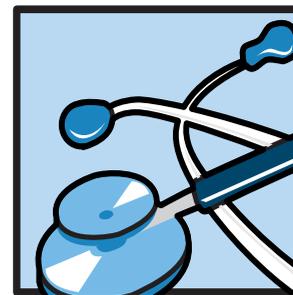


24-30 luglio 2012

RISK MANAGEMENT/ Studio dell'Università La Sapienza di Roma per Aiba e Consap

Malpractice con il fair value

Fabbisogno annuo di 1,6 miliardi - Proposto un Fondo nazionale unico



Prevedere l'obbligo assicurativo sia per le strutture pubbliche che per i liberi professionisti, reperire sul mercato assicurativo polizze capaci di coprire una fascia di sinistri collocata sopra una soglia limite, affidare a un Fondo di solidarietà gestito dalla Consap (ente specializzato nella gestione di tutti i fondi assicurativi di rilevanza pubblica) gli eventi avversi inferiori alla soglia di sbarramento da finanziare a esempio con una quota rilevante delle imposte gravanti sulle polizze della Rc sanitaria (attualmente del 22,25%) devolvendo l'attività alla medesima compagnia aggiudicataria della gara pubblica per il piazzamento dei rischi sopra soglia.

Il presidente dell'Aiba (Associazione italiana broker), **Vincenzo**

Paparella, sintetizza così il percorso che potrebbe rappresentare il punto di svolta in una situazione di criticità consolidata della copertura della responsabilità civile sanitaria.

Il modello - già anticipato nel corso del congresso Aiba di marzo (si veda «Il Sole-24 Ore Sanità» n. 13/2012) - emerge dallo studio «Sanità pubblica e Assicurazioni. Il Fair Price del rischio di Medical Malpractice» presentato in occasione del convegno organizzato da Aiba (Associazione italiana brokers di assicurazioni e riassicurazioni), Consap (Concessionaria servizi assicurativi pubblici) e dal Dipartimento di Scienze statistiche dell'Università di Roma La Sapienza. Obiettivo della ricerca - promossa anche questa da Aiba e

Consap e condotta da **Paolo De Angelis** - è quello di calcolare un valore corretto del rischio di malasanità. L'analisi è stata eseguita su un campione composto da 29 strutture singole e da 18 Asl (cui afferiscono 90 strutture), per un totale di 119 strutture sanitarie (dati ministero della Salute) ed è stato determinato il fair value del costo assicurativo, senza tenere conto dei costi collegati alla gestione dei sinistri.

Il risultato è che la spesa assicurativa media per struttura sanitaria (ponderata per i posti letto) sul campione di valutazione preso nel suo complesso risulta di 2,3 milioni di euro (1,7 milioni di euro al Sud; 2,7 milioni di euro al Nord). Dall'analisi sulla parte di rischio che, per frequenza e costo medio,

potrebbe essere finanziata mediante un contributo (fiscale o di altra natura) su base nazionale, effettuando una proiezione sulle strutture sanitarie italiane censite dalla Salute emerge un fabbisogno assicurativo annuo nell'ordine di 1,6 miliardi di euro.

L'obiettivo è ora quello di dar vita a un tavolo tecnico con la partecipazione di tutti i soggetti interessati (Salute, Sviluppo economico, Economia, Consap, Isvap, Ania e Aiba) per individuare i meccanismi capaci di riportare gli assicuratori a offrire le garanzie necessarie alle strutture sanitarie.

«Una possibile soluzione a sostegno delle differenti esigenze dei soggetti coinvolti nella responsabilità civile sanitaria - spiega

Mauro Masi, amministratore delegato Consap - potrebbe essere trovata in forma di partnership pubblico-privato nella quale Consap ha una consolidata e riconosciuta esperienza, maturata grazie alla gestione di Fondi e attività solidaristiche».

«Una ristrutturazione del mercato capace di attrarre le primarie compagnie - segnala infine Paparella - avrebbe anche l'effetto secondario ma non meno importante di scoraggiare il ricorso ad assicuratori poco affidabili, spesso di provenienza estera, che in passato hanno determinato incertezze ovvero danni economici gravi agli assicurati».

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Medical malpractice: le scelte dei Paesi Ue

GRAN BRETAGNA (sistema non obbligatorio)

In Gran Bretagna non esiste alcun obbligo assicurativo per la Medical Malpractice. La quasi totalità dei dipendenti del Nhs sono coperti - su base volontaria - da un Fondo pubblico statale che verifica l'esistenza di errore clinico e provvede al risarcimento. L'ente provvede in base a un programma, denominato Cnts, costituito da un Fondo associativo volontario per la copertura dei sinistri, cui le associazioni ospedaliere possono aderire versando un premio, in analogia a una copertura assicurativa. Il programma è gestito da un'apposita Authority incaricata di puntare il più possibile alla soluzione transattiva delle vertenze. I liberi professionisti e i dipendenti degli ospedali privati sono solitamente protetti dalle associazioni di categoria che forniscono consulenza legale, stipula di convenzioni assicurative ecc. In Gran Bretagna non esiste un Fondo di garanzia per i non assicurati ma esiste per i casi di insolvenza.

GERMANIA (sistema non obbligatorio)

I principi regolatori della Medical Malpractice sono simili a quelli dei Paesi anglosassoni: si tratta di una responsabilità di tipo contrattuale da cui scaturisce il diritto al mero risarcimento danni, ma le obbligazioni scaturiscono e sono assunte dalla legge. Non esistono Fondi di garanzia: i medici che operano negli ospedali pubblici non devono essere assicurati in quanto del loro operato risponde la struttura; i liberi professionisti, invece, nella maggior parte dei casi sono assicurati volontariamente grazie anche al supporto fornito dall'Albo dei medici nell'individuare un'adeguata proposta assicurativa. Franchigie e massimali variano in rapporto alla rischiosità per la singola specialità: è comunque sempre obbligatorio il ricorso a una Camera di Conciliazione prima di poter avviare un giudizio civile in materia.

