

SALUTE

Le strutture ospedaliere puntano sull'autoassicurazione

L'aumento delle cause per malpractice medica ha convinto alcune compagnie ad aumentare i premi, e altre a ritirarsi dal mercato. Per questo motivo, alcune Regioni (tutte del nord) hanno deciso di provvedere in prima persona a garantire i rischi delle proprie strutture. E i risparmi...



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

La fuga delle assicurazioni dalla sanità sembra essere un fenomeno inarrestabile. I costi assicurativi per tenere in funzione un ospedale pubblico italiano sono infatti elevatissimi: 60 euro a ricovero, 2.233 euro a letto, 3.690 euro a medico e 1.630 euro a infermiere.

Il secondo rapporto della Medmal claims Italia, realizzato da Marsh su un campione di 74 ospedali pubblici, fotografa il peso delle polizze per la copertura dei rischi in campo sanitario: rispetto alla rilevazione precedente, dall'analisi di un totale di 20 mila richieste di risarcimento ricevute nell'ultimo quinquennio, emerge inequivocabilmente un aumento generalizzato dei costi assicurativi per singola voce.

Il maggior numero di risarcimenti si registra al nord (56,54%), mentre al centro si concentra il numero medio maggiore di richieste per singola struttura (38,57%). Tuttavia, solo il 24% delle vertenze esaminate ha raggiunto una conclusione: il 20% è risultato senza seguito e addirittura il 50,53% dei casi (9.927) deve ancora ricevere risposta.

Intanto, la professione medica (che coinvolge 350 mila professionisti in tutta Italia) necessita ancora di una copertura assicurativa adeguata, con pericoli diversificati a seconda della specializzazione: nel caso dei pediatri, ad esempio, un eventuale errore di diagnosi può emergere dopo an-

ni; nel caso degli anestesisti, invece, si manifesta subito. Del resto, è evidente come nel corso degli ultimi 15 anni il numero di sinistri denunciati alle compagnie si sia più che triplicato, e come a questa impennata abbia fatto seguito

un mercato allungamento del periodo necessario per giungere alla definizione dei relativi sinistri. A causa di questo trend non certo incoraggiante e della crisi economica, molte compagnie stanno decidendo di abbandonare il mercato; le stesse regioni iniziano a vagliare delle soluzioni alternative nell'interesse delle proprie aziende. Molte amministrazioni regionali, infatti, stanno percorrendo la strada dell'autoassicurazione.

Nella virtuosa Lombardia si delineano i tratti di questa nuova realtà: le aziende ospedaliere hanno ricevuto, negli scorsi mesi, istruzioni riguardo l'orientamento di razionalizzazione del trasferimento assicurativo, a seguito del quale viene richiesto alle aziende ospedaliere di non procedere a nuove gare per la copertura assicurativa Rct. Sulla stessa scia si erano già poste altre regioni, come l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto, il Trentino Alto Adige.

L'antesignana di questa tendenza è stata, comunque, la Toscana, che ha sperimentato per prima la gestione diretta del rischio clinico: da gennaio 2012, le 16 aziende sanitarie e ospedaliere delle tre «aree vaste» in cui è suddiviso il

territorio, hanno sciolto i contratti con le polizze assicurative, facendo partire un meccanismo di autogestione, in vista della smobilizzazione di consistenti risorse da investire in servizi, e dell'accelerazione e semplificazione delle procedure. A oggi, le strutture sanitarie toscane spendono in assicurazioni 42 milioni di euro, oltre ai costi di franchigia a fronte di rimborsi effettivi ai pazienti, per un massimo di 7 milioni l'anno, ottenuti dopo vari anni di contenzioso. Con il nuovo sistema, si prevede un risparmio di almeno 30 milioni l'anno e la possibilità di un rimborso ai cittadini mediante un percorso stragiudiziale entro sei mesi, nei casi normali, e un anno, nei casi più complessi.

Nello stesso modo, l'assessorato dell'Emilia Romagna ha preannunciato che nei prossimi mesi

verrà varato il nuovo sistema di autoassicurazione contro il rischio clinico e le richieste di risarcimento per le cosiddette colpe mediche. Determinazione, quest'ultima, dettata anche dalla recente messa in liquidazione coatta della Faro, che assicurava numerose aziende emiliane.

Pertanto, anche Bologna si sta volgendo verso un sistema di autoassicurazione gestito con un fondo regionale: quest'ultimo interverrà nel caso di sinistri con un range di danno notevolmente più elevato rispetto a quello che verrà lasciato all'intervento delle singole aziende; sarà per i soli, nonché rari, risarcimenti milionari che ci si affiderà a una polizza che assicuri il rischio clinico.

In termini simili si pone il Veneto, la quale ha fatto del «far da sé» un

vero e proprio motto in tema di assicurazione sanitaria: il segretario regionale alla sanità prevede che l'azienda sanitaria rifonderà le richieste di risarcimento di tasca propria fino a 500 mila euro, mentre l'assicurazione interverrà solo per somme superiori a questa cifra.

Questa risoluzione affonda le radici nell'aumento vertiginoso del costo delle polizze per la responsabilità civile delle aziende ospedaliere: milioni di euro ogni anno sono investiti per fronteggiare centinaia di pazienti che denunciano di non essere stati curati adeguatamente. E le compagnie, forti di una medicina sempre più difensiva, hanno fatto schizzare le tariffe sempre più in alto, determinando il quadro generale di polizze disdette cui si sta assistendo con sempre più frequenza. Sebbene i dati siano tuttora da verificare, il risparmio ipotizzato con questa manovra potrebbe raggiungere i 40 milioni l'anno. La sperimentazione del nuovo modello è partita da poco e a dare il «la» è stata l'Azienda ospedaliera di Padova.

L'autoassicurazione potrebbe contribuire a cambiare il rapporto tra medico e paziente comportando, nel contempo, un significativo risparmio di spesa, con maggiori somme da investire nella ricerca e nello sviluppo. Attenzione, però: occorre che le aziende si affidino sia per la gestione del rischio clinico, sia per la trattazione dei sinistri, a professionisti qualificati che conoscano il mondo assicurativo e sappiano calibrare, da caso a caso, la gestione delle varie vertenze. Non pretendendo costi esorbitanti. ■