



Ministero della Salute

Dipartimento della Qualità
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli Essenziali
di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema
Ufficio III

**RAPPORTO SULLA 1° RILEVAZIONE
NAZIONALE RELATIVA AGLI
“ASPETTI ASSICURATIVI IN AMBITO DI
GESTIONE AZIENDALE DEL RISCHIO CLINICO”**

Settembre 2006

INDICE

1. INTRODUZIONE	4
2. MATERIALI E METODI	7
3. RISULTATI	8
4. DISCUSSIONE	18
5. CONCLUSIONI	21
6. SVILUPPI FUTURI	22
7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	24

SOMMARIO

Per avere un quadro generale delle diverse modalità di gestione del rischio clinico relativamente agli aspetti assicurativi, il Ministero della Salute ha condotto un'indagine, tramite questionario, rivolto alle strutture sanitarie del SSN. L'indagine, che ha avuto una percentuale di rispondenza pari all'82%, con un gradiente decrescente Nord → Sud, ha mostrato che il 28% delle strutture sanitarie (91 strutture su 323) dichiarano di aver attivato una Unità di Gestione del rischio clinico, con un incremento rispetto ai dati del 2003 (17%) ed in prevalenza in staff alla Direzione Sanitaria; inoltre il 90,1% delle strutture (291) dichiara di avere istituito un'Unità operativa di gestione delle polizze assicurative. L'ammontare totale dei premi versati dalle strutture sanitarie alle Compagnie assicurative, nel 2004, è stato di €412.464.690 per le strutture rispondenti, mentre il totale dei premi viene stimato intorno a €538.076.789. La maggior parte delle polizze assicurative prevede l'estensione di garanzie aggiuntive, in particolare per attività intramoenia ed, in misura minore, per tutela legale e colpa grave. Una percentuale non trascurabile di strutture (35,4%) dichiara l'assenza di franchigia, suggerendo un trasferimento totale dei rischi nei confronti delle assicurazioni ed un approccio non proattivo. L'indagine rivela la presenza di sistemi di elaborazione dei sinistri e di un consulente assicurativo in un'elevata percentuale delle strutture.

Per affrontare in maniera organica il tema delle assicurazioni in sanità, si rende necessario promuovere a livello nazionale un sistema di monitoraggio delle polizze assicurative e dei sinistri, che garantisca, in questo ambito, un efficace governo delle politiche sanitarie centrali, regionali ed aziendali.

1. INTRODUZIONE

I sistemi sanitari sono sistemi ad elevata complessità caratterizzati dalla presenza di molteplici fattori, tra i quali hanno particolare rilevanza la specificità dei singoli pazienti, la elevata specializzazione degli interventi diagnostico-terapeutici, la coesistenza di esperienze multi-professionali e la presenza di modelli organizzativi e gestionali differenti.

Per questo, come in ogni altro sistema complesso, anche nei sistemi sanitari, l'errore e la possibilità di un incidente non sono del tutto eliminabili¹, ma devono essere utilizzati tutti gli interventi possibili perchè siano controllabili, secondo le metodologie disponibili, al fine di ridurre al minimo i possibili danni per i pazienti. E' quindi necessario che venga promosso un sistema dotato di barriere che rendano difficile il verificarsi dell'errore² ed attuare le misure in grado di mitigarne gli effetti.

Una delle conseguenze che fa seguito al verificarsi di un errore che, si può manifestare nell'interezza del processo clinico assistenziale, è la richiesta di risarcimento, anche in sede giudiziaria: negli ultimi anni, le azioni giudiziarie nei confronti degli operatori sanitari e delle strutture ospedaliere sono aumentate, anche a seguito della aumentata consapevolezza dei cittadini che chiedono una sanità più sicura e un maggiore potere "contrattuale" rispetto agli erogatori di servizi sanitari.

Fino a poco tempo fa, nel nostro paese, gli effetti economici derivanti dal manifestarsi dei rischi di natura clinica erano trasferiti, dai responsabili delle singole strutture sanitarie, direttamente alle Compagnie di assicurazione, che proponevano, per assumersi il rischio clinico di una struttura sanitaria, la definizione di un determinato premio assicurativo annuo sulla base di una percentuale rispetto all'ammontare degli stipendi lordi erogati annualmente. La revisione annuale del premio avveniva in modo pressoché automatico, calcolando il valore economico dei rimborsi per sinistri denunciati nel corso dell'ultimo anno a carico della Compagnia e, sulla base delle variazioni di tale indice, veniva modificata la percentuale da applicare al monte stipendi lordo erogato dalla struttura.

