



RISK MANAGEMENT SANITARIO: GOVERNO DEI RISCHI E COPERTURE ASSICURATIVE NEL WELFARE ITALIANO

Prof. Coviello Antonio¹, Dott. D'Antonio Carmine²

¹ Ricercatore CNR (IRISS) e Professore di Marketing Assicurativo nell'Università S.O. Benincasa di Napoli

² Esperto in Assicurazioni

ABSTRACT

Il settore sanitario italiano appare attualmente sottoposto a notevoli rischi provenienti dalla continua ricerca di una "sostenibilità" complessiva del sistema. Si assiste, infatti, ad una domanda in continua evoluzione che impone l'adozione di modelli di servizio innovativi capaci di far fronte all'invecchiamento della popolazione, alla carenza di adeguata prevenzione, alla diffusione delle malattie croniche e alla maturazione di aspettative di cure personalizzate e sempre più evolute. Pertanto, anche per questi motivi, le aziende sanitarie sono sollecitate ad un salto culturale che mette in discussione abitudini e prassi consolidate.

In questo quadro si assiste ad un altro fenomeno che sta investendo il settore, ovvero il moltiplicarsi delle denunce per malpractice medica, che colpiscono i singoli professionisti e le strutture sanitarie, con un conseguente incremento dei costi assicurativi e il rischio di una progressiva diffusione della cosiddetta "medicina difensiva", a sua volta colpevole di ulteriori aggravati economici.

Per arginare il problema, le aziende del settore sanitario stanno investendo su percorsi sistematici di risk management, finalizzati a minimizzare il rischio clinico/sanitario.

Il lavoro qui presentato, inserito in un filone di ricerca specifico dell'IRISS-CNR (denominato "L'innovazione come opportunità per la gestione dinamica del rischio clinico/sanitario", ndr), si propone di intercettare queste due tendenze convergenti, evidenziando come i due fenomeni (innovazione e gestione del rischio clinico/sanitario) possano essere gestiti con maggiore efficacia in modo coordinato. Infatti, l'innovazione implica un'evoluzione delle tecnologie, delle competenze, delle preferenze di tutti gli attori del sistema, che portano a nuove modalità di erogazione delle prestazioni e performance sempre più elevate e complesse. Tali modifiche si riflettono sui profili di rischio, inevitabilmente condizionati dai nuovi strumenti tecnologici, dalle nuove procedure e dai nuovi modelli di servizio.

INTRODUZIONE: IL GOVERNO DEL RISCHIO CLINICO/SANITARIO

All'inizio del terzo millennio un tema centrale nell'agenda politica appare la sfida del diritto universale alla salute, attraverso un ripensamento dei modelli di gestione del rischio in chiave dinamica, facendo leva sulla cultura organizzativa della sicurezza per rivedere i sistemi di prevenzione in una logica sistemica e interorganizzativa e valorizzando la capacità degli operatori di fronteggiare situazioni inattese.

Nuovi scenari di erogazione dei servizi sanitari stanno incidendo sui modelli di gestione del rischio clinico/sanitario, al fine di individuare le opportunità che l'innovazione offre non solo per migliorare le condizioni di efficienza e di efficacia dell'offerta, ma anche per ottenere migliori risultati in termini di risk management.

L'analisi dei rischi è argomento di grande attenzione da parte degli studiosi e di importante attualità in quanto alla base delle decisioni finanziarie; oltre alla crescente insopportabilità dei vincoli insiti in quegli approcci che si fondano sulle ipotesi di simmetria informativa e assenza di conflitti di interesse (Golinelli, 2000). Sotto un profilo generale viene correlato alla possibilità che in un determinato intervallo di tempo si possano manifestare eventi capaci di influire significativamente sul conseguimento di un determinato obiettivo (Coviello, 2009).

Laddove non è possibile rimuoverli, occorre capire e prevedere le circostanze in cui tendono a manifestarsi, identificare le risorse e le azioni per limitarne gli effetti. Non pianificare le azioni di difesa, significherebbe rispondere agli eventi solo dopo che essi si sono verificati, con danni e perdite, cioè nel momento meno opportuno, in una posizione di estrema debolezza strutturale (Chiarlo, 1993).

