

di Riccardo Tartaglia e Raffella Giardiello



In Gran Bretagna un'apposita autorità pubblica gestisce un fondo nazionale per risarcire i danni derivanti dalla negligenza clinica e responsabilità civile in genere. Cosa succede in questo campo in Italia.

---

Dal 2010 le aziende sanitarie toscane non copriranno più i rischi con delle polizze assicurative ma risarciranno il danno direttamente al cittadino.

**Le motivazioni della scelta della Regione Toscana sono conseguenti a varie considerazioni:**

1. costi crescenti delle polizze assicurative, non sempre basati su un reale incremento della sinistrosità e del numero o importo dei risarcimenti;
2. sviluppo nelle aziende sanitarie toscane della gestione del rischio clinico che dovrebbe ridurre le condizioni di esposizione a rischio e quindi limitare la sinistrosità almeno per alcune tipologie di incidenti;
3. maggiore rapidità di gestione dei sinistri e tempi più brevi nei risarcimenti anche mediante l'introduzione dell'istituto della conciliazione;
4. riduzione del contenzioso civile e penale spesso conseguente ai lunghi tempi di attesa per ottenere il risarcimento, anche per via extragiudiziale, del sinistro da parte della compagnia assicurativa.

Precedenti delibere della Giunta Regionale Toscana fornivano già alcuni indirizzi per l'armonizzazione della gestione del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e individuavano specifici indicatori di monitoraggio dell'efficacia ed efficienza del sistema di gestione dei sinistri (esempio: calcolo del tasso di sinistrosità - rapporto tra N° di richieste di risarcimento per danni alla persona/N° di ricoveri per anno).

**L'introduzione dell'istituto della conciliazione**, in corso di sperimentazione in alcune aziende sanitarie toscane, potrebbe rappresentare un ulteriore fattore organizzativo favorente la gestione interna al sistema dei sinistri, prevenendo l'apertura di contenziosi giudiziari.

Questi cambiamenti avverranno garantendo agli operatori del servizio sanitario regionale le medesime sicurezze, rispetto al passato, di copertura del rischio professionale e indubbi vantaggi sulla velocità dell'iter del risarcimento.

E' da tenere, inoltre, presente che **spesso i procedimenti penali vengono iniziati nei confronti dei sanitari con l'intento, da parte dei danneggiati, di accelerare i tempi della liquidazione**. Tuttavia, in molti casi tale obiettivo non è raggiunto, in quanto le Compagnie Assicuratrici attendono gli esiti del procedimento penale, quasi sempre favorevole per i sanitari, e, inoltre, liquidare in sede civile da una posizione più vantaggiosa. **In molti casi l'unico effetto che ne deriva è solo quello aver ingolfato ulteriormente l'attività giudiziaria, incrementando la cosiddetta "medicina difensiva"**.

Tutto ciò confligge col comune interesse, sia del cittadino sia dell'azienda sanitaria/professionista sanitario, di definire rapidamente la vertenza anche per chiudere eventuali procedimenti giudiziari che certamente inficiano la serenità dei sanitari nel loro agire quotidiano.

La questione del danno erariale, in varie occasioni affrontata con alcuni magistrati della Corte dei Conti, sembrerebbe non modificarsi rispetto a quanto avvenuto sino ad oggi. Immutato resterà anche il pagamento delle coperture assicurative integrative per colpa grave che resteranno a carico del dipendente.

In tale contesto **la corretta applicazione delle procedure per la gestione del rischio implementate nelle aziende sanitarie assumerà un valore significativo**, sia nel contenimento dei costi dei risarcimenti che dei premi assicurativi.

Per tale ragione la delibera Giunta Regionale 101/2009 stabilisce di introdurre nei contratti di lavoro dei direttori generali specifiche clausole riguardo all'assunzione di responsabilità rispetto alle azioni da adottare per la sicurezza del paziente.

In ogni azienda sanitaria un nucleo tecnico a carattere interdisciplinare (medici legali, avvocati e amministrativi) per la valutazione dei sinistri provvederà alla loro analisi ed alla definizione del risarcimento.

