

## PRIMO PIANO

### Si consolida il ramo danni

Lieve aumento (+0,4%) per il ramo danni italiano al 30 settembre 2017 rispetto allo stesso periodo del 2016. Lo rileva Ania nella sua comunicazione periodica, nota come Ania Trends.

Alla fine del terzo trimestre i premi totali, composti da quelli prodotti dalle imprese italiane e quelli delle rappresentanze estere sul territorio nazionale, sono stati pari a 25,6 miliardi di euro. Si tratta, fanno sapere da Ania, della seconda variazione tendenziale positiva dopo cinque anni consecutivi di calo. Il merito di questo piccolo rilancio è del rallentamento del calo del ramo auto, e della crescita dei premi degli altri rami danni. Il fatturato dell'Rc auto è stato pari a 10,2 miliardi, in calo del 2,8% rispetto alla fine del terzo trimestre del 2016, quando la diminuzione rispetto all'anno precedente era stata del 5,9%. I premi del ramo corpi veicolari terrestri sono stati pari a 2,2 miliardi, in crescita del 7% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Gli altri rami danni, alla fine del terzo trimestre del 2017, totalizzano oltre 13,2 miliardi di euro, con un tasso di crescita del 2%. In particolare, guardando al dettaglio dei sottorami, infortuni (+2,8%), tutela legale (+5,8%), malattia (+6,5%), assistenza (+6,6%) e perdite pecuniarie (+16,7%) registrano una variazione positiva superiore alla media.

Fabrizio Aurilia

## SALUTE & SANITÀ

### L'eccellenza italiana in sanità esiste

**L'Istituto Europeo di Oncologia ha adottato dal 2003 un modello di clinical risk management finalizzato prima all'efficienza dei percorsi di cura e poi alla compliance. Un sistema di misurazione degli eventi permette oggi di prevedere le complicanze e intervenire in modo preventivo**

La legge Gelli, che introduce una serie di modifiche sostanziali nella gestione del sistema sanitario, le novità normative internazionali<sup>1</sup>, gli stimoli a innovare del mercato e gli incentivi internazionali<sup>2</sup> all'innovazione tecnologica, hanno posto la sanità italiana a un crocevia. Quali sono i percorsi possibili? Il primo è quello di adottare un approccio conservativo, con l'introduzione di modifiche all'attuale gestione sanitaria solo nella misura in cui siano strettamente funzionali alla compliance normativa. L'altro è l'adozione di un approccio proattivo che accolga la previsione normativa come uno stimolo di auto-analisi finalizzata al fattivo miglioramento tanto in termini di sicurezza delle cure, quanto in termini di redditività ed efficienza aziendale.



#### I BENEFICI DI UN APPROCCIO PROATTIVO AL RISCHIO

Va rilevato che la sanità italiana ha mostrato negli anni un atteggiamento generalmente attendista e, dopo aver atteso la conversione del decreto Gelli in legge Gelli, attende ora sostanzialmente in modo passivo l'emanazione dei cinque decreti attuativi<sup>3</sup> previsti dalla normativa. È però di contro assodato che esistono eccezioni a tale approccio, con strutture sanitarie lungimiranti che hanno fatto propri metodi e strumenti di tipo *Enterprise risk management* (nel seguito *Erm*) che anticipano anche di oltre un decennio la previsione normativa e la spinta innovativa del mercato. Un esempio di tali strutture è rappresentato dall'**Istituto Europeo di Oncologia**<sup>4</sup> (nel seguito *leo*).

L'leo, in parte sulla spinta dell'accreditamento Jci, ha iniziato la progressiva attuazione delle attività di *clinical risk management* a partire dal 2003: sistema di *incident reporting*, audit, analisi intensive, studi di processo mediante *Failure Mode And Effect Analysis - Fmea*, incontri per discussione collegiale sui casi clinici, formazione obbligatoria per tutti i professionisti e successivamente per i neo-inseriti. Conseguentemente tutte le indicazioni, sia regionali che ministeriali, sul tema della sicurezza delle cure, sono state, o anticipate o facilmente recepite. Le motivazioni della spinta propulsiva erano semplici: l'Istituto rappresentava un'eccellenza clinica e doveva, pertanto, rappresentare un'eccellenza anche sotto il versante della sicurezza delle cure.