Il raggiungimento di tali obiettivi è legato alla capacità di accrescere la conoscenza degli eventi dannosi e delle vulnerabilità. I rischi dell'impresa, pubblica o privata, possono essere gestiti dall'organo di governo, anche attraverso la predisposizione di relazioni con altri soggetti che caratterizzano l'ambiente di riferimento dell'azienda (Coviello, Di Trapani 2018). Pertanto, la gestione del rischio può essere trasferita ad un soggetto che fa parte della struttura dell'impresa o trasferito all'esterno.

La possibilità di gestire il rischio, anche quello clinico/sanitario, attraverso il ricorso al trasferimento assicurativo è **connessa** alla capacità dell'impresa: di conoscere e ritenere gli eventi suscettibili di influenzare negativamente la propria evoluzione; di trasferire a terzi la gestione dei rischi risultanti dagli eventi sfavorevoli percepiti; di trovare riscontro nella attitudine e propensione al rischio dei soggetti collocati nell'ambiente di riferimento.

■ IL GOVERNO DEI RISCHI NEL SISTEMA DEL WELFARE

L'analisi dettagliata dei pericoli è fondamentale per ridurre l'alea e quindi il rischio. Il rischio a cui si fa riferimento, parlando di alee e di pericoli, è quello connesso alla possibilità di perdite o del pagamento di servizi. Ciò comporta una restrizione rispetto alla definizione accademica: desiderando riferirci soprattutto alle operazioni assicurative, i rischi da assicurare sono riconducibili a quelli di tipo statico (che possono segnare solo perdite) e non quelli dinamici. Questi ultimi, infatti, proprio perché originati dalle ordinarie operazioni di investimento, produzione e reintegro compiute dall'impresa, hanno manifestazioni economiche sia positive che negative (Chiarlo 1993, Coviello 2009).

I rischi statici (o puri) sono quei rischi che rappresentano una variazione di segno negativo rispetto ad una data situazione prevista; tale variazione può determinare perdita assoluta (distruzione della ricchezza esistente) e/o perdite relative (riduzione o distruzione di ricchezza rispetto a quelle che si era prevista di produrre). Il loro effetto è sempre negativo, perché una loro assunzione non potrebbe produrre mai utili. Essi, però, possono essere assoggettati ad un rigoroso controllo scientifico (impossibile, invece, per i rischi dinamici). (Borghesi, 1985).

I rischi dinamici o impuri sono quei rischi connessi ad azioni e decisioni intraprese con intento speculativo, ossia allo scopo di produrre ricchezza. Il loro effetto sul risultato di esercizio è sia positivo che negativo, in quanto una loro assunzione può dare origine sia ad utili che a perdite.

Il fatto che i rischi dinamici possano produrre sia perdite che utili, li fa accettare di buon grado dagli imprenditori professionali ed, anzi, si può affermare che lo sviluppo e la crescita di un sistema economico sono condizionati dall'assunzione di un certo numero di rischi dinamici. Al contrario, è interesse di tutti controllare e ridurre i rischi statici, minimizzando le perdite accidentali.

Il settore assicurativo si è imposto grazie alla sua capacità di gestione e trasferimento del rischio, divenendo un partner prezioso per coloro che vogliono sviluppare la propria attività imprenditoriale, tutelarsi dal possibile verificarsi di eventi dannosi, garantirsi un ottimale sistema di welfare per il proprio futuro (Coviello and Pellicano, 2010).

Ed il sistema del welfare rientra sicuramente nella sfera di quei rischi che, se correttamente valutati dagli individui, dalle parti sociali (imprese e sindacati) e dal Governo, possono trovare una risposta nell'industria assicurativa (Coviello 2009).