Con l'aumentare del numero delle denunce di sinistri subiti da parte di pazienti, nonché del valore economico dei risarcimenti riconosciuti, le Compagnie di assicurazione hanno reagito con incrementi successivi nella quota percentuale da applicare al parametro degli stipendi. Questa condizione ha generato progressivamente un aumento dei premi a carico delle strutture sanitarie, ed in taluni casi, una oggettiva difficoltà a concordare una soluzione assicurativa in grado di rispondere sia alle esigenze del SSN che della Compagnie assicurative.

Tra i costi che il SSN sostiene, quello per l'acquisizione della copertura assicurativa mostra, nel corso degli ultimi anni, un progressivo trend di incremento e rappresenta quindi un aspetto rilevante per la gestione del sistema. Anche se i valori dei premi assicurativi del SSN rispetto ad altri paesi, USA in particolare, sono inferiori, la dinamica incrementale dei premi fa presumere che, per le Aziende sanitarie, il tema delle assicurazioni nei prossimi anni sarà sempre più critico.

Inoltre, il tema dell'assicurazione del rischio sanitario merita un'attenzione particolare per effetto sia dei costi in crescita delle polizze sia perchè la quasi totalità delle Compagnie di assicurazioni ha apportato correttivi alle clausole dei contratti che garantiscono l'assicurato in maniera inadeguata e parziale, con l'assunzione di rischi sempre più contenuti. Vi è stata infatti una progressiva transizione dal sistema cosiddetto "loss occurring" a quello cosiddetto del "claims made": la differenza sostanziale consiste 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 il "claims made" l'assicuratore risponde unicamente dei sinistri denunciati e verificatisi durante il periodo di validità del contratto, per cui un sinistro verificatosi durante il periodo di validità della polizza e denunciato il giorno seguente alla scadenza non rientra nella garanzia assicurativa (es: la ritenzione di una garza all'interno del sito chirurgico, che può essere diagnosticata anche molti anni dopo l'occorrenza dell'evento e che può comportare gravissimi danni al paziente, potrebbe essere esclusa dalla garanzia assicurativa).

In considerazione della rilevanza di tali aspetti, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute ha inteso affrontare le implicazioni dei costi assicurativi nel contesto del rischio clinico.

La prima iniziativa è stata l'organizzazione, nel mese di marzo 2005, di un workshop a cura del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e di Consip, al fine di valutare il contesto di riferimento e condividere le esperienze maturate dalle Amministrazioni: l'analisi degli eventi e dei mutamenti verificatisi negli ultimi anni hanno evidenziato la complessità nel processo di selezione di operatori in grado di garantire un'adeguata copertura assicurativa.

A seguito di tale evento, a cui hanno partecipato numerosi Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi ed esperti del settore e sulla base di una richiesta da parte della Commissione Sanità (XIV legislatura) del Senato della Repubblica Italiana, la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute ha condotto un'indagine, tramite questionario inviato alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, per conoscere il quadro generale relativo alle diverse modalità di gestione del rischio clinico relativamente agli aspetti assicurativi, anche in funzione di una migliore definizione degli eventuali indirizzi normativi.

Il risultati di tale indagine sono oggetto del presente rapporto.

2. MATERIALI E METODI

L'indagine è stata effettuata tramite la somministrazione di un questionario indirizzato a 396 strutture sanitarie (ASL, Aziende ospedaliere, IRCCS, Policlinici universitari, ospedali classificati).

Il questionario, disponibile sul sito web del Ministero della Salute (<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdfFocus.jsp?area=programmazione-qualita&colore=3&id=261>), è stato inviato nel marzo del 2005; le risposte sono pervenute entro il dicembre dello stesso anno; l'elaborazione è stata svolta nel primo semestre 2006; la percentuale di rispondenti è risultata non omogenea per tutte le domande.

3. RISULTATI

3.1 Analisi dei rispondenti

La Tabella 1 presenta la distribuzione geografica e per struttura dei rispondenti: hanno risposto 323 strutture sanitarie su 396 interpellate, pari all'82% del totale, con un gradiente decrescente Nord → Sud. Relativamente al tipo di struttura, hanno risposto 170 ASL (87%), 96 AO (90%), 36 IRCCS (69%), 8 policlinici universitari (73%), 13 ospedali classificati (41%), per un totale di 323 strutture sanitarie (82%).

