

Assicurazione R.C. sanitaria. I dati dell'ultimo Rapporto Ania

Bisturi e carte bollate: 28 mila denunce contro medici e Asl

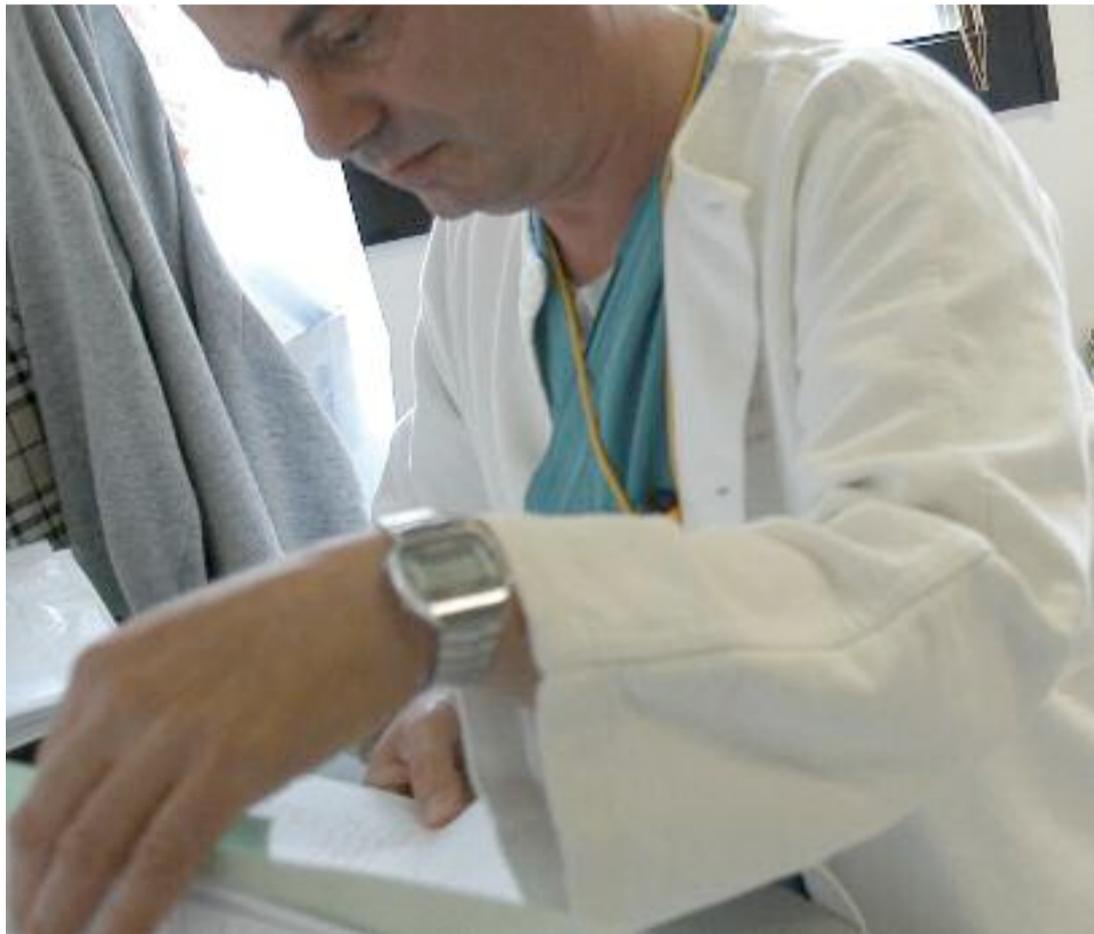
di Lucia Conti

Oltre 28mila. Sono le richieste di risarcimento danni per casi di mal practice o errori medici che i cittadini hanno denunciato nel 2006. Il 66% in più rispetto al 1996 (quando le denunce erano state circa 17mila). Ma se si analizza il dato, si evidenzia che a crescere sono stati soprattutto i sinistri denunciati contro i singoli medici, passati da 4.028 denunce del 1996 a 11.959 nel 2006 (+197%). Per quanto riguarda invece la copertura delle strutture sanitarie l'incremento registrato è stato pari al 26% (da 13.028 denunce nel 1996 a 16.424 nel 2006). I dati sulle spese assicurative in sanità arrivano dal Rapporto sull'Assicurazione italiana 2007/2008 elaborato dall'Ania, l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici. Sul totale dei sinistri, tuttavia, soltanto in un terzo dei casi si arriva al risarcimento. Segnale, questo, di un ricorso alle denunce da parte dei cittadini non sempre giustificato e rivelatore di una fragilità del rapporto di fiducia della popolazione nei confronti delle strutture sanitarie e dei professionisti. Una situazione che influisce negativamente anche sulle condizioni di lavoro dei medici, sempre più allarmati dal rischio di essere denunciati, così come sulla tenuta dei sistemi sanitari regionali: si calcola che per coprire il fenomeno della richiesta di risarcimenti le Regioni spendano circa 500 milioni l'anno in polizze per assicurare strutture sanitarie e personale.

La media dei rimborsi si aggira tra i 25 e i 30mila euro. Il 31% delle richieste inoltrate ottiene un risarcimento che, nel 25% dei casi, viene deciso con un accordo tra le parti mentre nel restante 75% viene stabilito in un'aula giudiziaria.

Le cause riguardano soprattutto interventi sbagliati, errori nella somministrazione dei farmaci, diagnosi mancate. Ma non si tratta solo di errori medici. Il quadro sociale e giurisprudenziale è fortemente cambiato nell'ultimo decennio, sottolinea il rapporto. È cresciuta la consapevolezza dei malati rispetto ai propri diritti in seguito a errori medici o a disservizi della struttura sanitaria, pubblica o privata. Non si muore "per caso", spesso ci sono responsabilità del

