

IN SALA OPERATORIA SI VA CON L'AVVOCATO

Gli italiani hanno scoperto i ricorsi contro Asl, ospedali e medici, con migliaia di cause ogni anno per danni veri o presunti. Le Regioni corrono ai ripari con le polizze, ma le compagnie si tirano indietro.

di IGOR PRINCIPE

Monitoraggio di ospedali e Asl, con l'assegnazione di un rating; un fondo assicurativo per il rischio sanitario, con una ripartizione tra il singolo ospedale e la pubblica amministrazione. Sono alcuni strumenti con i quali le Regioni affrontano una questione che diventa di anno in anno più preoccupante: quella del rischio sanitario e della relativa assicurazione.

I dati **Ania** (l'associazione delle compagnie assicurative) dicono che ogni anno il 4% dei pazienti subisce un danno - o, almeno, ritiene di averlo subito - a seguito di un ricovero, e ciò porta a una media di 12 mila cause. Nel 2004 le richieste di risarcimento sono state 13.500, 7 mila delle quali hanno avuto un seguito; nel 1995, i sinistri denunciati con seguito furono solo 3 mila, raddoppiati nel 1999.

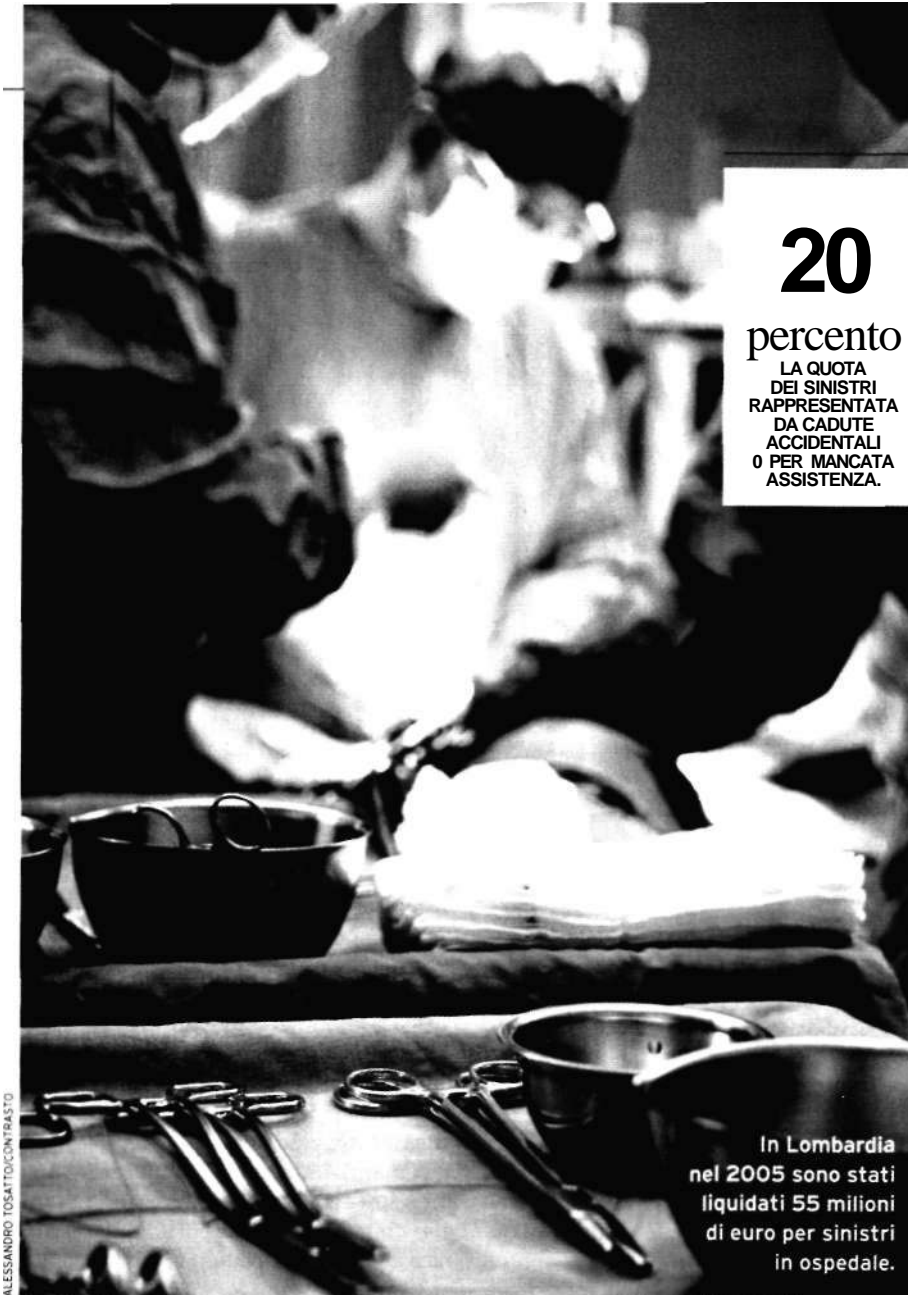
Quanto ai premi incassati dalle compagnie per la responsabilità civile nelle strutture sanitarie, nel 2003 erano poco meno di 215 milioni di euro, saliti a oltre 260 l'anno dopo; per la responsabilità dei medici, si è passati da 98 (2003) a 194 milio-

ni di euro (2004). Ma non è un eldorado, poiché per ogni 100 euro di premio, i risarcimenti variano tra 150 e 160 euro. Da qui, l'ulteriore difficoltà per Asl e ospedali nel rintracciare compagnie disposte ad assumersi questi rischi.