Tabella 1: Distribuzione geografica e per struttura dei rispondenti						
Regioni ed aree geografiche	Totale strutture rispondenti	ASL	Aziende Ospedaliere	IRCCS	Policlinici	Ospedali Classificati
Piemonte	100%	100%	100%	100%	-	-
Val D'Aosta	100%	100%	-	-	-	-
Lombardia	92%	100%	97%	95%	-	33%
Liguria	77%	80%	100%	100%	-	0%
Nord Ovest	93%	98%	98%	96%	-	25%
P.A. Bolzano	100%	100%	-	-	-	-
P.A. Trento	100%	100%	-	-	-	100%
Veneto	91%	100%	100%	0%	-	75%
Friuli Venezia Giulia	100%	100%	100%	100%	100%	-
Emilia Romagna	94%	91%	100%	100%	-	-
Nord Est	94%	98%	100%	75%	100%	80%
Toscana	83%	92%	100%	0%	-	-
Umbria	67%	75%	50%	-	-	-
Marche	72%	85%	100%	0%	-	-
Lazio	66%	92%	80%	43%	100%	25%
Centro	71%	88%	85%	25%	100%	25%
Abruzzo	100%	100%	-	-	-	-
Molise	80%	75%	-	100%	-	-
Campania	57%	62%	88%	50%	0%	0%
Puglia	76%	75%	50%	80%	-	50%
Basilicata	86%	80%	100%	-	-	-
Calabria	63%	64%	75%	0%	-	-
Sicilia	71%	89%	71%	100%	33%	0%
Sardegna	67%	63%	100%	0%	100%	-
Sud e isole	70%	74%	76%	64%	57%	-
Italia	82%	87%	90%	69%	73%	41%

3.2 Presenza di Unità di gestione del rischio clinico ad hoc istituita

La **Tabella 2** mostra che tra le 323 strutture rispondenti, il 28% (91 strutture) hanno istituito una Unità di gestione del rischio clinico, con la relativa distribuzione geografica.

Area geografica	Numero	%
Nord Ovest	40	34,5
Nord Est	14	21,9
Centro	24	43,6
Sud e isole	13	14,8
Totale	91	28,2

La **Tabella 3** evidenzia la distribuzione delle Unità di gestione di rischio clinico per tipologia di struttura.

Tipologia di strutture	Numero	%
Azienda Sanitaria Locale	47	27,8
Azienda Ospedaliera	31	35,2
IRCCS	8	22,9
Policlinico Universitario	2	20,0
Ospedale Classificato	3	16,7
Totale	91	28,2

3.3 Responsabile Unità' di gestione del rischio clinico

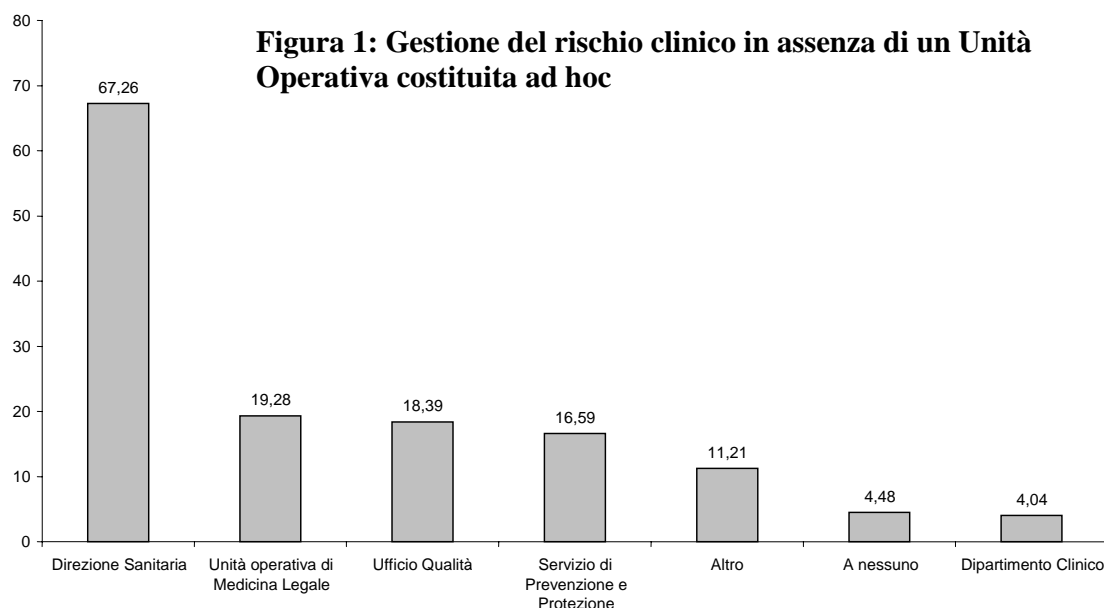
Il responsabile dell'Unità di gestione del rischio clinico è rappresentato in 88 casi su 90 rispondenti da una figura interna.

