante nella definizione del prezzo tecnico è quindi la sinistrosità pregressa, che viene valutata in modo dif-

ferente dalle compagnie. Come parametro per il calcolo del premio oltre alle retribuzioni, oggi si tiene conto sempre più, anche a livello internazionale, del numero dei posti letto per specializzazione, che può essere un parametro attendibile alla luce degli attuali processi di esternalizzazione, che interessano molto servizi e che intaccano il valore della retribuzione come indicatore unico. Dal prezzo tecnico si passa al prezzo di polizza, sul quale influiscono le componenti contrattuali, come la franchigia, il limite di risarcimento, le clausole, ecc. Infine, per le strutture private, si tiene conto di una componente commerciale sulla quale incide il rapporto tra cliente e assicuratore. Sul tema della qualità, nel 2000 il nostro sistema sanitario nazionale era al secondo posto nella classifica dell'Oms, dopo la Francia. Ma l'Oms tiene conto del miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, della capacità di risposta delle strutture e della distribuzione delle risorse, ma non dell'impatto dell'errore sul sistema e in particolare della variabile magistratura. **Questo significa che anche un ottimo sistema sanitario può essere molto costoso a livello assicurativo.**

Steffano. Gli indicatori di rischio e le modalità di quantificazione dei premi stanno cambiando non solo per le Aziende Ospedaliere, ma anche nella tariffazione per i sanitari. **Zurich ha recentemente introdotto nuovi parametri di tariffazione con nuovi indicatori basati non solo più sulla specializzazione e sul rapporto con l'ente di appartenenza ma introducendo le variabili età e sesso.**

Roberto Cuda