



**L'APPROFONDIMENTO DI SHAM E RAVINALE SUL
RISK MANAGEMENT NEL SETTORE SANITARIO**

SANITÀ 360° – GIUGNO 2017

INDICE

1. L'ASSICURAZIONE SANITARIA NON È UN LUSO, MA UNA GARANZIA, PERCHÉ ASSICURANDOSI CONTRO IL RISCHIO CLINICO SI FINISCE CON IL PREVENIRLO.	pag. 4
2. RISARCIMENTI E ASSICURAZIONI SANITARIE: COSA CAMBIA CON LA NUOVA LEGGE.	pag. 6
3. COME CAMBIA LA RESPONSABILITÀ SANITARIA.	pag. 8
4. I DECRETI ATTUATIVI: IL PASSO FOCALE DELLA LEGGE GELLI.	pag. 12
5. RISK MANAGEMENT SANITARIO: ARRIVA IL CORSO POST LAUREA.	pag. 14
6. IL METODO SHAM: LA MAPPA DEL RISCHIO PARTE DALLE PERSONE.	pag. 16

L'EDITORIALE

L'ASSICURAZIONE SANITARIA NON È UN LUSO, MA UNA GARANZIA, PERCHÉ ASSICURANDOSI CONTRO IL RISCHIO CLINICO SI FINISCE CON IL PREVENIRLO.



L'assicurazione non è un lusso né una spesa superflua in sanità, ma un elemento cardine nella riduzione del rischio clinico. Il saperlo riconoscere è uno dei meriti della Legge Gelli-Bianco il cui intento manifesto è quello, tra gli altri, di riportare le assicurazioni nell'ambito della sanità pubblica e privata. È un passaggio importante perché esiste una relazione inossidabile tra un sistema sanitario giusto e un sistema sanitario sostenibile: la capacità di risarcire il danno in maniera veloce, rispettosa e finanziariamente sostenibile è l'anello fondamentale di questa giuntura. Risarcire un paziente significa riconoscere il suo diritto alla sicurezza delle cure; il farlo velocemente, significa accreditare la sua dignità di persona, nonché quella, in alcuni casi, dei parenti e della famiglia. Un sistema che affronti in maniera obiettiva il rischio di danno nelle cure solleva, nel contempo, i professionisti dalla spada di Damocle della colpa e della gogna giudiziaria, alleviando così le costosissime strategie difensive che prosciugano i bilanci sanitari di tutto il mondo. Ma c'è di più perché chi assicura, in realtà, previene. È la natura stessa dell'assicurazione che porta a ricercare la probabilità di un evento e, di conseguenza, a comprenderne l'origine. Ciò è particolarmente vero per chi opera, come Sham,

secondo la filosofia mutualistica e non alla ricerca del profitto. Lo studio del rischio clinico è parte integrante della nostra attività perché il nostro scopo è ridurre il rischio di un danno da risarcire. Noi pensiamo di partecipare - assieme ai pazienti, ai parenti dei malati, ai professionisti e alle strutture sanitarie - a un unico mondo - quello della Sanità - che prospera solo quando le sue diverse parti sono in armonia. Per questo vogliamo contribuire a un dibattito aperto sui temi del rischio clinico e del risarcimento in sanità. È un tema complesso, ma è così importante che vale la pena continuare a parlarne, a informare, a suscitare un dibattito basato su idee argomentate ed esperienze dirette e ben documentate.

Christophe Julliard,

Country Manager Sham Italia

RISARCIMENTI E ASSICURAZIONI SANITARIE: COSA CAMBIA CON LA NUOVA LEGGE

Le imprese di assicurazioni operanti nel ramo della responsabilità civile considerano il settore sanitario troppo incerto per investirvi. La legge Gelli-Bianco ha affrontato alcuni nodi: il profilo giuridico della responsabilità civile di strutture e professionisti sanitari, le procedure accelerate per la risoluzione del contenzioso, la qualificazione dei periti e dei consulenti tecnici d'ufficio. Infine, la possibilità di prevedere l'impegno finanziario sul lungo periodo. L'obiettivo è riportare un equilibrio nel sistema mantenendolo "giusto e solvibile".

Ci sono Paesi nel Nord Europa nei quali il risarcimento del danno prescinde dall'individuazione della colpa. Non a caso sono chiamati sistemi no-fault. In Italia non è così. Il risarcimento, salvo transazioni stragiudiziali, richiede il riconoscimento di una responsabilità per colpa. Questo – spiega il Senatore Amedeo Bianco, cofirmatario della legge 24/2017 sulla responsabilità sanitaria – è uno dei motivi che, nel corso degli anni, hanno spinto le assicurazioni a considerare l'ambito sanitario incerto e ad allontanarsene progressivamente.