Tabella 4: Responsabile Unità di Gestione del rischio clinico		
Tipo di figura professionale	Numero	%
Interna all'organizzazione aziendale	88	97,8
Esterna all'organizzazione aziendale	2	2,2
Totale*	90	100,0

* Un rispondente mancante

3.4 Gestione del rischio clinico nel caso in cui non sia presente un'Unità di gestione del rischio ad hoc istituita

Nel caso in cui non sia stata istituita un'Unità di gestione del rischio clinico, la gestione è affidata per la maggior parte dei casi (67,3%) alla Direzione sanitaria. (150 su 223), così come si evince dalla **Figura 1**.



3.5 Presenza di Unità Operativa di gestione delle polizze assicurative

Su 323 strutture rispondenti, il 90,1% (291 strutture) ha dichiarato di avere istituito un'Unità Operativa di gestione delle polizze assicurative, anche se non è possibile allo stato attuale avere informazioni sulla natura ed il livello specifico di operatività.

Tabella 5: Presenza dell'Unità Operativa di gestione delle polizze assicurative			
Regioni ed aree geografiche	N. di strutture che hanno UO di gestione delle polizze assicurative	Totale strutture	%
Piemonte	32	32	100,0
Valle d'Aosta	1	1	100,0
Lombardia	62	73	84,9
Liguria	10	10	100,0
<i>Nord Ovest</i>	<i>105</i>	<i>116</i>	<i>90,5</i>
P.A. Bolzano	4	4	100,0
P.A. Trento	3	3	100,0
Veneto	25	29	86,2
Friuli Venezia Giulia	9	12	75,0
Emilia Romagna	15	16	93,8
<i>Nord Est</i>	<i>56</i>	<i>64</i>	<i>87,5</i>
Toscana	15	15	100,0
Umbria	3	4	75,0
Marche	12	13	92,3
Lazio	19	23	82,6
<i>Centro</i>	<i>49</i>	<i>55</i>	<i>89,1</i>
Abruzzo	6	6	100,0
Molise	4	4	100,0
Campania	14	16	87,5
Puglia	14	16	87,5
Basilicata	6	6	100,0
Calabria	9	10	90,0
Sicilia	20	22	90,9
Sardegna	8	8	100,0
<i>Sud e isole</i>	<i>81</i>	<i>88</i>	<i>92,0</i>
Italia	291	323	90,1

3.6 Ammontare dei premi versati dalle Aziende per RCT/RCO e per “maggiori costi” nell’anno 2004 e stima del totale dei premi versati da tutte le strutture sanitarie

La **Tabella 6** mostra l’ammontare dei premi versati dalle aziende nel 2004; Lombardia, Lazio e Piemonte sono le regioni con l’ammontare dei premi versati più alti. Il valore totale dei premi versati è pari ad €412.464.690.

Tabella 6 Ammontare dichiarato dei premi versati nel 2004 e stima dei premi per regione			
Regioni	Ammontare totale dei premi dichiarati in €	Percentuale dei rispondenti	Stima premi versati per Regione in €
Piemonte	41.217.230	100%	41.217.230
Valle d'Aosta	1.344.750	100%	1.344.750
Lombardia	81.913.010	91%	89.876.775
Liguria	15.311.344	77%	19.904.747
P.A. Bolzano	2.781.522	100%	2.781.522
P.A. Trento	3.392.201	100%	3.392.201
Veneto	33.503.247	88%	38.289.425
Friuli Venezia Giulia	13.300.111	100%	13.300.111
Emilia Romagna	33.954.991	94%	35.597.200
Toscana	21.671.859	72%	30.007.189
Umbria	9.316.659	67%	13.974.988
Marche	12.745.156	67%	19.117.734
Lazio	46.226.339	60%	77.043.898
Abruzzo	14.245.131	100%	14.245.131
Molise	1.658.463	80%	2.073.079
Campania	27.486.823	57%	48.101.940
Puglia	21.131.433	67%	31.697.145
Basilicata	2.859.316	71%	4.003.042
Calabria	5.620.040	44%	12.845.805
Sicilia	17.119.687	61%	27.932.121
Sardegna	5.665.378	50%	11.330.756
Totale	412.464.690	77%	538.076.789

E’ stata infine stimata la somma totale dei premi versati da tutte le strutture sanitarie per regione, considerando anche i non rispondenti: tale valore è pari a €538.076.789.

