

## MALPRACTICE MEDICA

## Autoassicurazione del rischio sanitario: problemi e soluzioni

La fuga delle compagnie da questo comparto ha lasciato varie aziende ospedaliere sprovviste di polizze. Così, queste strutture hanno dovuto fare da sé...



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

**I**l mercato assicurativo si affaccia da tempo sulla medical malpractice. Compagnie e aziende sanitarie sono alla continua ricerca di una soluzione per assicurare solvibilità e affidabilità nella copertura del rischio sanitario.

Un equilibrio instabile, immerso nel mare dell'incertezza creata da una parte, dal legislatore, e dall'altra, dalle oscillazioni di un mercato assicurativo che ha visto negli ultimi anni crescere in maniera esponenziale il numero di denunce dei pazienti per i casi di cosiddetta malasanità.

Per questo, il mercato con estrema difficoltà riesce ancora oggi a soddisfare le esigenze di un cliente (l'ente ospedaliero), particolarmente "esigente" e "dispendioso".

**Affidare queste coperture alle compagnie presenta**, però, molte criticità: la definizione esatta dei ruoli dei diversi soggetti coinvolti nell'ambito del processo di gara; i criteri di valutazione delle offerte, l'insufficiente tasso di concorrenza riscontrato tra gli operatori del settore; le delicate dinamiche tra attività di consulenza e brokeraggio da una parte e rapporto contrattuale con la compagnia dall'altro.

La gestione del rischio rappresenta lo strumento con il quale le aziende ospedaliere prevenivano le conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria, nella logica dell'integrazione delle funzioni di riparazione e di risarcimento con quelle di studio e di correzione che facilitano l'errore.

La sicurezza delle cure è indubbiamente un diritto del paziente e, nello stesso tempo, un requisito imprescindibile per l'organizzazione sanitaria: il verificarsi di eventi negativi incide sui risultati in termini eco-

nomici (maggiori costi) e di immagine (perdita di fiducia nei confronti del servizio sanitario regionale).

Tuttavia, è noto che, nell'ambito della Rc sanitaria, il mondo assicurativo non riesce più a reggere le dinamiche di un sistema risarcitorio i cui costi hanno raggiunto livelli di difficile sostenibilità. Da una parte, infatti, si tende a garantire sempre più tutele per il cittadino; dall'altra, il valore medio dei risarcimenti a parità di danno è in aumento. Da questo deriva la crescita dei costi assicurativi e la fuga dal mercato di buona parte delle compagnie.

Per questo oggi varie aziende sanitarie italiane si sono dovute attrezzare con la messa in atto di politiche di gestione del rischio per promuovere la sicurezza delle cure. Nel dettaglio, si è cercato (e si cerca sempre di più) di gestire gli eventi potenzialmente causa di danno sia con la "presa in carico" della situazione del cittadino e dei suoi familiari (anche, per esempio, con misure compensative non patrimoniali come la riparazione diretta del danno), sia con la gestione diretta dell'evento dannoso e del risarcimento (autoassicurazione).

Non è ancora noto se il processo di autoassicurazione possa condurre a un effettivo risparmio sui costi sostenuti, anche a causa di vari fattori: gli incrementi delle

spese medie per indennizzo e della percentuale degli eventi denunciati e l'effetto derivante dal possibile allungamento dei tempi di liquidazione in autoassicurazione. Da alcuni profili, l'autoassicurazione sembra un boomerang.

In particolare, non è di semplice valutazione il saldo presunto tra il sicuro risparmio di breve periodo e l'aumento dell'esposizione ai rischi da parte delle aziende sanitarie nel lungo periodo, tenuto conto anche del fatto che, una volta definite le franchigie, si può comunque definire un tetto massimo di spesa.

### Il successo dell'autoassicurazione dipenderà certamente dal grado di efficacia

nella gestione dei sinistri che gli organi a livello regionale e aziendale sapranno dimostrare nel tempo. Solo tra qualche anno si riuscirà a capire se l'iniziativa avrà successo o fallirà. Rimane comunque ancora oggi auspicabile un "ritorno di fiamma" tra il mondo assicurativo e il mondo della *med-mal*. Indubbiamente, per consentire alle compagnie di proporre tariffe realistiche, si dovrebbe fare obbligo alle aziende sanitarie, e a tutte le istituzioni pubbliche e private accreditate, di rendere disponibili i dati relativi alla sinistrosità medica e sanitaria affinché le mettano a disposizione delle assicurazioni.

Di conseguenza, le compagnie dovrebbero essere tenute a pubblicare sul proprio sito e a trasmettere all'Isvap le condizioni di polizza e le tariffe che hanno l'obbligo di stabilire preventivamente e per ogni rischio. E, naturalmente, dovrebbero essere vincolate ad accettare le proposte per l'assicurazione obbligato-

ria che vengano loro presentate, purché alle condizioni stabilite.

E ancora, sarebbe auspicabile un esonero della Corte dei conti dal controllo indiscriminato di tutte le procedure di liquidazione dei sinistri (a seguito del recente ritorno in auge della responsabilità amministrativa per danno erariale per colpa grave del dipendente pubblico) che sta creando un grave disagio tra le aziende e gli operatori dove si è effettuata la scelta dell'autoassicurazione. Auspicabili anche un sistema di copertura obbligatoria sul modello della Rc auto e le esigenze di uniformità nella liquidazione dei danni.

Concludendo, fermo restando che la soluzione di auto-assicurare le strutture sanitarie pubbliche richiede condizioni ottimali che ben pochi sono in grado di garantire, ci si augura che le strutture sanitarie possano accedere al mercato assicurativo. Si potrebbe, ad esempio, lasciare che i sinistri di entità più modesta siano gestiti dalle strutture sanitarie, ricorrendo a franchigie possibilmente più basse di quelle oggi praticate dal mercato. Queste ultime sono oggi nell'ordine dei 150-250 mila euro, ma ragionevolmente l'importo potrebbe essere ridotto a circa 25-30 mila euro, se le regole fissate riuscissero a imporre non solo una più rigorosa accezione di sinistro, ma anche un più ristretto accesso alla domanda risarcitoria.

Occorre, pertanto, che il legislatore guardi oltre la tecnica normativa, dando prova di una intelligenza regolativa che ponga attenzione agli effetti pratici e alle ricadute economiche della disciplina che verrà adottata.

Ma il legislatore sarà in grado di farlo? ■