La necessità di contenere deficit e debito pubblico, alla luce anche dei mutamenti della struttura demografica della popolazione italiana, sta riducendo il ruolo

dello Stato nel campo della sicurezza sociale. I recenti drastici tagli ai fondi per le politiche sociali ci inducono ad una seria ed approfondita riflessione sul futuro dell'assistenza alle persone, soprattutto quelle non autosufficienti, nel nostro paese (D'Antonio, 2014).

Così, se lo Stato non riesce più a dare risposte concrete alle esigenze dei cittadini riducendo le prestazioni sanitarie e pensionistiche, strumenti integrativi collettivi o individuali sono disponibili sul mercato per colmare il gap.

■ LA SOSTENIBILITÀ DEL RISCHIO CLINICO/SANITARIO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Le condizioni di criticità delle finanze pubbliche italiane richiamano l'attenzione sulla sostenibilità complessiva del sistema sanitario che non può basarsi solo vincoli economici ma deve tenere conto di altri punti di vista seguendo un approccio multidisciplinare. Per avere una visione globale delle politiche necessarie per assicurare l'effettivo diritto costituzionale alla salute, è necessario raggiungere il massimo risultato con il costo sociale più ragionevole possibile.

Il tema della sostenibilità della spesa sanitaria privata italiana, in continua crescita, assume particolare rilievo nell'attuale contesto economico e sociale, che è altamente caratterizzato da problemi di bilancio pubblico, modifiche strutturali di natura demografica e da "flessibilità" per ampie fasce di lavoratori¹. Ne discendono pertanto problematiche di tutela del diritto alla salute dei cittadini e di fruibilità delle prestazioni sanitarie, soprattutto, per chi ha redditi più bassi, per chi è gravato da problemi di non autosufficienza, per coloro che hanno occupazione meno stabile e per coprire le esigenze specifiche delle donne. Inoltre, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione italiana sta creando nuove esigenze, non ultime quelle di vivere anni con forti limitazioni nelle attività della vita quotidiana. La precarietà del lavoro aumenta il numero delle persone che rinunciano alle cure.

Il sistema italiano di gestione del rischio clinico/sanitario prevede la gestione pubblica del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), i fondi sanitari integrativi, che integrano le prestazioni di base del SSN e le forme individuali di assistenza sanitaria, con prestazioni riconosciute tramite polizze assicurative².

La domanda di contribuzione, volontaria o negoziale, ai Fondi Sanitari Integrativi e la sottoscrizione delle polizze assicurative sanitarie è fondata sulla ripartizione del rischio tra gli aderenti/assicurati. Essa è correlata alla certezza che sia garantito agli iscritti/assicurati il livello di prestazione finale³ promesso dal Fondo integrativo del Servizio Sanitario Nazionale/assicuratore, quale risultato della strategia di governo dei rischi adottato.⁴

¹ Vedi documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato nella legislatura 17^a dalla 12^a commissione permanente - resoconto sommario n. 524 del 10/01/2018 (doc. xvii, n. 13) http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=SomComm&leg=17&id=01063787&part=doc_dc&parse=no&stampa=si&toc=no#_Toc421032020

² Vedi IVASS 2019, Relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2018, pag. 122.

³ Si tratta di Servizi ospedalieri, farmaceutica sempre più in grado di intervenire sulla cura delle malattie, aumento della cronicità delle stesse, cure odontoiatriche, compresa la protesica, ottica, fisioterapia, esami e diagnostica, visite specialistiche, attività di diagnosi precoce.

⁴ Per il ruolo del settore assicurativo nella sanità integrativa e le problematiche emerse dall'azione di vigilanza dell'I-

Per la non autosufficienza, ad esempio, nel settore assicurativo gli operatori gestiscono le risorse, accumulate durante l'arco della vita lavorativa, con un modello mutualistico ed erogano una prestazione, in forma di rendita e/o con l'erogazione diretta di servizi di assistenza, integrativa rispetto alla spesa pubblica, prevista per la componente sanitaria e la spesa per indennità di accompagnamento.