3.7 Numero di sinistri raccolti nel triennio 2002/2004

La **Tabella 7** riporta i dati relativi alla numerosità dei sinistri raccolti del triennio 2002/2004 per regione dichiarati dalle strutture sanitarie rispondenti.

Tabella 7: Sinistri raccolti nel triennio 2002/2004 per regione	
Regioni	Numero sinistri 2002/2004
Piemonte	3.392
Valle d'Aosta	104
Lombardia	8.739
Liguria	1.472
P.A. Bolzano	419
P.A. Trento	541
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
Totale	45.904

3.8 Stima del valore medio del premio versato nel 2004 per sinistro

La tabella n. 8 presenta la stima del valore medio dei premi versati per singolo sinistro nel 2004 dalle strutture rispondenti (n=294). La stima è stata calcolata rapportando il valore dei premi versati nel 2004 al n. dei sinistri raccolti.

Tabella 8: Stima del valore medio dei premi versati per singolo sinistro	
Regione	Premi versati/ Numero sinistri *
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
Totale	27.828

* Il numero di sinistri corrisponde ad 1/3 dei sinistri raccolti nel triennio 2002/2004

3.9 Garanzie aggiuntive previste nelle polizze di assicurazione per RCT/RCO

La **Tabella 9** riporta le tipologie di garanzie aggiuntive previste nelle polizze assicurative, da cui emerge che quella più frequentemente prevista è quella legata all'attività intramoenia, mentre quelle per tutela legale e colpa grave sono meno frequenti.

Tabella 9: Tipologia di garanzie aggiuntive previste nelle polizze di assicurazione per RCT/RCO		
Garanzie aggiuntive	Numero	Percentuale sul totale delle strutture rispondenti
Per attività intramoenia	302	93,5
Per danni per eventi non clinici nel reparto	284	87,9
Per danni a terzi per raccolta/utilizzo sangue	298	92,3
Per borsisti/tirocinanti	289	89,5
Per tutela legale	238	73,7
Per estensione per colpa grave	233	72,1

3.10. Presenza di franchigie nella polizza assicurativa

La **Tabella 10** mostra che le franchigie sono presenti nelle clausole contrattuali nel 64,6% delle strutture rispondenti, anche se non sono disponibili informazioni sull'altezza (valore soglia) della franchigia; vi è inoltre, una percentuale (35,4%) non trascurabile di strutture che dichiarano l'assenza di franchigia.

Tabella 10: Presenza di franchigie contrattuali		
	Numero	%
NO	112	35,4
SI	204	64,6
Totale*	316	100,0

* 7 rispondenti mancanti

3.11 Sede in cui avviene la valutazione del sinistro RCT entro l'importo di franchigia

Dalla Tabella seguente, emerge che il 75,1% delle strutture demanda la valutazione del sinistro entro l'importo di franchigia all'assicurazione.

Tabella 11: Sede in cui avviene la valutazione del sinistro RCT entro l'importo di franchigia		
Sede	Numero	%
Assicurativa	169	75,1
Intra-aziendale	36	16,0
Entrambi	20	8,9
Totale*	225	100,0

* 98 rispondenti mancanti

3.12 Strutture con sistema di elaborazione per tipo di sinistro

La Tabella 12 riporta i dati relativi alla presenza di sistemi di elaborazione dei sinistri.

Tabella 12: Strutture con sistema di elaborazione per tipo di sinistro		
Tipo di sinistro	Strutture	
	Numero	%
Denunciati	264	81,7
Riservati	181	56,0
Liquidati	207	64,1
Respinti	205	63,5
Con atto di citazione	251	77,7

3.13 Utilizzo di un consulente assicurativo da parte delle Aziende sanitarie

La **tabella 13** mostra che nel 77% dei casi l'azienda si avvale di un consulente assicurativo.

