

**Sanità.** Allarme dall'Ania: per ogni euro incassato si spende più del doppio per pagare i sinistri

# Rc medica, scatta l'emergenza

## Premi triplicati ma anche gli errori sono in forte aumento

**Manuela Perrone  
Sara Todaro**

Fino a 15mila euro per assicurare un chirurgo plastico o un ginecologo. Nove milioni per assicurare un mega-ospedale che ogni anno risarcisce in media danni inferiori a 500mila

### CARE POLIZZE

Possono servire anche 15mila euro per assicurare un professionista ad alto rischio, come chirurghi plastici o ginecologi.

euro. Medici, strutture e assicuratori che si guardano in cagnesco. La bolla della Rc Sanitaria è pronta a riesplodere con almeno due novità di rilievo su entrambi i fronti: la voglia delle strutture di "fare dasé", lasciando a casa le assicurazioni e accollandosi i rischi in proprio; la

certezza che al medico, almeno da questo punto di vista, conviene lavorare per il Ssn.

A riaccendere la miccia è stata proprio l'Ania, l'associazione nazionale delle imprese assicuratrici, per bocca di Luigi Di Falco, responsabile del settore Vita, previdenza e risparmio: «Quello della Rc medica è il ramo che fa registrare le maggiori perdite: è un buco nero dove si perde a iosa». Il pronostico: «È in arrivo una più approfondita analisi del rischio che determinerà un aumento delle polizze per le specializzazioni più pericolose, e cali per le altre».

Roberto Manzato, direttore Danni non auto e vita, conferma: «Le coperture assicurative della responsabilità civile in ambito sanitario, hanno registrato negli ultimi anni risultati disastrosi per le imprese di assicurazione». L'Ania snocciola le cifre: il rapporto sinistri/premi per il 2004 è pari al 214% per le

polizze stipulate con le strutture sanitarie e al 204% per quelle con i medici. «In pratica — riassume Manzato — per ogni euro incassato le compagnie spendono più di due euro per pagare i sinistri».

Solo l'aumento dei premi (triplicati nell'arco di cinque anni passando da 55 a 175 milioni), secondo le compagnie, consente di non peggiorare ulteriormente il rapporto rispetto ai sinistri da indennizzare per conto delle strutture, passati da 6mila a 7.500 tra il 1999 e il 2005. E il bilancio peggiora se si parla dei singoli medici, per i quali l'incremento dei premi (a quota 10 milioni nel 2005) è stato completamente "annullato" dall'aumento dei sinistri, che nel frattempo sono più che raddoppiati.

L'uscita di Di Falco ha fatto "saltare i nervi" ai medici. «Dire che in futuro le polizze di Rc medica saranno diversificate ha dell'assurdo», sostiene Mau-

rizio Maggiorotti, presidente Amami (Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente). «Se già oggi un ginecologo spende per assicurarsi dieci volte più che un medico di base e un chirurgo plastico praticamente deve investire tutto lo stipendio, che altre novità ci dovremo aspettare?».

In realtà i distinguo sul pianeta della Rc medica sono uso comune, anche se restano "sottotraccia". Molte compagnie emanano circolari agli agenti che pongono come "rischio riservato alla direzione" le assicurazioni per i professionisti ritenuti più a rischio: ginecologi, chirurghi plastici e spesso anestesisti e ortopedici.

Secondo Amami il problema è un altro: «Le richieste di risarcimento vengono fatte passare per sinistri. Le compagnie continuano a considerare sotto la voce "perdite" le cifre messe a riserva per pagamenti solo eventuali. E

usano quest'arma per giustificare l'aumento dei premi».

La forbice tra premi e sinistri liquidati indigna anche i direttori generali di Asl e ospedali. Tra i quali la tentazione di "accantonare" risorse ad hoc, senza ricorrere alle compagnie, diventa sempre più forte. I sindacati medici, dal canto loro, invocano l'attuazione piena del contratto, relativamente all'attivazione di unità di gestione del rischio in corsia, e l'introduzione di assicurazioni obbligatorie per le aziende sanitarie.

Proprio sulla carta del risk management si giocherà la partita finale. Le aziende che già oggi hanno rinunciato alla copertura sono quelle più addestrate nella palestra del controllo dei rischi. E la capacità di prevenire è anche il primo elemento che le compagnie valutano per scendere in pista, partecipare alle gare e stabilire l'ammontare dei premi.