#### L'ECCELLENZA NON CEDE ALL'EFFICIENZA

Gli effetti della crisi economica sul Paese, giunta anche in sanità dal 2011-2012 in poi, hanno avuto implicazioni sui rimborsi delle prestazioni sanitarie e, conseguentemente, anche sulle strutture sanitarie. L'attuale management apicale leo, dal 2012 in poi, ha dovuto in prima istanza provvedere a un recupero di efficienza, ma non è mai stato chiesto che ciò avvenisse a scapito dell'eccellenza clinica.

(continua a pag. 2)

1 Regolamento EU 679 - 2016.

2 Industria 4.0.

3 Dei sei decreti attuativi è stato emanato quello che disciplina l'accreditamento delle società scientifiche e il sistema nazionale linee guida. Gli altri decreti dovranno toccare punti importanti, come l'osservatorio delle buone pratiche; il fondo di garanzia per coprire danni ultra massimale, la vigilanza sulle compagnie, i dati relativi alle polizze.

4 [www.iew.it](http://www.iew.it)

(continua da pag. 1)

Per fronteggiare lo scenario di maggiore incertezza generato dalla crisi economica, è stato chiesto un cambio di atteggiamento e di marcia, tali da rendere la qualità e la sicurezza funzionali a una strategia aziendale innovativa in tema di gestione e comunicazione delle performance. Non erano più sufficienti le certificazioni e i riconoscimenti, ma era necessario differenziarsi attraverso la qualità e la sicurezza delle performance cliniche. Una delle aree oggetto di attenzione da parte del risk management negli ultimi anni è quella delle complicanze chirurgiche e della gestione dei *privileges* dei professionisti sanitari mediante indicatori oggettivi (chi può fare cosa in base a quali evidenze). Nel clinical risk management, così come nel decreto Gelli, si parla di eventi avversi, e tutti noi addetti ai lavori sappiamo che un evento avverso è un evento, potenzialmente evitabile, che ha determinato un danno clinico a un paziente. In realtà, tutte le attività di clinical risk management messe in atto nella maggioranza delle aziende sanitarie autonomamente o per rispondere a richieste regionali-ministeriali, si riferiscono al tema degli errori *skill based*: le distrazioni, i fraintendimenti, etc. Si è quindi molto investito, anche giustamente, sull'ambito specifico di eventi ad alta risonanza mediatica (la garza in addome, il mancato soccorso del paziente in pronto soccorso, l'intervento su sede del corpo errata, il decesso per errore trasfusionale o di terapia farmacologica, etc). Tali eventi, pur essendo rilevanti e meritevoli di attenzioni, rappresentano, a parere di chi scrive, fenomeni minoritari rispetto al macro-tema delle complicanze in senso esteso, e alle conseguenze in genere di procedure ed interventi di bassa qualità e sicurezza.