Il CCNL del settore assicurativo italiano prevede la costituzione di un Fondo LTC per il cui finanziamento le imprese versano un contributo annuo pari allo 0,50% della retribuzione annua tabellare di ciascun dipendente.⁵

È parere unanime sostenere che con l'ottimizzazione dei costi è possibile ottenere un risparmio su tutte le prestazioni della sanità integrativa e che la digitalizzazione agevoli l'accesso immediato alle prestazioni, individuando i professionisti più idonei, e faciliti l'erogazione della prestazione.

È materia di discussione l'opportunità di affidare in gestione la spesa sanitaria privata e di ricollettivizzare tipologie di prestazioni erogate dalle forme sanitarie integrative, al fine di ottenere una maggiore inclusione dei cittadini italiani. La forma collettiva non ha selezione del rischio all'ingresso, copre anche patologie sanitarie preesistenti, eleva i limiti massimi di età, ecc. È ovvio che l'amministrazione debba perseguire una politica di trasparenza, prefissandosi obiettivi di massima efficienza e di garanzia di sostenibilità futura secondo criteri di buona gestione dell'attività operativa.

La sostenibilità di un progetto mutualistico richiede, tra l'altro, un piano strategico di medio termine, solidi requisiti organizzativi e patrimoniali, un sistema di *risk management* e di controllo dei rischi che assicuri comportamenti professionali e corretti, qualità elevata del servizio reso, celerità della prestazione contrattuale, controlli adeguati e adozione di buone pratiche che i soci aderenti al Fondo sono obbligati a rispettare.

Sta prioritariamente alle parti sociali il compito di valutare le potenzialità di strumenti di sanità integrativa nell'ambito della contrattazione collettiva nazionale. Aziende private e della pubblica amministrazione, autorità di vigilanza indipendenti, alcune Casse delle professioni (Cassa forense, Cassa del Notariato, ecc.) hanno costituito da tempo forme di integrazione sanitaria.

Le potenzialità di forme di sanità integrativa sono il banco di prova per la collaborazione tra pubblico e privato. Essa deve essere basata sui principi quanto più estesi possibili in termini di eguaglianza, solidarietà, universalità, mutualità, complementarietà con il SSN e con la capacità di riuscire a gestire i bisogni di nuove cure dei cittadini, sempre più personalizzate.

In Italia siamo di fronte ad un'esigenza diffusa di recuperare sicurezza e protezione della vita umana e di rendere effettivo il diritto dei cittadini a ricevere servizi. Il nostro Paese risulta essere sottoassicurato e questa è una vulnerabilità nazionale, delle famiglie e delle imprese. Alcuni Paesi hanno risolto il problema obbligando i cittadini ad assicurarsi ma questa soluzione appare come ultima spiaggia; piuttosto, il cliente

dovrebbe capire il valore del servizio e scegliere liberamente (D'Antonio 2014).

3 Sanità integrativa e fiscalità agevolata: alcuni dati

La diffusione della sanità integrativa è fortemente legata alle scelte sulle agevolazioni fiscali, in considerazione dell'utilizzo di soldi pubblici, sia alle imprese che al cittadino, e alla necessità di dimostrare che le stesse contribuiscano al perseguimento dell'interesse generale.

Per un nuovo sistema collettivo di protezione occorre in premessa avere una visione integrata pubblico-privato a livello nazionale del governo dei rischi.

Il sistema deve avere una sua sostenibilità e, pertanto, quello dei risultati di gestione del soggetto che opera nella sanità integrativa diventa un argomento prioritario. A fronte di un costo certo va garantita una prestazione indefinita, in quanto le spese in sanità possono eccedere oltre le valutazioni iniziali.

Per rendere efficace il diritto alla salute dei cittadini e la volontà degli stessi di scegliere fra il sistema pubblico e il sistema privato, vi è il problema della solidità del Fondo sanitario che garantisce la promessa di erogare prestazioni nei confronti dei cittadini.

Per comprendere poi i costi del sistema e le potenziali condizioni di sostenibilità della promessa di qualsiasi operatore della sanità integrativa ai cittadini, si riportano di seguito i dati IVASS sul ramo malattia conseguiti dalle imprese nel 2017.