### La mappa del fenomeno

#### I sinistri raccolti

Dati relativi al triennio 2002-2004

Piemonte	3.392
Valle d'Aosta	104
Lombardia	8.739
Liguria	1.472
Trentino Alto Adige	960
Veneto	4.175
Friuli Venezia Giulia	1.157
Emilia Romagna	4.816
Toscana	3.605
Umbria	821
Marche	1.500
Lazio	3.734
Abruzzo	1.109
Molise	139
Campania	2.446
Puglia	3.338
Basilicata	1.338
Calabria	847
Sicilia	1.662
Sardegna	550
<b>Totale</b>	<b>45.904</b>

#### I premi versati

Stima del valore medio dei premi versati per singolo sinistro (in euro)

Piemonte	36.454
Valle d'Aosta	38.791
Lombardia	28.850
Trentino Alto Adige	19.293
Veneto	24.328
Friuli Venezia Giulia	34.486
Liguria	31.205
Emilia Romagna	21.151
Toscana	21.047
Umbria	34.044
Marche	27.079
Lazio	35.485
Abruzzo	38.535
Molise	30.205
Campania	33.712
Puglia	22.050
Basilicata	6.781
Calabria	20.306
Sicilia	36.584
Sardegna	35.409
<b>Totale</b>	<b>27.828</b>

Fonte: ministero della Salute

### La posizione delle compagnie

## «Chiediamo franchigie adeguate»

Polizze strozza-sanità? Le grandi compagnie non vogliono saperne di sentirsi gettare la croce addosso. Qualcuna anzi contrattacca. È il caso della Zurich Insurance Company (15mila medici assicurati all'attivo), approdata appena due anni fa sul fronte degli enti pubblici. «Oggi assicuriamo 24 grandi aziende sanitarie e gestiamo una quota del rischio nell'operazione avviata dalla Regione Piemonte per conto di tutte le proprie strutture», spiega Maria Adele Colombo, responsabile account Enti pubblici della compagnia. «La Zurich — avverte

— non ha lasciato a casa il paracadute: partecipiamo alle gare solo se ci sono garanzie convincenti, franchigie adeguate (per esempio, 15mila euro per ciascun sinistro a persona o cose), premi congrui. Tra le aziende la cultura del rischio sta crescendo — chiosa la Colombo —. Le compagnie restano sul mercato a ragion veduta».

A cavarsela meno bene, insomma, sono davvero solo i professionisti? Per un massimale teorico di un milione di euro Zurich chiede dai 400 euro l'anno per il medico di medicina generale ai 9mila del gine-

cologo, passando per i 4mila dell'anestesista e i 5.500 del chirurgo plastico.

Stesse cifre e stessa lunghezza d'onda anche per un'altra grande protagonista della Rc sanitaria: Assicurazioni Generali. «Moduliamo le offerte in base alla categoria di rischio e

### OFFERTA MODULATA

Sono numerose le variabili in gioco, a partire dal fatto se il medico è dipendente o meno del Servizio sanitario nazionale

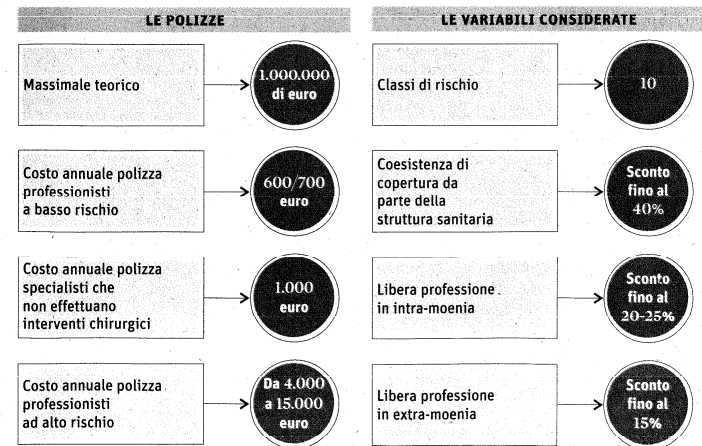
alle variabili personali», spiega Tommaso Cecon, responsabile della compagnia. «Conta se il medico è dipendente Ssn o libero professionista; se ha aderito o meno alla polizza per colpa grave contratta dalla struttura; se fa libera professione in intra-moenia o in extra-moenia». Per chi è fuori dall'Ssn, è ovvio «i costi sono più elevati». Prudenza estrema, insomma, in casa Generali che vanta un pacchetto di assicurati - tra singoli e strutture - praticamente sovrapponibile a quello della Zurich. E l'indicazione vale anche nei confron-

ti delle grandi strutture: «Molte stanno lavorando seriamente sulla questione del risk management — riconosce Cecon —, ma è ancora presto per risultati concreti che possano incidere in maniera sensibile sul livello dei premi».

Ed è Giuseppe Doria, agente generale di Aurora, a fornire in qualche modo la quadratura del cerchio: «Aumentare semplicemente i premi non serve a colmare gli sbilanci tra sinistri e premi. Occorre una gestione attenta delle riserve: occorre seguire la storia del sinistro e intervenire immediatamente. Altrimenti si rischia di liquidare un danno "montato"».

S.Tod.