Nelle seguenti tabelle e grafici sono forniti alcuni dati del sistema informativo regionale riferiti alla sinistrosità 2003-2008.

Nella **Tabella 1** è riportata la situazione ad oggi dei sinistri aperti, liquidati e senza seguito a carico del Servizio Sanitario Toscano. Emerge l'elevata percentuale di sinistri ancora aperti sebbene avvenuti negli ultimi sei anni (ogni anno sono denunciati in totale circa 1300 sinistri)

**Tabella 1 - Sinistri a carico del Sistema Sanitario Toscano. Periodo 2003-2008**

	N	%
Senza seguito	884	10,09%
Sinistri liquidati	1.289	14,72%
Sinistri aperti *	6.585	75,19%
Totale	8.758	100,00%

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

\* sono stati considerati sinistri aperti tutti i sinistri potenzialmente liquidati di cui però non si conosce l'esito effettivo o l'importo corrisposto.

**Tabella 2 - Stima di massima perdita potenziale. Periodo 2003-2008**

Liquidato medio	€	21.382,42	*
Sinistri aperti		6.585	=
Massima perdita potenziale*	€	140.803.222,47	

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

\*La stima di massima perdita potenziale derivante dalla liquidazione di tutti i casi aperti è stata calcolata moltiplicando il numero dei casi aperti per il valore medio delle liquidazione conosciute.

Il costo medio di ogni sinistro sulla base dei dati in nostro possesso ammonta a circa 21 mila euro.

Se anche fossero liquidati tutti i casi aperti (massa perdita potenziale) (**Tabella 2**), il costo del liquidato ammonterebbe a circa 140 milioni di euro a fronte di circa 240 milioni di premi assicurativi pagati nello stesso periodo di tempo (circa 42 milioni/anno).

La massima spesa che sarebbe sostenuta nel periodo 2003-2008, calcolata come pari alla somma delle liquidazioni effettivamente erogate più la massima perdita potenziale (circa 168 milioni di euro) sarebbe comunque sempre molto inferiore al costo complessivo delle polizze.

Si tratta di una proiezione puramente ipotetica in quanto sappiamo che a distanza di dieci

anni viene risarcito non oltre il 30% dei sinistri denunciati.

Va, inoltre, osservato che il “riservato”, cioè la cifra stanziata dalla compagnia assicuratrice in attesa della conclusione dell’iter valutativo del sinistro, è mediamente superiore a quanto successivamente liquidato. Il costo medio del riservato è di circa 37 mila euro per sinistro rispetto ai 21 mila euro del liquidato (dati riferiti a oltre 3000 sinistri liquidati e riservati in Toscana). Si tratta di una stima in eccesso e prudentiale che ha comunque una ricaduta negativa e ingiustificata sul premio assicurativo annuale calcolato sulle riserve. Va, infine, detto che sui premi pesano per le compagnie assicurative anche la tassazione irpef ed il compenso del broker assicurativo, costi che non graverebbero sulle aziende sanitarie.

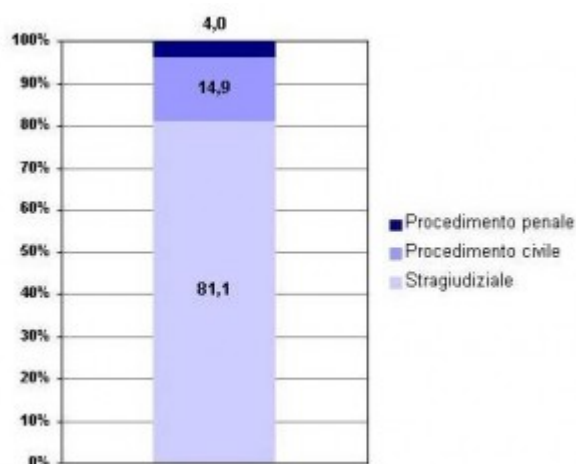
**Per i cittadini** che hanno subito un danno il primo vantaggio auspicabile di questo sistema sarà un risarcimento più rapido e non dopo anni e anni di attesa come accade oggi: l’obiettivo un lasso di tempo di sei mesi/un anno per i casi più complessi.