I premi contabilizzati nel 2017, raccolti da parte delle 61 imprese del ramo Malattia, raggiungono 2.571 milioni di euro (8% sul totale dei premi danni e in crescita del +9,5% rispetto al 2016) e rappresentano il 45,5% della raccolta del Comparto Salute. Si conferma il trend d'aumento evidenziatosi nel 2016 (+9,6%) e nel 2015 (+4,1%);

I sinistri denunciati sono in totale 5.871.299, in netto aumento (+12,9%) sia rispetto al 2016 che al 2012 (+38,4%);

La frequenza sinistri complessiva rispetto alle unità di rischio assicurate è del 40,2%, in aumento sia rispetto al 2016 (37,9%) che al 2012 (35,4%).

Il premio medio emesso per unità di rischio assicurata nel 2017, al netto degli oneri fiscali e parafiscali, è pari a 176 euro (+1,9% a prezzi costanti rispetto al 2016).

Per ogni sinistro sono stati pagati in media 245 euro (con un forte decremento del -33,4% rispetto al 2012 (a prezzi costanti 2017) a causa della forte crescita del numero dei sinistri.

Tenuto conto delle componenti economiche derivanti dai rendimenti finanziari e dalle cessioni in riassicurazione, l'utile del ramo si è attestato nel 2017 a 130 milioni di euro, in crescita (+2,4%) rispetto al 2016. Il ramo ha sempre chiuso in utile negli ultimi venti anni.

Il risultato tecnico netto per unità di rischio assicurata è pari a circa 9 euro, in sostanziale stabilità rispetto al 2016, ma in crescita in confronto al 2012 (circa 4 euro).

Se si escludono le componenti finanziarie, di riassicurazione e altre voci residuali, il margine tecnico atteso per unità di rischio assicurata nel 2017 ammonta

VASS vedi Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale Audizione del Segretario Generale Stefano De Polis alla Camera dei Deputati nell'ambito dell'Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale - Roma, 2 aprile 2019.

⁵ Vedi accordo ANIA-Sindacati sulla polizza LTC collettiva per i dipendenti del settore assicurativo: <https://www.ltc.ania.it/funzioni/pubblica/ilfondo/chisiamo.jsp>.

a 18 euro circa (12 euro circa nel 2016 a prezzi costanti 2017).

Cfr. IVASS Bollettino Statistico Anno VI - N. 5 - 25 marzo 2019 - L'attività assicurativa nel comparto salute e nei rami incendio e r.c. generale (2012 - 2017).

Per il mantenimento delle promesse fatte ai cittadini nel settore assicurativo bisogna tenere conto che esiste una normativa europea molto stringente sull'esercizio dell'attività assicurativa e un'Autorità di vigilanza specifica di settore, che è impegnata nel superamento delle criticità emerse.⁶

In generale, non vi è una soluzione univoca per la copertura del rischio clinico/sanitario, che offra le prestazioni necessarie, appropriate, di qualità e efficienti, senza creare disuguaglianze sociali. Vi è pertanto l'esigenza di avere la giusta fiducia nel progetto, con la possibilità di riscontrare che il bilancio supporti le promesse dell'operatore, la stabilità tecnico-economica nonché una adeguata creazione di valore per il cittadino (differenza tra erogato e incassato).

Nel settore della sanità integrativa è **necessario** un Piano generale di gestione dei rischi per utilizzare e sviluppare le migliori realtà economiche esistenti, pubbliche e private, una legislazione idonea e un'autorità di vigilanza autorevole.

La qualità del piano richiederà il sostegno finanziario mediante agevolazioni fiscali a fronte della copertura dei rischi sanitari legati alla salute e al benessere dei cittadini. La misura del sostegno andrà

valutata in base all'efficacia del piano e al riscontro dell'efficienza nel tempo dei risultati raggiunti.

La salute è una condizione, troppo spesso sottovalutata, essenziale per la crescita economica di un Paese. L'uscita dalla situazione di sofferenza del sistema sanitario italiano diventa una sfida enorme per garantire i diritti dei cittadini alle prestazioni sanitarie.