QUAL È LA FOTOGRAFIA DELLA SITUAZIONE?

Per quanto riguarda la responsabilità civile le assicurazioni sanitarie hanno ridotto la loro presenza in ambito sanitario o, per tutelarsi, hanno previsto delle franchigie molto alte – nell'ordine di 500-750mila Euro rispetto alle strutture sanitarie. Franchigie che, così configurate, di fatto vanno a coprire una grandissima parte delle richieste di risarcimento. Ciò ha creato grossi problemi a strutture e professionisti, sollecitando le prime a forme di autogestione della sini-

strosità (cioè le analoghe misure) e lasciando in grande difficoltà i secondi.

COSA HA ALLONTANATO LE ASSICURAZIONI DAL RAMO DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE IN AMBITO SANITARIO?

Prima della nuova legge il sistema era strutturato in modo tale che sia i tempi lunghi dei procedimenti giudiziari, sia l'incertezza nella quantificazione del danno, obbligavano le imprese di assicurazione ad accumulare altissimi fondi rischio e a coprire per competenza ingenti somme a fronte di ciascun risarcimento presunto.

COSA CAMBIA LA LEGGE 24/2017?

Interviene sui suddetti ambiti di incertezza. Primo, definisce i profili di responsabilità civile: ogni struttura sanitaria o sociosanitaria pubbli-

ca e privata e ogni libero professionista sanitario sono responsabili per inadempimento ovvero per contratto. Responsabilità che, secondo il codice civile, ha 10 anni di prescrizione e l'inversione dell'onere della prova. Gli esercenti la professione sanitaria operanti a qualsiasi titolo in conto e per conto delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private ripristinano, invece, un profilo di responsabilità extracontrattuale (art 2043 c.c.) con 5 anni di prescrizione e l'onere della prova a carico del ricorrente. Inoltre, viene introdotta una norma (696 bis codice di procedure civile) che velocizza i risarcimenti introducendo la cosiddetta conciliazione in sede di consulenza tecnica preventiva e, addirittura, la possibilità di ricorrere direttamente alle assicurazioni secondo il modello RC auto. Vengono altresì rinviate alla costituzione di tabelle uniche nazionali le modalità per il punteggio da attribuire alle lesioni macro-permanenti (10-100 per cento di invalidità) e al valore economico da attribuire del punto stesso, consentendo così

una più ragionevole certezza nella previsione dell'ammontare del risarcimento su tutto il territorio nazionale.

COME CAMBIA, PERCIÒ, NELL'ITER DEI RISARCIMENTI?

L'idea di fondo è che la persona che ha subito un danno all'interno di una struttura sanitaria possa rivolgere la sua richiesta di risarcimento o alla struttura stessa, all'esercente la professione sanitaria o, direttamente, all'assicurazione stessa. Quindi siamo di fronte non ad una riduzione delle capacità di agire del soggetto leso, ma ad un aumento delle sue possibilità di azione.