	Numero	%
No	73	23
Si	250	77

4. DISCUSSIONE

Uno degli aspetti peculiari e critici della gestione del rischio clinico è quello degli aspetti assicurativi che, tra i costi sostenuti dal SSN, ha mostrato un progressivo trend di incremento nel corso degli ultimi anni e rappresenta quindi un aspetto rilevante per la gestione del sistema. Alla luce di ciò, la Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute, nell'ambito delle attività in corso in tema di sicurezza dei pazienti, ha condotto la presente indagine.

In termini complessivi, la percentuale di rispondenza pari all'82% è risultata molto soddisfacente, evidenziando una diffusa attenzione rispetto a questo aspetto della gestione del rischio clinico, nonostante alcune possibili criticità nella interpretazione di alcune domande.

Il primo argomento trattato dall'indagine è stato quello relativo alla **presenza di Unità di gestione del rischio clinico**, dal quale è emerso che il 28% (91 strutture su 323) dichiarano di aver attivato una Unità ad hoc. Tale valore è aumentato rispetto ad una precedente indagine condotta nel 2003, quando si attestava al 17% e ciò dimostra come le aziende, sensibilizzate alla problematica, hanno avviato iniziative in merito. Questa informazione è supportata anche dal fatto che, nella quasi totalità dei casi, il responsabile dell'Unità di gestione del rischio clinico è rappresentato da una figura interna all'azienda stessa. Ulteriori informazioni sulle modalità operative delle Unità di gestione del rischio verranno raccolte tramite una successiva indagine. Nel caso in cui non sia stata istituita un'Unità di gestione del rischio clinico ad hoc, la gestione è affidata per la maggior parte dei casi (67,26%) alla Direzione Sanitaria (150 su 223), organo direzionale di riferimento più rappresentativo per la gestione della sicurezza dei pazienti. Inoltre, le risposte fornite indicano che la gestione del rischio clinico può essere affidata a più servizi all'interno della struttura sanitaria, dimostrando la necessità di una migliore definizione per l'assegnazione di responsabilità in questo settore.

Presenza di una Unità operativa di gestione delle polizze assicurative

Su 323 Aziende rispondenti, il 90,1% (291) ha istituito un'Unità operativa di gestione delle polizze assicurative. Il dato mostra la crescente esigenza da parte delle Aziende di

tutelarsi gestendo direttamente le richieste di risarcimento, anche se non è possibile valutare il livello di operatività delle unità stesse.

Un'Unità ad hoc istituita può meglio documentare l'iter della pratica, può svolgere un'istruttoria completa e più rispondente alla realtà e in sede di giudizio farsi assistere da un proprio legale di fiducia e, pertanto sarebbe opportuno, tramite una indagine specifica, approfondire i modelli gestionali ed il livello di operatività delle Unità operative ad hoc istituite.

Ammontare dei premi versati dalle Aziende per RCT/RCO e per “maggiori costi” nell'anno 2004

L'ammontare totale dei premi versati dalle Aziende nel 2004 è stato di €412.464.690 per le strutture rispondenti, mentre la stima del totale dei premi per tutte le strutture produce un valore di costo pari a €538.076.789.

Questa stima deve tener conto di fattori di varia natura che possono influenzare, a livello di singola struttura sanitaria, l'ammontare dei premi, e tra questi:

- aspetti qualitativi di sinistrosità delle strutture sanitarie
- aspetti quantitativi di sinistrosità delle strutture sanitarie
- la presenza di sistemi di raccolta dati (generalmente carenti in Italia)
- la diversa rilevanza che è dimostrabile per Unità operative (maggiore in Ortopedia e Ginecologia rispetto ad altre U.O.)
- i costi maggiori per AO rispetto ad AUSL

Un ulteriore approfondimento è necessario per comprendere la composizione e l'ammontare dei premi versati, rispetto ai rischi coperti, confrontando i premi agli indennizzi.

Garanzie aggiuntive previste nelle polizze assicurative

Anche se la maggior parte delle polizze assicurative prevede già l'estensione di garanzie aggiuntive, in particolare per l'attività intramoenia ed in misura minore per la tutela legale e l'estensione per colpa grave, appare utile in futuro verificare che tali clausole prevedano effettivamente la garanzia di tutela legale e copertura per colpa grave, sulla base di una effettiva valutazione dei maggiori costi a fronte di tali garanzie.