Le scelte pubbliche delle "parti sociali" (imprese e sindacati) auspicabilmente dovranno essere rivolte ad innestare processi inclusivi e solidaristici che aiutino i cittadini a prevenire i problemi e migliorare la loro qualità della vita, attraverso prodotti con servizi efficaci al raggiungimento delle finalità di protezione sociale, facili da comprendere, di adeguata qualità, dall'accesso immediato e dall'assistenza "su misura" in caso di bisogno. Per questo la leva fiscale incentivi forme di welfare aziendale, la convenienza ad acquistare prodotti di protezione per la sanità complementare, agevoli le forme di sostegno agli anziani per la non autosufficienza. È auspicabile che si trovi una sintesi per una linea direttrice condivisa dell'intero eco-sistema che impatti favorevolmente su cittadini e imprese.

Le dinamiche future dell'offerta di protezione sanitaria in Italia dipenderanno dalle scelte politiche sulla visione della società italiana nel terzo millennio, ponendo l'accento sul fatto che debbano esistere meno disuguaglianze e debba crearsi un movimento solidaristico al passo con i tempi.

⁶ Vedi D'Antonio C. 2019, in *NotizieSnfia* n... (in pubblicazione).

BIBLIOGRAFIA

1. ANIA, 2014. Malpractice, il grande caos, Dossier, a cura di Sabbatini R., pp. 1-82, disponibile presso il sito <http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier-e-position-paper/Dossier-ANIA-Malpractice-il-grande-caos.pdf>
2. Barach, P., 2002. Lessons from the USA. In: Emslie, S., Knox, K., Pickstone, M. (Eds.), *Improving Patient Safety: Insights from American, Australian and British healthcare*. ECRI and Department of Health, London, UK.
3. Bellandi, T., Albolino, S., & Tomassini, C. R. (2007). How to create a safety culture in the healthcare system: the experience of the Tuscany Region. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 8(5), 495-507.
4. Bridges, J.F.P., 2006. Lean systems approaches to health technology assessment. A patient-focused alternative to cost-effectiveness analysis. *PharmacoEconomics* 24 (2), 101-109.
5. Brusoni, M., Trincherò, E., Marazzi, L., & Partenza, I. (2012). Gestione, ritenzione e assicurazione del rischio: alla ricerca di una prospettiva integrata. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi*.
6. Coviello A., 2005. Il governo dei rischi d'impresa. *Il Risk management tra prevenzione e trasferimento assicurativo* (8834853474), G.Giappichelli Editore, Torino
7. Coviello A., Pellicano M., 2010. *Marketing Assicurativo*, Collana di Economia, Liguori, Napoli
8. Coviello A., 2016. Il ruolo delle Assicurazioni e del Risk Management nella responsabilità sanitaria, atti "Riflessioni Sulla Nuova Responsabilità Professionale Sanitaria", Napoli, Centro Congressi Università Federico II, 16 maggio 2016
9. Coviello A., D'Antonio C., 2018. The insurance industry's mission in the welfare policies, Epei Conference- Economic Policies For Economic Imbalances: Institutions, Actors And Emerging Issues, Università di Napoli Parthenope, 28-29/09/2018 (in pubblicazione)
10. Coviello A., Di Trapani G., 2018. The Risk Management and the transfer to the insurance market, riv. SpringerLink, <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-91791-7?page=1#aboutSICC>, 2017 Conference, Roma
11. Coviello A., Di Trapani G., 2017. The management of a risk identification, measurement and treatment, 1st Scientific International Conference on CBRNe, Springer International Publishing (ISBN 978-3-319-9111).
12. Coviello A. e Di Trapani G., 2015. Il Risk Management nelle imprese italiane tra prevenzione e ritenzione dei rischi. - *Rivista elettronica di Diritto, Economia, Management*, Editor: CLIOedu (Roma - Lecce) num. /2015 (ISSN: 2039-4926)791-7)
13. D'Antonio C., 2008. *Assicurazioni R.C. Auto e Vita*, 1° ed., Roma, Gruppo Buffetti S.p.a

