

Project work “progettazione esecutiva di una modalità di gestione dei rischi connessi alla responsabilità civile terzi ed operatori di strutture sanitarie pubbliche, mediante il sistema c.d. di “auto-assicurazione”.

Partecipanti: Avv. Carmine Mariano (D.A. Fondazione Pascale)
Dott. Giuseppe Gargiulo (D.A. AORN Santobono)
Avv. Anna Iervolino (D.A. AORN Cardarelli)
Avv. Mariateresa Nicoletti (Direttore UOC “AA.LL.” AOU Vanvitelli)

Presentazione:

Tra i costi sostenuti da enti ed aziende del S.S.N. per l’acquisizione di beni e servizi, il costo assicurativo, ed in particolare quello riferito alla manleva della responsabilità civile terzi ed operatori, è quello che ha subito negli ultimi anni gli aumenti più consistenti, divenendo una posta non trascurabile del bilancio aziendale.

Le ragioni sono da ricercare, oltre che nella sfavorevole e prolungata congiuntura del mercato assicurativo, nel fatto che il diritto alla salute riceve sempre maggiore tutela legislativa e giudiziaria (si pensi al contenzioso riferito al consenso informato che solo qualche anno fa era praticamente inesistente).

Non sono aumentati i casi di malpratica clinica ma si è accresciuto il livello di consapevolezza dei propri diritti da parte dei cittadini e, di conseguenza, sono notevolmente aumentate le richieste di tutela giudiziaria.

Molto più difficilmente rispetto al passato restano impuniti e/o non risarciti i casi di malpratica clinica, siano essi imputabili alla responsabilità della struttura sanitaria o degli operatori, o anche ad entrambi.

Sta di fatto che sono considerevolmente aumentati i risarcimenti disposti in favore dei soggetti danneggiati.

I maggiori costi per risarcimenti erogati dalle compagnie di assicurazioni si sono immediatamente ribaltati sui premi assicurativi pagati dalle aziende.

In qualche caso, nel giro di pochi anni, l’importo dei premi si è raddoppiato e persino triplicato.

Non solo.

La quasi totalità delle compagnie di assicurazioni ha apportato correttivi alle clausole dei contratti che di fatto garantiscono l’assicurato in maniera inadeguata e parziale, con l’assunzione di rischi sempre più contenuti.

Vi è stata una progressiva transizione dal sistema c.d. “*loss occurring*” a quello c.d. del “*claims made*”.

La differenza sostanziale sta nel fatto che il primo considera quale data del sinistro quella dell’evento dannoso (indipendentemente dal momento nel quale il danneggiato ha fatto la richiesta di risarcimento), mentre il secondo considera quale momento del sinistro la prima richiesta di risarcimento del danno. La conseguenza è che con la

“claims made” secca (senza previsione di ultrattività) l’assicuratore risponde unicamente dei sinistri denunciati e verificatisi durante il periodo di validità della polizza (es.: un sinistro verificatosi durante il periodo di validità della polizza e denunciato il giorno seguente alla scadenza non rientra nella garanzia assicurativa).

Sino agli inizi dell’anno 2000 la polizza RCT/O copriva tutti i sinistri verificatisi entro il periodo di durata della polizza e denunciati entro il termine prescrizione, progressivamente il termine di denuncia, ai fini della operatività della garanzia, è passato prima a tre anni e, successivamente, dagli anni 2003/2004 è contenuto entro il termine, secco, di durata della polizza.

Ciò, evidentemente, impone un ripensamento delle strategie assicurative.

Insieme ad una efficace valutazione e prevenzione dei rischi sanitari/organizzativi e al miglioramento della qualità complessiva dell’assistenza, che ovviamente costituisce l’obiettivo dinamico da perseguire.

Auspicabile sarebbe la costituzione di un consorzio tra enti ed aziende sanitarie in ambito regionale al fine di gestire in proprio una quota delle risorse attualmente impiegate a titolo di premio assicurativo, da far confluire in un apposito fondo rischio. In sintesi la gestione in proprio dei sinistri, con accantonamento di risorse finanziarie in un fondo rischi dedicato.

Tra gli obiettivi dell’autoassicurazione oltre alla riduzione della spesa per premi [risparmio quota costo utile d’impresa (10%), Iva (22%), commissione broker (dal 5 al 10 %), costi di gestione e di consulenza medica e patrocinio legale (10%)], vi sono la gestione diretta delle politiche di gestione e liquidazione dei sinistri, lo sviluppo di competenze tecniche specifiche del settore, in precedenza prerogativa delle Compagnie di Assicurazione, la maggiore consapevolezza della correlazione fra gestione del rischio clinico e le ricadute economico finanziarie sul bilancio dell’Istituto.

Il progetto che può riguardare una o più aziende/enti consorziati prevede la istituzione, con compiti di ufficio liquidazione sinistri, di un organismo multidisciplinare denominato “Comitato Valutazione e Liquidazione Sinistri” composto da esperti legali ed esperti in medicina legale e delle assicurazioni (componenti fissi) ai quali affiancare, di volta in volta, ove necessario, sulla base di una lista di dirigenti medici predisposta dalla Direzione Sanitaria, specialisti nelle varie branche e discipline diagnostiche, mediche e chirurgiche (componenti eventuali), in considerazione della natura e tipologia del danno oggetto della richiesta risarcitoria.

Il C.V.L.S. è supportato da una segreteria amministrativa.

La gestione dei sinistri in autoassicurazione, per la sua valenza strategica e per l’impegno e le responsabilità professionali aggiuntive richieste al “Comitato Valutazione e Liquidazione Sinistri” è considerato un progetto di sperimentazione gestionale, con specifico budget da finanziare con fondi aziendali e da definire nel dettaglio con provvedimenti ad hoc.

Elenco dei provvedimenti amministrativi, regolamentari e organizzativi necessari alla realizzazione del project work:

1. Delibera autoassicurazione
2. Delibera costituzione CVLS e approvazione Regolamento
3. Regolamento CVLS
4. Segreteria amministrativa CVLS
5. Delibera approvazione progetto
6. Progetto autoassicurazione