Sono cresciute del 66% in dieci anni le richieste di risarcimento per gli errori medici e i danni causati alla salute. Ma al risarcimento si arriva solo in un caso su tre. Sintomo di una crisi nel rapporto tra cittadini e sistema sanitario, ma che preoccupa anche per le conseguenze sulle condizioni di lavoro dei professionisti e sulla sostenibilità di bilancio delle Aziende. A parlar chiaro sono le cifre dell'ultimo rapporto dell'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania) che fa anche il punto sulle polizze sanitarie delle famiglie italiane



medico e/o della struttura sanitaria-ospedaliera in tutte quelle situazioni in cui la terapia sia stata inadeguata o quando il medico abbia omesso le cure appropriate o commesso un errore terapeutico. Al contempo, si è andato allargando il danno risarcibile alle vittime (patrimoniale, morale, biologico ed esistenziale), riconoscendo il diritto al rimborso anche ai familiari del malato. In termini assicurativi tutto questo si è tramutato in un crescente numero di sinistri denunciati e risarciti dalle compa-

Un monitoraggio degli eventi, e quindi una raccolta dei dati, diventa fondamentale per analizzare e gestire correttamente la parte assicurativa

gnie di assicurazione e di un costo medio dei sinistri sempre più elevato (vedi Tabella 1). In termini di politiche sanitarie, il fenomeno ha posto l'attenzione sulla funzione del risk management e accelerato il processo di introduzione di un sistema informativo di supporto in grado da un lato di monitorare, ridurre ed evitare l'errore clinico, dall'altro di tenere sotto controllo e ottimizzare la spesa assicurativa.

L'importanza di una coerente politica di risk management
Ad oggi ogni azienda sanitaria è libera di attuare delle politiche

di copertura assicurativa secondo le modalità che ritiene più idonee. Un monitoraggio degli eventi, e quindi una raccolta dei dati, diventa pertanto fondamentale per analizzare e gestire correttamente la parte assicurativa. Affiancato, si intende, da un solido impianto di risk management, volto al miglioramento dei processi di cura e alla riduzione degli errori.