14. D'Antonio C., 2014, La nuova governance per la gestione dei rischi e dei controlli interni dell'impresa assicurativa italiana, in *Tempo Finanziario*, Anno IV - Numero 3/2014
15. D'Antonio C., 2019, Welfare day 2019, in *NotizieSnfia*
16. De Vries, E. J., 2006. Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services. *Research policy*, 35(7), 1037-1051.
17. Djellal, F., Gallouj, F., & Miles, I., 2013. Two decades of research on innovation in services: Which place for public services?. *Structural Change and Economic Dynamics*, 27, 98-117.
18. Etchells, E., Koo, M., Daneman, N., McDonald, A., Baker, M., Matlow, A.,... & Mittmann, N., 2012. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. *BMJ quality & safety*, 21(6), 448-456.
19. Flin, R., & Patey, R., 2009. Improving patient safety through training in non-technical skills.
20. Gallouj F., Savona M., 2009 Innovation in services: a review of the debate and a research agenda, *Journal of evolutionary economic* 19:149–172.
21. Gallouj, F., Djellal, F. (Eds.), 2010. *The Handbook of Innovation and Services: A Multidisciplinary Perspective*. Edward Elgar Publishers, Cheltenham, Northampton.
22. Gallouj, F., Toivonen, M., 2011. Elaborating the characteristics-based approach to service innovation: making the service process visible. *Journal of Innovation Economics* 8 (2), 33–58.
23. Gallouj, F., Weinstein, O., 1997. Innovation in services. *Research Policy* 26(4–5), 537–556.
24. Gluck, P. A., 2008. Medical error theory. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 35(1), 11-17.
25. IVASS, 2019. Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale Audizione del Segretario Generale, nell'ambito dell'Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, Camera dei Deputati, - Roma, 2 aprile 2019
26. IVASS, 2019. L'attività assicurativa nel comparto salute e nei rami incendio e r.c. generale (2012 - 2017). *Bollettino Statistico Anno VI - N. 5 - 25 marzo 2019*
27. IVASS, 2019, Relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2018, Roma 20 giugno 2019
28. Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M. (Eds.), 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press, Washington, DC.
29. Körvers, P.M.W., Sonnemans, P.J.M., 2008. Accidents: a discrepancy between indicators and facts! *Safety Science* 46, 1067–1077.
30. Leape, L.L., Brennan, T.A., Laird, N., Lawthers, A.G., Localio, A.R., Barnes, B.A., Hebert, L., Newhouse, J.P., Weiler, P.C., Hiatt, H., 1991. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *The New England Journal of Medicine* 324 (6), 377–384.
31. Maggiore G., & Morvillo, A., 2015. L'innovazione nei servizi pubblici: un caso nel settore sanitario. *Economia e diritto del terziario*.
32. Marshall, M., & Øvretveit, J., 2011. Can we save money by improving quality?. *BMJ quality & safety*, bmjqs-2010.
33. Reason, J. 2000. Human error: models and management. *Western Journal of Medicine*, 172(6), 393.
34. Reason, J., 2001. Understanding adverse events: the human factor. In: Vincent, C. (Ed.), *Clinical Risk Management: Enhancing Patient Safety*, second ed. BMJ Books, London, UK.
35. Reason, J., 2002. Combating omission errors through task analysis and good reminders. *Quality and Safety in Health Care* 11 (1), 40–44.
36. Sale, D., 2005. *Understanding Clinical Governance and Quality Assurance*. Palgrave Macmillan, New York.
37. Vainieri, M., Flore, E., Tartaglia, R., & Bellandi, T. (2014). Analisi comparata dei modelli di gestione dei sinistri in sanità. Prime evidenze empiriche sui costi dei sinistri. *Mecosan*.
38. Wilson, K. A., Burke, C. S., Priest, H. A., & Salas, E. (2005). Promoting health care safety through training high reliability teams. *Quality and Safety in Health Care*, 14(4), 303-309.
39. Windrum, P., Garcia-Goni, M., 2008. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. *Research Policy* 37, 649–672.