Presenza di franchigie nella polizza assicurativa

Il fenomeno della presenza di franchigie nelle clausole contrattuali presenta due aspetti diversi. Infatti, da un lato, in poco meno di due terzi delle strutture rispondenti, la

franchigia è dichiarata essere presente, ma sarebbe utile conoscere la distribuzione dei valori previsti, la cosiddetta altezza, in quanto un'altezza elevata potrebbe favorire l'inappropriatezza delle denunce di sinistri minori. Per converso, la percentuale (35,4%) non trascurabile di strutture che dichiarano l'assenza di franchigia, lascia intuire un trasferimento totale dei rischi nei confronti delle assicurazioni ed un approccio non proattivo nella gestione degli stessi.

Sede in cui avviene la valutazione del sinistro RCT entro l'importo di franchigia

I dati disponibili rispetto alla sede di valutazione dei sinistri entro l'importo di franchigia dimostrano che la sede assicurativa è quella più frequentemente utilizzata rispetto alla sede intra-aziendale: tale dato sembra contrastare con quanto dichiarato rispetto alla effettiva presenza di un'Unità di gestione delle polizze, che dovrebbe essere in grado di gestire tali aspetti. Questo suggerisce che le strutture sanitarie tendono a delegare talune competenze, anziché farsene carico in maniera diretta. Sarebbe utile anche avere informazioni sulle modalità con le quali avviene lo scambio informativo tra Compagnie assicuratrici e strutture sanitarie.

Strutture con sistema di elaborazione per tipo di sinistro

La presenza di sistemi di elaborazione in una elevata percentuale mostra come le aziende si stiano organizzando per elaborare i dati relativi a varie tipologie di sinistri, non solo quelli denunciati, ma anche i respinti e quelli con riserva.

Utilizzo di un consulente assicurativo da parte delle Aziende sanitarie

La presenza di un consulente assicurativo è dichiarata da più di due terzi delle strutture. Appare necessario approfondire le caratteristiche di tale funzione, anche in relazione alle Compagnie assicurative, verificando anche le modalità pratiche di tale consulenza, se svolta per una definita attività, quale la predisposizione di un capitolato o la valutazione della sinistrosità della struttura, oppure se trattasi di un servizio di brokeraggio, con contorni più ampi e che prevede attività di raccolta dei sinistri, monitoraggio, assistenza e consulenza nei confronti della struttura sanitaria.

Infine è importante verificare, per le strutture che dichiarano di non avere il consulente assicurativo (23%), come vengono gestite le polizze, i rapporti con l'assicurazione e gli elementi caratterizzanti la polizza.

5. CONCLUSIONI

Un sistema di gestione del rischio e l'attivazione di attività mirate alla riduzione degli errori può portare indubbi vantaggi in quanto consente di aumentare la sicurezza del paziente in primis, ma anche di migliorare efficienza e qualità degli ospedali, riducendo i costi aggiuntivi derivanti da errori e la conseguente riduzione del contenzioso, delle spese di risarcimento e dei premi delle polizze assicurative.

Nell'approccio sistemico alla gestione del rischio clinico è necessario definire una corretta strategia assicurativa da parte di ogni azienda e quindi sarebbe utile:

- attivare a livello aziendale iniziative di risk management;
- favorire all'interno della azienda la gestione integrata delle differenti aree di rischio (clinico, patrimoniale, professionale, ambientale);
- favorire il dialogo tra aziende e Compagnie assicurative prima della aggiudicazione del contratto per meglio concordare le modalità più pertinenti alla realtà di ogni singola azienda.
- attivare un Comitato di Valutazione Sinistri che partendo dall'analisi delle cause che hanno determinato l'evento dannoso, faccia una valutazione puntuale del sinistro.

La soluzione fino ad ora adottata (aumento della quota percentuale da applicare al parametro degli stipendi in base al maggior numero di sinistri che determina il premio da sostenere alla compagnia assicuratrice), appare insostenibile per molte Direzioni generali. La crescita elevata di denunce di sinistri e gli incrementi consistenti nel valore di alcuni risarcimenti riconosciuti ai pazienti non rende i premi assicurativi annui sostenibili per le strutture sanitarie, ma, nello stesso tempo, le stesse Compagnie di assicurazioni non li considerano remunerativi. Si rileva, in pratica, una difficoltà oggettiva di avviare negoziazioni tra le parti sulla base delle procedure tradizionali³.