La questione è stata sottolineata anche dal sottosegretario alla Salute, Ferruccio Fazio: "Occorre istituire nelle strutture sanitarie unità di valutazione tecnologica per l'organizzazione, la manutenzione e il collaudo delle strumentazioni e Unità di rischio clinico, da estendere, attraverso linee guida, su tutto il territorio nazionale", che ha anche assicurato sulla volontà del governo di affrontare il tema dei risarcimenti e dell'escalation del contenzioso giudiziario. "Stiamo lavorando - ha detto - per mettere a punto procedure più snelle affinché il paziente che dovesse avere un contenzioso possa essere rimborsato più rapidamente, scindendo la responsabilità penale colposa da quella civile". Un'impostazione che trova sponda anche nel disegno di legge presentato al Senato dal presidente della XII Commissione Igiene e Sanità Antonio Tomassini, nel quale si prevede un'assicurazione obbligatoria per tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, la responsabilità diretta sugli enti e non sulle singole persone e si favorisce il ricorso all'arbitrato per snellire le pratiche di risarcimento dei pazienti, oltre all'istituzione di un albo, certificato a livello nazionale, al quale ricorrere in caso di simili contenziosi.

I dati italiani dell'assicurazione R.C. sanitaria

Dal 1996 al 2006 il numero dei sinistri denunciati alle compagnie di assicurazione ha subito un incremento del 66% (da 17.000 denunce a circa 28.400). Ma se si analizza più a fondo questo dato si evidenzia che sono stati i sinistri denunciati relativamente alla copertura dei singoli professionisti medici a registrare l'aumento più sostenuto, passando da 4.028 denunce del 1996 a 11.959 nel 2006 (+197%). Per quanto riguarda invece la copertura delle strutture sanitarie l'incremento registrato è stato più contenuto e pari al 26% (da 13.028 denunce nel 1996 a 16.424 nel 2006).

I tempi di liquidazione sono nella maggior parte dei casi estremamente lunghi, soprattutto a causa dei contenziosi giudiziari che nascono in merito al riconoscimento della responsabilità e alla quantificazione del danno subito. Questo fa sì che inizialmente l'impresa assicuratrice non possieda tutte le informazioni necessarie per la corretta valutazione del sinistro, che spesso è destinato ad aumentare di valore nel corso del tempo.

TABELLA 1 Numero di sinistri denunciati

Anno	RC professionali medici	RC strutture sanitarie	Totale
1994	3.222	6.345	9.567
1995	5.892	11.411	17.303
1996	4.028	13.028	17.056
1997	4.829	18.672	23.501
1998	6.036	21.678	27.714
1999	9.073	23.261	32.334
2000	10.078	23.249	33.327
2001	11.238	21.911	33.149
2002	11.443	19.028	30.471
2003	10.874	16.566	27.440
2004	11.988	16.356	28.344
2005	12.290	16.343	28.633
2006	11.959	16.424	28.383

TABELLA 2 Incidenza % dell'importo liquidato sul costo complessivo dei sinistri al 31/12/2006 per anno di protocollazione*

Anno di protocollazione	RC strutture sanitarie	RC professionale medici
1996	84,0%	68,3%
1997	81,1%	80,1%
1998	78,7%	66,6%
1999	66,3%	56,1%
2000	59,9%	42,1%
2001	46,0%	39,1%
2002	41,0%	28,1%
2003	33,1%	25,6%
2004	25,6%	15,8%
2005	18,5%	9,8%
2006	5,7%	3,6%

* Per anno di protocollazione si intende l'anno di apertura del sinistro presso l'impresa. In caso di riapertura, il sinistro ha assunto un nuovo anno di riferimento determinato sulla base della data di riapertura.

I sinistri protocollati nel 1996 che coinvolgono le strutture sanitarie, dopo dieci anni (ossia al 31 dicembre 2006), risultavano liquidati per l'84% del costo complessivo. Tale percentuale risulta invece inferiore per quanto riguarda la R.C. professionale dei medici, pari al 68%. Se si considerano i sinistri protocollati nel 2006, la percentuale di importo liquidato nell'anno stesso di protocollazione è assai limitata e pari al 5,7% del totale per la R.C. delle strutture sanitarie, mentre è ancora più contenuta per la R.C. professionale dei medici (3,6%).