**Per la Regione Toscana** il risparmio atteso è di circa 30 milioni di euro all’anno, fondi utilizzabili subito per investimenti nei servizi e nei progetti per la sicurezza dei pazienti.

Va, inoltre, detto che **nel Sistema sanitario toscano, negli ultimi anni, si è osservato una diminuzione costante dei sinistri**. Siamo passati da 1583 casi nel 2006 a 1546 nel 2007, ai 1427 casi nel 2008. Negli stessi anni i premi corrisposti alle assicurazioni sono invece passati da 36.506.635 euro del 2006 ai 44.755.203 euro del 2007 e ai 43.740.755 euro del 2008.

In compenso ad oggi i sinistri risalenti al 2003 che sono stati liquidati sono solo il 27,3%. Negli ultimi anni i sinistri all’Ospedale di Careggi di Firenze sono in diminuzione e sono passati dai 214 del 2006 ai 202 del 2007 e infine ai 177 del 2008. Nella stragrande maggioranza dei casi la risoluzione avviene in via stragiudiziale (**Figura 1**).

### **Figura 1 - Distribuzione sinistri per procedimento**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Altre esperienze di gestione diretta della sinistrosità svolte a livello nazionale** (ad esempio dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Umberto I di Roma) **sembrano incoraggiare questo nuovo modello di gestione.**

Alcune regioni inoltre (Piemonte, Friuli) stanno modificando i loro sistemi di copertura assicurativa nella direzione della Regione Toscana, con un progressivo trasferimento, nell'arco di alcuni anni, dell'assunzione del rischio dalle compagnie assicurative alle aziende sanitarie (gestione mista copertura assicurativa - gestione diretta) [1,2].

**Non sono facili i confronti con i sistemi di copertura assicurativa in uso in altri paesi**[3]. Nella maggioranza dei casi è il sistema assicurativo privato a coprire i rischi da responsabilità civile terzi.

**In Gran Bretagna la scelta invece è stata quella di affidarsi al sistema pubblico.** La [National Health Service Litigation Authority](#), istituita nel 1995, gestisce un fondo nazionale con lo scopo di supportare gli organi del *National Health Service* rispetto ai costi derivanti

dalla negligenza clinica e responsabilità civile in genere. Il *Clinical Negligence Scheme for Trusts* è lo strumento attraverso il quale le aziende finanziano le richieste di risarcimento dei danni ad esse rivolte.

L'adesione a questo sistema è volontaria. L'aver creato una struttura centrale pubblica per la gestione dei risarcimenti assolve a vari obiettivi: rapidità nei risarcimenti, governo del rischio clinico e miglioramento della qualità, spalmare i costi della negligenza in modo equilibrato evitando di diminuire gli standard di qualità in ragione di risarcimenti particolarmente gravosi.

Si tratta, quindi, di un processo ormai iniziato, favorito presumibilmente non solo da un puro calcolo economico ma anche dalla tendenza delle compagnie assicurative di disdettare le polizze allorquando vi è sia anche un minimo sentore di un incremento di rischio.

Nei prossimi anni, dotandosi le aziende sanitarie di sistemi informativi che monitorizzino adeguatamente la spesa dei risarcimenti, si potrà avere la conferma se la scelta adottata è stata quella giusta.

## **Nota**

**Raffella Giardiello**, UO Affari generali, Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi (Firenze)

## **Bibliografia**

1. Regione Piemonte. Deliberazione Giunta Regionale n. 68-8310 del 27 gennaio 2003. "Progetto per la gestione dei rischi sanitari della Regione Piemonte".
2. Willis. Gestire i rischi delle Aziende Sanitarie. Il modello Friuli. Willis Italia SpA. Luglio 2006.
3. Nuti S, Tartaglia R, Niccolai F. Rischio clinico e sicurezza del paziente. Modelli e soluzioni nel contesto internazionale. Bologna: Ed. Il Mulino, 2007.

"In Gran Bretagna un'apposita autorità pubblica gestisce un fondo nazionale per risarcire i danni derivanti dalla negligenza clinica e responsabilità civile in genere. Cosa succede in questo campo in Italia.