

RC SANITARIA

Coperture dei rischi, l'esempio viene da oltre confine

Dopo l'aumento dei contenziosi, molte compagnie hanno abbandonato il settore, lasciando senza copertura varie aziende ospedaliere. Che, per ovviare, hanno cercato di emulare esperienze estere



Paolo Vinci è avvocato e docente di Diritto sanitario all'università Milano-Bicocca.

In Italia, negli ultimi 20 anni, il contenzioso sanitario è cresciuto in maniera esponenziale. Due le cause principali: la scia dell'esperienza degli Stati Uniti e la maggior consapevolezza acquisita dai cittadini in merito al risarcimento dei danni. Circostanza questa che è aumentata - e di molto - con la recrudescenza della crisi che, purtroppo, induce qualcuno a "raschiare il barile". Infatti, il numero di queste richieste, non solo è aumentato dal punto di vista numerico, ma soprattutto rispetto al costo medio del singolo sinistro.

Tutto ciò ha determinato pesanti conseguenze non solo sul mondo assicurativo che (questo va detto), si è auto-protetto con franchigie sempre più elevate, ma anche e soprattutto sul Servizio sanitario nazionale. Il fenomeno ha, così, incrementato in maniera notevole la spesa sanitaria.

Le ripercussioni sul sistema assicurativo e quindi la conseguente "autotutela" realizzata dalle compagnie è stata dettata, in primo luogo, da una circostanza: il rapporto sinistri/premi è cresciuto oltre il 120%. Con un'ovvia conseguenza: l'allontanamento delle assicurazioni dalla responsabilità civile sanitaria e la contemporanea crescita molto forte delle polizze.

Oltre all'aumento dei prezzi, ci sono state anche sostanziali modifiche delle garanzie di polizza, come per esempio il regime tem-

porale di operatività del contratto (*loss occurrence* contro *claims made*), l'introduzione di franchigie elevate e altre condizioni contrattuali che hanno via via creato un progressivo aumento di barriere difensive contro il rischio, sempre maggiore, di "bagni di sangue" non indifferenti. Questa evidente anti-economicità, data dall'aumento sia dei sinistri sia del loro costo medio e del rapporto tra i sinistri liquidati e i corrispondenti premi incassati, non ha fatto altro che determinare la riduzione delle compagnie assicurative disposte alla gestione di questo tipo di polizze.

In Italia, solo la compagnia americana AmTrust ha invertito questa tendenza, assicurando circa 200 aziende di assicurazioni.

La risposta a questa contrazione di mercato è stata, in alcuni casi, l'emulazione di politiche adottate all'estero, in paesi dove alla crisi del mercato assicurativo si è associata un'elevata autonomia decisionale a livello pubblico.

La trasformazione della sanità italiana in servizio su scala regionale ha anche favorito la ripresa dei modelli internazionali: negli ultimi anni, infatti, in alcune regioni sono state indette gare centralizzate per l'acquisizione dei servizi assicurativi, con lo scopo di realizzare economie di scala commerciali. In questi casi, la regione (o un gruppo di aziende sa-

nitarie) ha, dunque, indetto gare che tendevano ad assicurare tutte le aziende aderenti attraverso un contratto-quadro omogeneo e a un prezzo identico per tutte: in alcuni casi si sono ottenute risposte positive immediate sul piano dei costi a breve, ma sono state molto scarse le iniziative per aumentare l'efficacia nella gestione del contenzioso con gli utenti.

Anche in seguito al decreto Balduzzi (legge n.189/2012), il legislatore ha cercato di trovare una soluzione a questo problema. All'articolo 3, comma 2 di questa norma, si affronta l'ambito assicurativo e si stabilisce che «al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti», stabilendone i criteri.

La soluzione prospettata in questa norma consisterebbe nell'istituzione di un fondo, attraverso il quale garantire un'adeguata copertura assicurativa a chi esercita le professioni sanitarie. Quest'ultimo sarebbe creato *ad hoc* per assicurare la copertura di tutte quelle attività che nessuna compagnia si renderebbe disponibile ad assumere.

Non solo. Un'altra soluzione istituzionale consiste nell'incentivare i sistemi di risk management. Una disciplina per cui, tuttavia, non esiste una metodologia consolidata in ambito ospedaliero, come invece avviene nell'industria o nel terziario. Per questo motivo, si sono avviati progetti davvero disomogenei e parziali,

legati all'esperienza professionale del singolo risk manager, soprattutto dove non sono presenti linee di indirizzo formalizzate a livello regionale.

Esempi positivi di coordinamento di attività di gestione dei rischi su scala regionale si riscontrano, invece, in Lombardia, Emilia Romagna e Toscana.

L'introduzione di questa disciplina richiede il coinvolgimento di tutte le strutture che partecipano all'erogazione del servizio e, dunque, una conoscenza approfondita delle tecniche di gestione dei rischi e, nella fase iniziale, grandi doti di comunicazione e sensibilizzazione del personale sanitario. Nonostante la risposta positiva, rimangono da definire ancora i parametri e gli indicatori di valutazione dei rischi: per ottenere questo risultato occorre condividere obiettivi e criteri di rilevazione tra aziende e assicuratori. Con la definizione di un modello di mappatura condiviso si potrà eliminare l'asimmetria informativa che rende difficile l'offerta di un servizio assicurativo evoluto.

La collaborazione tra aziende sanitarie e compagnie è la chiave vincente per contrastare il sempre più imminente vero e proprio collasso del mercato in questo ambito. Mai come in questo frangente, occorre, da parte di tutti - assicuratori in primo luogo - una attenta lettura del mercato, una calibrata valutazione della polizza sanitaria, sia essa a copertura di rischi aziendali, sia di sanitari o parasanitari. ■