Premi alle stelle per la lentezza delle procedure

Come detto i tempi lunghi di liquidazione e le carenze informative che la compagnia deve colmare per la corretta definizione del danno fanno sì che la valutazione del risarcimento effettuata nei primi anni di sviluppo del sinistro risulti essere spesso insufficiente. La tabella 2 mostra come il rapporto tra sinistri (pagati e riservati) e premi, ossia l'indicatore tecnico che serve a esplicitare quanta parte di premio viene utilizzata dalle imprese per pagare i risarcimenti, tende a crescere significativamente nel tempo. (In particolare, i dati riguardano il totale del settore della responsabilità civile medica, C professionisti e R.C. strutture sanitarie). I dati per le generazioni dei sinistri più "vec-

chi", ossia quelli protocollati dal 1996 al 1999, mostrano come dopo 7-10 anni (ossia alla fine dell'anno 2006) il rapporto sinistri a premi continui a peggiorare rispetto alle valutazioni fatte 4-6 anni dopo la protocollazione. Ad esempio, l'indicatore tec-

nico al 31 dicembre 2006 per la generazione 1997 è pari al 293%, valore superiore al 223% stimato al 31 dicembre 2002 quando erano già passati cinque anni dalla protocollazione. Se si analizza invece la generazione del 2002, anno per il qua-

Fonte: ANIA. L'assicurazione italiana 2007/2008

TABELLA 3 Rapporto "sinistri/premi" al 31/12/2006 per anno di protocollazione

Anno di protocollazione	2002	2004	2005	2006
1996	187%	198%	195%	191%
1997	223%	320%	300%	293%
1998	168%	340%	313%	288%
1999	179%	262%	266%	249%
2000	151%	216%	219%	208%
2001	154%	218%	218%	200%
2002	149%	232%	229%	199%
2003		196%	199%	171%
2004		145%	170%	154%
2005			173%	162%
2006				158%

Sul totale dei sinistri soltanto in un terzo dei casi si arriva al risarcimento. Segnale, questo, di un ricorso alle denunce da parte dei cittadini non sempre giustificato e rivelatore di una fragilità del rapporto di fiducia della popolazione nei confronti delle strutture sanitarie e dei professionisti

le si dispone del rapporto sinistri a premi valutato sia nell'anno di protocollazione sia quattro anni dopo, si nota come il rapporto sinistri a premi viene

rivisto in peggioramento di ben 50 punti percentuali passando dal 149% al 199%. Al 31 dicembre 2006, tuttavia, il rapporto sinistri a premi per tutte le generazioni disponibili sembra essere leggermente migliorato rispetto alle valutazioni fatte l'anno precedente (ossia al 31 dicembre 2005). Questa potrebbe essere un'indicazione o di una più cauta riservazione fatta nell'anno precedente o di maggiori informazioni sui sinistri che hanno permesso di definire meglio i sinistri ancora da pagare.

E intanto un milione e mezzo di famiglie italiane si fa una polizza privata

Si stima che nel 2006 le famiglie italiane in possesso di

almeno una polizza malattia e/o infortuni fossero circa 1,45 milioni, cioè il 6,1% del totale delle famiglie residenti in Italia. Le polizze sanitarie sono risultate più diffuse nel Nord, dove il 9,6% dei nuclei residenti hanno almeno un familiare assicurato; è pari al

6,4% (6,9% nel 2004) la quota di famiglie assicurate residenti al Centro. Nel Sud, la quota delle famiglie assicurate è pari allo 0,6%. Il 15,3% dei lavoratori autonomi sono risultati in possesso di una polizza sanitaria privata, contro il 5,7% dei lavoratori

dipendenti e il 3,5% dei capifamiglia in condizione non professionale. Rimane comunque forte l'incentivo dei lavoratori autonomi ad affiancare una copertura privata a quella garantita dal Servizio sanitario nazionale. La relazione tra la diffusione delle

polizze sanitarie e il livello del reddito del capofamiglia è crescente. Nel 2006 appena l'1% dei nuclei famigliari all'interno del primo 20% della distribuzione dei redditi deteneva una polizza sanitaria, contro il 16,1% delle famiglie più ricche.

FERRO-GRAD®

Solfato ferroso



TEOFARMA s.r.l.