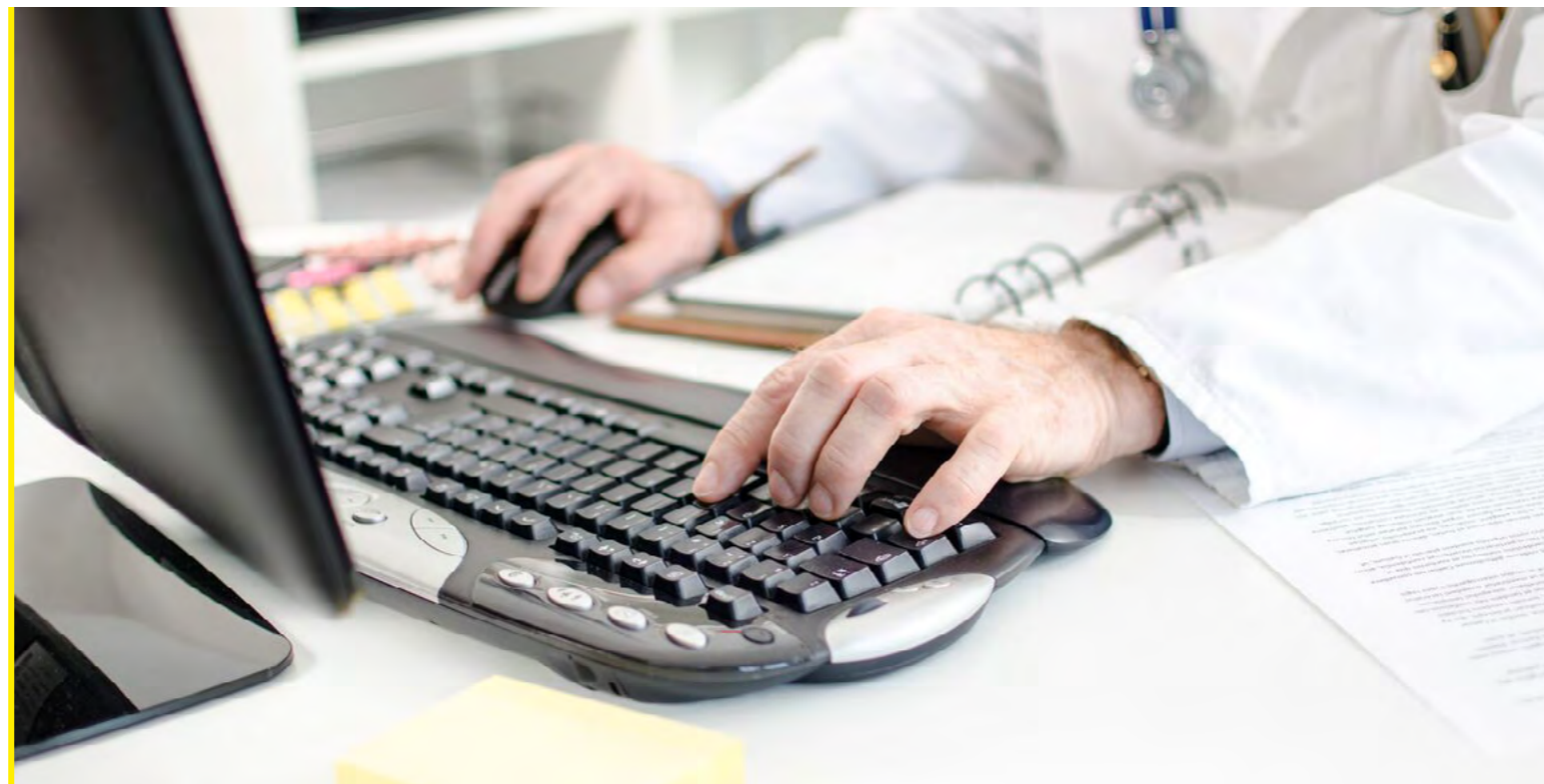
COSA CAMBIA PER I PROFESSIONISTI SANITARI?

Se lavora in conto e per conto di una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata l'esercente la professione sanitaria ha una responsabilità extra contrattuale. Il professionista deve assicurarsi esclusivamente per l'azione di rivalsa delle stesse in caso di colpa grave. Il fatto che la rivalsa sia fissata a tre annualità fa sì che il premio assicurativo sia, a sua volta, contenuto in quanto prevedibile.

Questo non solo migliora la qualità del clima lavorativo, ma attenua molti di quei comportamenti opportunistici di tipo difensivo che hanno un costo sul quale intervenire. In ultimo, l'introduzione per legge di un collegio di periti ed esperti in giudizio – non solo il medico legale, ma anche uno specialista nelle disciplina in esame – tutela ulteriormente il professionista sanitario.

QUAL È IL BILANCIO COMPLESSIVO?

Dal punto di vista legislativo non possiamo risolvere la complessità del contenzioso in sanità. Possiamo, però, governarla riducendo le fonti di instabilità. La nuova legge persegue questo obiettivo, rafforzando la fiducia tra operatori, strutture e assicurazioni.



COME CAMBIA LA RESPONSABILITÀ SANITARIA

L'impatto della legge Gelli sugli attuali assetti del mercato assicurativo, i punti da chiarire e la possibile evoluzione del settore in risposta al nuovo testo normativo.

Sebbene non si possa prescindere dal varo dei futuri decreti attuativi, è innegabile che l'intenzione della Legge Gelli – Bianco sia far convergere le richieste di risarcimento sulle strutture sanitarie. A queste ultime, non a caso, è fatto esplicitamente obbligo di assicurarsi con garanzia assistita da azione diretta e, nel contempo, viene apertamente riservata la responsabilità contrattuale con i pazienti.

La combinazione degli articoli 7 e 10, comunque, se da una parte indirizza verso le strutture e le loro assicurazioni come primi "obiettivi" della richiesta di risarcimento, dall'altra non abolisce le possibilità, da parte del danneggiato, di agire congiuntamente nei confronti sia della struttura che dell'esercente la professione sanitaria, o di agire unicamente nei confronti di quest'ultimo come, viceversa, non preclude alla struttura stessa di chiamare in causa il libero professionista sanitario fin dall'inizio del procedimento.