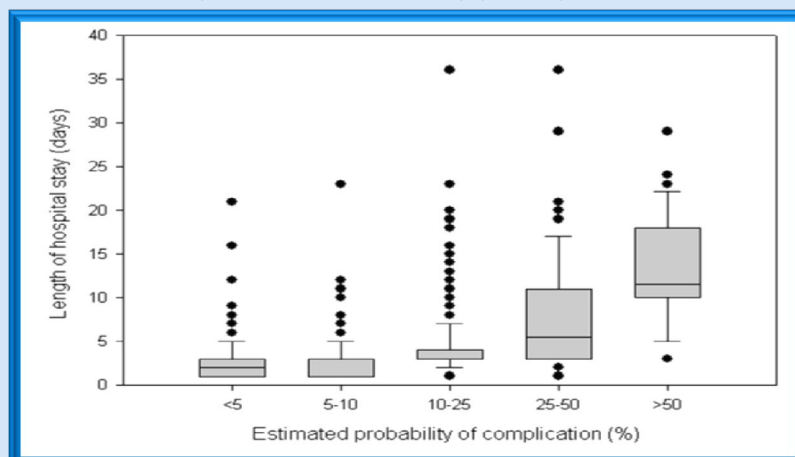
### MISURARE I CASI

Con il direttore sanitario leo ci si è chiesti se le complicanze che insorgono durante la degenza ospedaliera, o nell'immediato post dimissione fossero una naturale conseguenza della medicina/chirurgia o fossero in parte prevenibili, e quindi gestibili. Per scoprirlo è stato effettuato un faticoso lavoro retrospettivo su oltre 4.000 cartelle cliniche relative a pazienti trattati in un anno da tre divisioni chirurgiche. Sono state estrapolate tutte le variabili cliniche per standardizzare le informazioni sui pazienti, nonché le relative complicanze. Le analisi finali hanno dimostrato in modo oggettivo che le complicanze sono prevenibili (questo implica che rientrino a pieno titolo nell'ambito del decreto Gelli), e che esiste una variabilità legata alle caratteristiche dei pazienti e alle attitudini individuali e/o al grado di esperienza dei professionisti. Di seguito una tabella sintetica sui risultati di parte della ricerca che riporta oltre 1.500 pazienti di una delle divisioni analizzate, suddivisi in cinque classi di rischio con probabilità (espressa in %) diversa di sviluppare una complicanza. Dei 38 pazienti considerati ad alto rischio di complicanze, quasi il 70% ha effettivamente avuto una complicanza. L'analisi ha consentito anche le correlazioni tra classi di rischio e degenza ospedaliera, dimostrando (vedi grafico 1) che i pazienti con più alta probabilità di sviluppo di una complicanza, oltre ad avere manifestato tale evento, hanno anche avuto una degenza in ospedale più lunga rispetto alla media. (continua a pag. 3)

TABELLA 1

Risk Class		Total Surgeries	Surgeries with postoperative complications
Very Low Risk	<5%	370	15 (4%)
Low Risk	5-10%	347	23 (7%)
Medium Risk	10-25%	746	99 (13%)
High Risk	25-50%	84	36 (43%)
Very High Risk	>50%	38	26 (68%)

GRAFICO 1



© All rights are reserved

(continua da pag. 2)

## PREVEDERE PER PREVENIRE IL RISCHIO

Ne è conseguito lo sviluppo di un modello predittivo in grado di dire sicuramente al chirurgo e potenzialmente al paziente, a completamento dell'iter diagnostico ma prima di procedere all'intervento, cosa è ragionevole attendersi come probabilità di avere una complicanza. Questa informazione può essere utilizzata per una maggiore attenzione nella composizione delle équipe in relazione alla complessità dei casi clinici. Di seguito, un esempio concreto di possibile abbinamento per un intervento di cistectomia radicale, di un paziente con alta probabilità di avere una complicanza, con uno dei chirurghi che per quel determinato intervento ha un tasso di complicanze migliore rispetto alla media del gruppo.

I modelli ideati e testati per la gestione delle complicanze sono attualmente nella fase di implementazione nei processi industriali mediante la standardizzazione delle variabili cliniche e delle complicanze nella cartella clinica elettronica. L'entrata a regime è prevista nel corso del 2018; ciò consentirà di intervenire pro-attivamente e per mantenere bassi i tassi di complicanze (ove già ottimali) o di migliorarli (ove necessario).

## OTTIMIZZARE IL RISULTATO DI IMPRESA

Per provare a cercare una ragione oggettiva che motivi il diverso approccio dello IEO rispetto a molte altre strutture sanitarie italiane, è importante evidenziare la capacità del management che ha saputo coniugare l'esperienza clinica con quella del mondo industriale: la struttura sanitaria ha implementato, e sta implementando modelli e approcci di gestione coerenti con l'approccio risk based derivato dal mondo finanziario ma rendendolo *business driven*, ossia finalizzato alla efficienza gestionale per ottimizzare il risultato di impresa, e non *regulatory driven*, ossia finalizzato alla compliance normativa, come spesso accade in contesti sovra-normati come quello degli investitori istituzionali. Lo IEO quindi ha introdotto fattive modifiche alla propria gestione strategica e operativa per avere un effettivo miglioramento della qualità e dei risultati con sostanziale ampia anticipazione di quanto richiede oggi la legge Gelli. L'eventuale certificazione della struttura e la compliance normativa sono la mera formalizzazione di un dato di fatto.