### In ospedale



Nota: l'ipotesi riguarda il medico ospedaliero che svolge attività intra-moenia

La risposta degli ospedali

## Cresce la voglia di fare da sé

■ Davanti a polizze astronomiche per la copertura dei rischi derivanti dalla responsabilità civile, cresce la tentazione degli ospedali di "fare da sé".

Si è reso autonomo l'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, un Ircs con circa 2.500 dipendenti, di cui quasi 500 medici. «A partire dal 2003 — spiega il presidente, Francesco Silvano — anche alla luce dell'abnorme incremento dei premi assicurativi e dopo un'attenta analisi storica e prospettica degli eventi che possono essere oggetto di copertura e degli esiti dei contenziosi aperti, abbiamo scelto di non avvalerci di una copertura di responsabilità civile, continuando a investire nella gestione del rischio».

Il Policlinico Umberto I di Roma paga un premio annuo di 9 milioni, ma — assicura il direttore generale, Ubaldo Montaguti — «in cinque anni non ha mai versato in media

più di 500 mila euro annui a titolo di risarcimento». Secondo Montaguti, qualcosa non funziona nei meccanismi di assicurazione. Un esempio? «Le compagnie accantonano riserve per i sinistri solo denunciati e liquidano soltanto dopo anni. Perciò il valore su cui vengono calcolati i premi è notevolmente superiore rispetto a quello originale». Il divario tra premi e liquidazioni fa riflettere, anche se, come denunciano le compagnie, il contenzioso aumenta di anno in anno. «Potremmo rinunciare alla polizza e optare per un fondo aziendale impignorabile», confessa il manager. «Ma arrivare a tanto creerebbe problemi alla gestione quotidiana».

Neppure Adriano Cestrono, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Padova (5.173 dipendenti), esclude soluzioni drastiche. Due anni fa la struttura è rimasta per due mesi sen-

za copertura, perché la gara andava deserta; oggi paga un premio annuo di 6 milioni. Per Cestrono, l'ideale sarebbe «creare un Fondo regionale per il pagamento dei sinistri di modesta entità e stipulare polizze solo per i grossi rischi».

Il percorso inverso è stato compiuto dall'Ao Pugliese Ciaccio di Catanzaro, dove fino al 2005 la polizza era stata preferita un fondo riservato per coprire i rischi medio-bassi di conflittualità. «Quando mi sono insediato — afferma il direttore generale, Antonio Palumbo — abbiamo bandito una gara per la copertura della responsabilità civile». È arrivata una sola offerta e l'ospedale adesso paga un premio di 268.950 euro, ma la polizza prevede una "franchigia aggregata": l'azienda paga in proprio fino a 900 mila euro l'anno, oltre i quali subentra la compagnia.

M.Per.

La risposta delle Asl

## Migliora la gestione del rischio clinico

■ Le denunce schizzano in alto e le assicurazioni, di conseguenza, alzano i premi: le aziende sanitarie partono all'attacco e organizzano la gestione del rischio clinico. Quell'attività, cioè prevista nell'ultimo contratto dei medici e che i sindacati invocano a gran voce.

Nel 2004 già il 28% delle strutture sanitarie italiane aveva un'unità dedicata a questa attività, quando solo un anno prima, la percentuale era ferma al 17 per cento.

Il dato emerge da una ricerca recentissima — pubblicata a fine settembre — del ministero della Salute sugli aspetti assicurativi della gestione aziendale del rischio clinico, condotta su input della commissione Igiene

e sanità del Senato nella scorsa legislatura.

Il dato generale è di una vera e propria corsa ai ripari. Chi ha voluto, o potuto, ha creato un'Unità per la gestione del rischio clinico (28%), in alternativa l'opzione più selezionata è stata quella di affidarsi alla direzione sanitaria, che nel 67,3% delle strutture senza Unità, è risultata essere responsabile della gestione del rischio clinico. In percentuale, il ricorso alle unità per il rischio clinico è stato maggiore al Centro e nelle aziende ospedaliere e a dirigerle è più spesso personale interno all'organizzazione aziendale (97,8%).

A conti fatti, quindi, il 77% delle aziende si è avvalso di un consulente assicurativo, nel 64,6%

### La diffusione

Presenza Unità di gestione del rischio clinico secondo l'area geografica

	N.	%
Nord-Ovest	40	34,5
Nord-Est	14	21,9
Centro	24	43,6
Sud e Isole	13	14,8
<b>Totale</b>	<b>91</b>	<b>28,2</b>

Fonte: ministero della Salute

delle polizze siglate era prevista una franchigia (ma non è possibile stimare il valore soglia medio) e nel 7,1% dei casi la valutazione del sinistro entro l'importo di franchigia è avvenuta in sede assicurativa.

Oltre agli incidenti standard le polizze offrono anche garanzie aggiuntive, più spesso per le attività intramoenia (93,5%), con meno frequenza per la tutela legale e colpa grave (72,1%).

P.D.Bu.