Dal punto di vista della copertura assicurativa per le strutture sanitarie pubbliche, pertanto, la legge non rappresenta una completa rivoluzione. Le assicurazioni stipulate prevedono, già ora, la copertura della responsabilità personale per il dipendente o il personale operante a qualsiasi titolo per o all'interno della struttura stessa.



Ciò che potrebbe veramente fare la differenza – e che non è perfettamente chiarito nel testo iniziale – è cosa il legislatore intenda quando - nell'art. 7, comma 2 - fa riferimento generico alle prestazioni sanitarie "in regime di convenzione" per le quali le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, sono esplicitamente chiamate a rispondere.

Per "regime di convenzione", infatti, si potrebbero intendere tutti i liberi professionisti sanitari all'interno di una qualsiasi struttura, ovvero i liberi professionisti sanitari che operano all'interno di una struttura privata convenzionata o, addirittura, tutti quei liberi professionisti che operano al di fuori delle strutture pubbliche, ma sono convenzionati con le ASL come – e questo dà un'idea dell'eventuale slittamento nei perimetri di copertura – medici e pediatri di base.

La differenza è molto significativa, sia per la sanità pubblica che per quella privata per lo stesso motivo: il rischio e il costo assicurativo delle strutture cresce assieme ai confini della loro esposizione. Per le strutture private la copertura dei dipendenti prevista dall'art. 1 non è una novità. La differenza della Legge Gelli si manifesta nel momento in cui la limitazione della copertura da opporre al terzo danneggiato - cioè, in sostanza, la non copertura, da parte della struttura, della responsabilità del libero professionista – non è più ragionevolmente reiterabile. A questo punto è probabile che il mercato, per semplificare, si orienti per il settore privato su una

configurazione non dissimile a quella applicata al settore pubblico.

Indipendentemente da ciò, la definizione delle dimensioni della copertura è importante perché delinea anche i “confini” assicurativi tra la responsabilità delle strutture e quelle degli esercenti le professioni sanitarie. Confini che sono essenziali per scongiurare il rischio di sovrapposizione delle coperture assicurative – ovvero di aree assicurate due volte: la prima in capo alla struttura, la seconda all’esercente la professione sanitaria.

Per quanto riguarda l’assicurazione che i dipendenti pubblici sono chiamati a stipulare in proprio, i cambiamenti sono contenuti: l’art. 10, comma 3 – obbligo polizza colpa grave – e il concomitante rischio di rivalsa erariale e ammi-

nistrativa non comportano squilibri nel mercato perché il bacino degli assicurati e il tetto alla rivalsa stessa concorrono a mantenere i premi contenuti.

Anche per quanto riguarda l’esercente la professione sanitaria in regime di libera professione privata non cambia l’obbligo di assicurarsi senza limite – art. 10, comma 2 – e la differenza la faranno i requisiti minimi fissati per decreto attuativo.

Nuovo, invece, è l’obbligo di copertura fissato, per l’esercente la professione sanitaria dipendente privato, dall’art. 10, comma 3 che ripropone, da un altro punto di vista, l’esigenza di chiarire con molta precisione la latitudine degli obblighi di copertura in modo da evitare sostanziali sovrapposizioni nelle diverse polizze di soggetti diversi



I DECRETI ATTUATIVI: IL PASSO FOCALE DELLA LEGGE GELLI

Dai minimi di esposizione ai massimali per sinistro: il futuro della legge si gioca sulla definizione inequivocabile del linguaggio, delle regole e dei dettagli che decideranno il successo del nuovo sistema o il suo arenarsi a metà strada.

La legge n.24 8 marzo 2017 viene universalmente riconosciuta come epocale per la visione di insieme che ha saputo delineare. Per questo l'attesa dei decreti attuativi è febbrile: saranno gli ultimi tasselli a determinare la tenuta stagna, l'equilibrio e la sostenibilità dell'intero costruito.

Il testo della legge Gelli-Bianco, per la tecnicità di alcune disposizioni, prevede ben sei rimandi a Decreti attuativi complessi che coinvolgono molteplici ministeri, enti e associazioni; l'emanazione di tali decreti – è opinione comune - sarà fondamentale per completare la norma primaria in modo tale da garantirle autentica efficacia e sostenibilità.

Uno dei punti essenziali riguarda il riferimento a tabelle uniche previste dal codice delle assicurazioni che potranno garantire l'universalità dell'accertamento sul territorio nazionale. Le tabelle risarcitorie dell'art. 138 non sono però mai state emanate. Rappresentando un presidio essenziale dell'impianto riformato della nuova legge, la loro approvazione immediata è considerata vitale per il successo di quest'ultima.