La situazione insostenibile, sia per le Direzioni generali delle aziende sanitarie, sia per le Compagnie di assicurazione sta inducendo entrambi ad affrontare il tema del rischio clinico in modo nuovo operando su almeno 2 fronti. Quanto al primo fronte, si diffonde l'esigenza (e l'urgenza) di misurare il rischio clinico, tipico di ciascuna struttura sanitaria e, poi, definire quale parte di esso possa essere "ritenuta" e gestita direttamente dalla Direzione generale e quale parte dello stesso rischio possa essere "trasferito", presso le Compagnie di assicurazione. Per giungere a tale obiettivo, è necessario

disporre di una visione attendibile del valore economico delle risorse finanziarie disponibili presso la singola struttura sanitaria, definire i rischi della stessa per valutare le probabilità del verificarsi del sinistro, affrontare la gestione diretta dei risarcimenti tenendo conto delle possibili responsabilità contabili che ne possono scaturire, stimando così i possibili danni e studiare le azioni da intraprendere al fine di prevenire i rischi o di trasferirli alle Compagnie di assicurazione. Il secondo fronte riguarda la ricerca di modalità gestionale del rischio clinico, in grado di ridurre, in modo utilmente apprezzabile anche dalle Compagnie assicuratrici, i rischi conseguenti allo svolgimento delle attività sanitarie. In questo senso si dovranno definire proposte di contenuto organizzativo e linee guida cliniche. Solo dopo avere avviato processi complessi per avere le informazioni necessarie a gestire quanto appena accennato, le Direzioni generali disporranno di una capacità contrattuale ben maggiore, rispetto all'attuale e riusciranno a negoziare polizze assicurative su basi diverse da quelle del passato.

Sarà anche utile affrontare il problema legato al potere contrattuale delle strutture sanitarie rispetto alle Compagnie assicurative, per rendere più omogenea la forza contrattuale di strutture con analogo livello di rischio. Allo stato attuale, l'aspetto della contrattazione si caratterizza per l'asimmetria informativa⁴, nella quale i soggetti risultano informati allo stesso modo solo dopo che il contratto si è concluso, ammesso che ciò avvenga. Da qui deriva la necessità di sperimentare e sviluppare strumenti compensativi che possano favorire la riduzione del gap informativo esistente.

6. SVILUPPI FUTURI

Il settore delle Assicurazioni per la sanità pubblica e convenzionata con il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), ha caratteristiche tali da distinguerlo, in modo netto, all'interno del mercato domestico delle assicurazioni. La rilevanza dei servizi negoziati e la tipologia dei rischi trattati in esso giustificano la necessità di una conoscenza, profonda e diffusa, circa l'evoluzione della sua struttura e del suo funzionamento. In proposito, ogni lacuna conoscitiva indebolisce molto l'azione degli operatori che si pongono dal lato della "domanda" di prestazioni assicurative, vale a dire le Direzioni

delle strutture sanitarie del S.S.N. ed i soggetti responsabili delle adozioni di politiche sanitarie, sia a livello centrale che regionale (Ministero della Salute, Regioni e P.A).

Un Sistema di monitoraggio delle Polizze assicurative in sanità, a cui sta lavorando il Gruppo di lavoro per la Sicurezza dei Pazienti istituito presso il Ministero della Salute, rappresenta uno strumento potenzialmente rilevante che consentirà un sistematico scambio di informazioni per garantire il monitoraggio dei sinistri e la valutazione degli eventi potenzialmente avversi.

7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M.; To err is human: building a safer health system; 1999; National Academy Press; Washington, D.C..
2. Reason J. Human error; 1990; Cambridge University Press.
3. Cinotti R.; La Gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, 2004; Il Pensiero Scientifico Editore
4. Levaggi R., Capri S. Economia Sanitaria, 2003, pag.197, ed. Franco Angeli

Ringraziamenti

Il presente rapporto è stata elaborato dall' Ufficio III - Qualità delle attività e dei servizi- - (Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli, Rosetta Cardone, Susanna Ciampalini, Giorgio Leomporra, Giuseppe Murolo, Claudio Seraschi), Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, anche con il supporto tecnico di tutti i componenti del Gruppo di lavoro "Valutazione degli approcci metodologici in tema di Rischio clinico" ed in particolare di Cristiana Chitarroni, Claudio Capozzi, Domenico Della Porta, Isabella Mastrobuono, GianMario Raggetti, Michele Romano, Vincenzo Ronca e Vincenzo Vigilano.