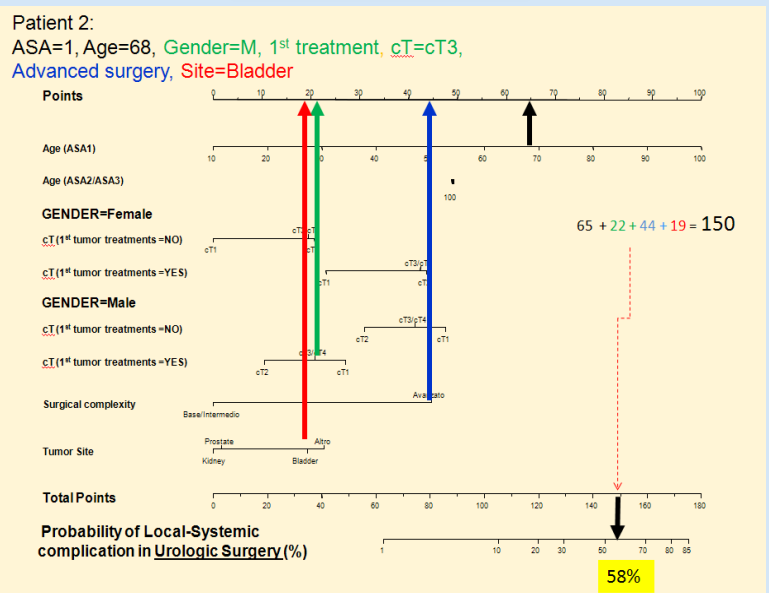
**Paola Luraschi**  
**Massimo Monturano,**  
*risk manager Istituto Europeo di Oncologia*

## How to associate surgeon's skills to patient's complication risk

### Surgeon X Performance

SITE	tot intervention	PO complications (Clavien-Dindo)		Standardized Ratio (O/E)		
		Obs	Exp	Estimate	95% Low lim	95% Upp lim
<b>BLADDER</b>	<b>41</b>	<b>4</b>	<b>9.3</b>	<b>0.43</b>	<b>0.01</b>	<b>0.85</b>
PROSTATE	50	12	16.3	0.74	0.32	1.15
KIDNEY	4	2	2.0	0.98	0.00	2.33
TESTIS	4	0	0.0			
PENIS	2	0	0.0			
URETER	1	4	0.4	10.50	0.21	20.79
OTHERS	4	0	1.4	0.00	0.00	0.00
<b>ALL - ADJUSTED*</b>	<b>106</b>	<b>22</b>	<b>29.4</b>	<b>0.75</b>	<b>0.44</b>	<b>1.06</b>
<b>ALL - UNADJUSTED</b>			<b>32.5</b>			

### Patient's risk of events



\* by site, difficulty of surgical technique, patient's risk of events

© All rights are reserved

## Insurance Daily

Direttore responsabile: Maria Rosa Alaggio [alaggio@insuranceconnect.it](mailto:alaggio@insuranceconnect.it)

Editore e Redazione: Insurance Connect Srl - Via Montepulciano 21 - 20124 Milano

T: 02.36768000 E-mail: [redazione@insuranceconnect.it](mailto:redazione@insuranceconnect.it)

Per inserzioni pubblicitarie contattare [info@insuranceconnect.it](mailto:info@insuranceconnect.it)

Supplemento al 20 novembre di [www.insurancetrade.it](http://www.insurancetrade.it) - Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012 - ISSN 2385-2577

## WORKSHOP

# IFRS 17 IN PRATICA

27 NOVEMBRE 2017

MILANO — LaGare Hotel Milano, Via G.B. Pirelli 20, 20124 — 9.30 - 13.00

## AGENDA :

9.30 – 10.00 - Welcome coffee e registrazione

10.00 – 10.30 - Gli aspetti strategici e l'impatto sul business  
*Ed Morgan, Milliman managing director Italy & CEE*

10.30 – 11.10 - IFRS 17 in pratica, le principali sfide, il processo di transizione  
*Henny Verheugen, Milliman, principal*

11.10 – 11.30 - Coffee break

11.30 – 12.00 - IFRS 17: Prevedibili impatti dal punto di vista di Generali  
*Massimo Tosoni, head of group accounting policy & reporting, Assicurazioni Generali*

12.00 - 12.45 - An advanced solution to IFRS 17  
*Luca Cavaliere, Milliman, principal*  
*Amritpal Khangura, Milliman LTS consulting actuary*

12.45 – 13.00 - Q&A

13.00 - Chiusura lavori e pranzo a buffet



Il workshop si rivolge ad amministratori delegati, direttori generali, CFO, responsabili delle funzioni attuariali e bilancio.

Iscriviti su [www.insurancetrade.it](http://www.insurancetrade.it)

Scarica il programma completo