PARTE DEBOLE PRIVILEGIATA. «Da quando gli utenti hanno scoperto che si può ricorrere contro la pubblica amministrazione sulla base di un immediato diritto al risarcimento del danno, la quantità di ricorsi si è impennata» spiega Luca Polli, di Gpa, uno dei broker più attivi nel rischio sanitario. «E poi c'è la tendenza, da parte dei tribunali, a privilegiare la parte debole. Ma gli assicuratori non fanno beneficenza. Quel che pagano oggi lo caricano sui premi domani, che crescono anche perché la lunghezza dei processi fa salire i costi».

A ciò va aggiunto il meccanismo delle polizze cosiddette di «loss occurrence», per le quali il rischio si assume dal momento in cui si verifica il danno; diverso il caso delle polizze «claims», dove il rischio coincide con il momento della denuncia del sinistro. «Nella prima ipotesi ci troviamo davanti a sinistri denunciati ieri ma risalenti ad anni e anni prima» prosegue Polli. «Ciò ha portato a contenziosi per decine di milioni, da affrontare senza la riserva di premi per l'anno del sinistro stesso, esaurita da tempo. Ecco perché molte compagnie si ritirano».

Per riportare la questione nell'alveo della normalità si sono fatte avanti le Regioni. Una delle prime ad attivarsi è stata la Lombardia. Dal 1999 al 2005 la Regione ha rilevato 26 mila sinistri; 13.600 le richieste di risarcimento, 12.400 le denunce cautelative. Per i sinistri in ospedale sono stati liquidati 55 milioni di euro, con una media di 17 mila euro l'uno; per quelli nelle Asl 2 milioni, per circa 10 mila eu-



ALESSANDRO TOSATTO/CONTRASTO

20
percento
LA QUOTA
DEI SINISTRI
RAPPRESENTATA
DA CADUTE
ACCIDENTALI
O PER MANCATA
ASSISTENZA.

TUTTI IN TRIBUNALE

3
milioni
IL LIMITE
DEL DANNO OLTRE
IL QUALE LA
REGIONE EMILIA
ROMAGNA
SI ACCOLLA
I RISARCIMENTI.

260
milioni
I PREMI INCASSATI
DALLE COMPAGNIE
ASSICURATIVE
NEL 2004 PER LA
RESPONSABILITÀ
NELLE STRUTTURE
PUBBLICHE.

l'innovazione sulla gestione del rischio che coinvolge anche Veneto, Campania, Puglia ed Emilia Romagna.

Quest'ultima punta sulla ripartizione del rischio tra ospedali e pubblica amministrazione. Per i sinistri di minor valore, l'ospedale paga attingendo al suo bilancio. Per incidenti tra 50 mila e 3 milioni di euro, paga la singola azienda, ma affidandosi a una compagnia assicurativa. Infine, per incidenti catastrofici, la Regione si accolla l'intero risarcimento.

L'AUTO DELLE REGIONI. «Crediamo sia un modo efficace per tranquillizzare le imprese assicurative» dice Lorenzo Broccoli, che si occupa per l'ente regionale del rischio sanitario. «Al progetto si affianca un nostro sistema di rilevazioni dei sinistri che va dalla revisione delle cartelle cliniche alla segnalazione spontanea e alla creazione di un sistema informativo per gestire i reclami. La combinazione del monitoraggio e della ripartizione del rischio porterà vantaggi per tutti. Fino a oggi non c'erano elementi per conoscere l'incidenza dei sinistri, cosa che ha spaventato gli assicuratori e ha fatto lievitare i premi». Nel 2000, infatti, il totale dei premi pagati dalle aziende sanitarie regionali e dagli Istituti Ortopedici Rizzoli è stato di 18,4 milioni; quattro anni dopo, è salito a 43,7 milioni.

A un progetto di gestione del rischio clinico basato su raccolta dei dati, su forme di assicurazione collettiva per i medici e su un'adeguata formazione del personale lavora la Regione Lazio, che al riguardo ha stanziato poco più di 900 mila euro. Tra i sistemi più semplici, infine, quello del Piemonte: un fondo speciale per la copertura di errori medici, cui le aziende sanitarie sono obbligate ad aderire. Nell'ultimo anno il risparmio è stato di circa 9 milioni di euro. H

La sede della Regione Lombardia.



In Lombardia
nel 2005 sono stati
liquidati 55 milioni
di euro per sinistri
in ospedale.

ro a sinistro. Per limitare i danni, la Regione ha avviato un progetto per monitorare Asl e ospedali, valutando le strutture e i direttori generali delle aziende sanitarie. Lo scopo è formulare un rating della sanità, presentando una mappa del rischio aderente il più possibile alla realtà e su di essa tarare i premi assicurativi. Inoltre, gli ospedali dovranno dotarsi di risk manager.

Situazione analoga in Toscana, dove i costi delle assicurazioni sanitarie sono cresciuti, negli ultimi tre anni, con una media dell'8%. I sinistri denunciati negli ospedali sono 160, nelle Asl un centinaio; per i primi, nell'ultimo anno sono stati liquidati 600 mila euro, per gli altri 160 mila. «Dall'inizio del 2006 è operativo un sistema per monitorare le strutture regio-

nali» spiega Tommaso Bellandi, dell'Ufficio regionale gestione del rischio clinico. «Il lavoro è svolto da un software dedicato e l'obiettivo è capire quali sono le aree a maggior rischio per migliorare la prevenzione e negoziare condizioni migliori con le assicurazioni. Le informazioni servono anche a chi lavora nella sanità per capire le cause degli incidenti. Prendiamo le cadute, che costituiscono il 20% dei sinistri: di solito non sono accidentali, ma nascono da un'assistenza mancata o insufficiente. Avere notizie in più aiuta medici e infermieri a capire e a prevenire il rischio».

A oggi, il sistema ha monitorato 16 aziende sanitarie. In più, la Toscana è alla guida di un progetto per promuovere