SPAGNA (sistema obbligatorio solo per i privati)

L'obbligo di stipulare assicurazioni per la Medical Malpractice esiste solo per le strutture private e i liberi professionisti: il sistema è regolato dalle comunità locali che determinano le condizioni minime della copertura assicurativa stipulata, per conto dei singoli soggetti, dagli Ordini professionali. Le strutture pubbliche godono invece della copertura assicurativa garantita da polizze stipulate dalle comunità autonome

mediante gara pubblica stabilendo i requisiti della copertura. In via alternativa le strutture pubbliche si auto-assicurano. In Spagna esiste infine una copertura ad hoc per i danni causati da farmaci o prodotti della salute e da trattamenti per la procreazione assistita.

SVIZZERA (sistema obbligatorio solo per i privati)

Nella Confederazione la Rc medica degli ospedali pubblici è regolata dalle rispettive leggi cantonali, che in alcuni casi prevedono per le strutture l'obbligo di ricorso all'auto-assicurazione o ad appositi accantonamenti. Le somme minime della copertura assicurativa sono di norma: 5 milioni di franchi svizzeri per i medici e 10 milioni per gli ospedali con un trend ad auto-assicurarsi fino a 20 mln. Lo Stato è responsabile per i danni derivanti da dolo o grave negligenza da parte del medico; per i privati vige l'obbligo assicurativo.

FINLANDIA (sistema obbligatorio per privati e strutture pubbliche)

Vige l'obbligo di legge di copertura assicurativa per la Medical Malpractice, sia per le strutture pubbliche e private sia per i singoli medici: la norma prevede che nei contratti assicurativi possa essere prevista una franchigia pari a 200 euro mentre non sono stabiliti massimali minimi di copertura. In caso di violazione dell'obbligo assicurativo è previsto che il medico o la struttura debbano versare a un Fondo, denominato Patient Insurance Centre, una sanzione pari fino a 10 volte il premio medio per la copertura della Rc sanitaria. Le compagnie che emettono polizze di responsabilità civile sanitaria devono essere socie del Patient Insurance Centre che ha il compito di liquidare tutti i sinistri connessi a tali polizze e ha anche la facoltà di emettere polizze per conto delle stesse imprese e interviene anche nel caso di sinistri causati da soggetti non assicurati o assicurati con impresa nazionale o estera dichiarata insolvente.

SVEZIA (sistema obbligatorio per privati e strutture pubbliche)

La normativa specifica in tema di Medical Malpractice prevede l'obbligo di copertura assicurativa senza esclusioni. Il massimale minimo di legge per ogni sinistro è pari a 8 milioni di euro che si aggiungono alle prestazioni erogate dagli assicuratori sociali. Esiste un Fondo di garanzia che interviene nel caso di sinistri causati da soggetti non assicurati, alimentato con un prelievo dai premi assicurativi.

FRANCIA (sistema obbligatorio per pubblico e privato con risarcimento anche in assenza di responsabilità civile)

Il modello - tra i più avanzati - prevede l'obbligo assicurativo per tutte le strutture sanitarie pubbliche e private nonché per i medici liberi professionisti con un massimale minimo per i medici di 8 milioni di euro a sinistro e di 10 milioni di euro l'anno. Inoltre è previsto un apposito ente che interviene nei casi in cui non siano responsabili i medici o le strutture. Di particolare interesse è l'intervento garantito dal Bureau Central de Tarification a supporto dell'utente - medico o clinica privata - che non riesca a reperire sul mercato la copertura assicurativa: il Bureau acquisisce le informazioni necessarie a determinarne il rischio, richiede alla compagnia precedentemente interpellata dall'assicurando la tariffa applicata per fattispecie analoghe e determina quindi la tariffa per lo specifico caso che viene approvata da un collegio in cui siedono i rappresentanti delle associazioni delle parti coinvolte. L'assicuratore sarà obbligato ad accettare la copertura alla tariffa determinata, pena pesanti sanzioni amministrative.

I casi annualmente gestiti in questo modo si sono gradualmente ridotti dai 1.330 del 2003 ai circa 200 del 2010, segno che il mercato si è nel tempo adeguato. Il sistema francese è piuttosto articolato e prevede cinque soggetti coinvolti nel risarcimento dei danni: le imprese di assicurazione; le Commissioni regionali per la transazione; un Fondo istituito nel 2011 per il risarcimento delle somme eccedenti il massimale di polizza; il Fondo Fgao per i casi di insolvenza; un organismo nazionale per il risarcimento dei danni (in cui non siano responsabili i medici o le strutture (es. malattie da ricovero o da farmaci/protesi).

BELGIO (sistema obbligatorio per pubblico e privato con risarcimento anche in assenza di responsabilità civile)

Il modello belga - in analogia a quello francese - è uno dei più avanzati. Nel 2010 è stato creato il Fonds des accidents médicaux con il quale vengono risarciti anche i danni in cui non vi sia una responsabilità del medico o della struttura. Il Fondo interviene nell'ambito delle prestazioni effettuate presso strutture pubbliche o private oppure eseguite da medici. Il Fondo interviene sia per gli incidenti causati dal medico senza responsabilità sia per eventi comportanti la responsabilità di un soggetto che presta assistenza sanitaria.