L'art. 10 – Obbligo di assicurazione – prevede ben 3 decreti attuativi. Il primo, da promulgare entro novanta giorni dall'approvazione della legge, dovrà definire le modalità di controllo dell'Istituto per la Vigilanza sulle assicurazioni. Il secondo decreto, da emanare entro 120 giorni, assolverà

un ruolo centrale nella declinazione dell'obbligo assicurativo, stabilendo i requisiti minimi delle polizze per le strutture – pubbliche e private – per i professionisti, nonché i requisiti minimi di garanzia delle altre “analoghe misure” (ovvero quelle della cosiddetta autoassicurazione).

Tra questi requisiti minimi desta particolare attenzione la massima esposizione per sinistro. L'equilibrio su questo ambito oscilla tra l'esigenza di tutelare il danneggiato e quella di evitare una spirale inflattiva dei risarcimenti. Ma anche quella di costi assicurativi sostenibili e massimali non troppo bassi, garantendo la sottoscrizione da parte di assicuratori con patrimoni adeguati a maggior tutela degli assicurati. Per le strutture sanitarie – sia pubbliche che private – la definizione della massima esposizione minima per sinistro non sembra rivestire molto senso.

Infatti, occorre ricordare che le suddette strutture sono esse stesse in grado di fissare quale sia la massima esposizione per la quale debbano assicurarsi; a comprova di ciò, la possibilità prevista dalla Legge di ricorrere ad altre analoghe misure come alternativa alla copertura assicurativa, le quali non prevedono la fissazione della massima esposizione per sinistro. Per i liberi professionisti, pare opportuno puntare a un “minimo standardizzabile” ricavato comparando il rischio di specializzazione e la tendenza giurisprudenziale, in questo caso con minimi non troppo bassi a tutela dei danneggiati per evitare polizze carenti dal punto di vista delle garanzie offerte.

Se la massima esposizione per sinistro prescinde da una valutazione qualitativa dell'assicurato, la massima esposizione annuale della singola struttura, gruppo di strutture o del singolo professionista non può permettersi di farlo. È pertanto dif-

ficile prevedere come, nel caso delle strutture, si possa raggiungere una pre-determinazione dei requisiti minimi che possa rispondere in maniera soddisfacente alla variabilità di attività e dimensioni di ogni singola struttura sanitaria.

A prescindere da come verranno determinati i requisiti minimi di esposizione, è molto forte il dibattito se sia opportuno farli dipendere, come stabilito dall'art. 14, comma 8, dall'andamento del fondo di Garanzia.

“Il Fondo di Garanzia per i danni derivanti dalla responsabilità sanitaria” è un'altra importante parte della legge che attende regolamentazione entro 120 giorni dalla promulgazione. L'essenza del Fondo – finanziato dalle compagnie di assicurazione e affidato alla Concessionaria servizi assicurativi pubblici – è, in ogni caso, quella di garantire i risarcimenti ove, per diverse ragioni, venga a mancare la copertura assicurativa o la stessa sia inferiore al risarcimento dovuto. Qui si pone una differenza importante. Se è ragionevole ipotizzare per i professionisti requisiti minimi che non copriranno i rischi catastrofali – il Fondo sarà, così, un elemento di garanzia per il danneggiato e permetterà di mantenere l'equilibrio tra costo, garanzia e massimale per il professionista – lo stesso discorso non vale per le strutture sanitarie.

Nel caso di queste ultime, il Fondo, così concepito, rischia di essere un incentivo ad abbassare

il più possibile il massimale indipendentemente dal rischio reale, facendo così affidamento sull'intervento del Fondo stesso e pesando in maniera non equa su quelle strutture che, con massimali adeguati e valutazione del rischio obiettivi, finirebbero per finanziare il Fondo per le strutture con massimali bassi e non correlati ai propri rischi.

Quello dei massimali e dei minimi di esposizione non è del resto l'unico argomento in via di definizione. Ancora più profonda, nell'ottica sistematica della legge Gelli è la sfida a unificare in maniera definitiva il linguaggio assicurativo. Raggiungere una definizione inequivocabile della polizza “Claims made” ovvero di “Sinistro”, “Richiesta di risarcimento” e “Responsabilità civile terzi” - nelle sue varie declinazioni - rappresenterebbe l'approdo a un mercato assicurativo evoluto dove tutti gli attori si adeguino a elevati standard comuni partendo da efficaci definizioni condivise. Questo obiettivo risulterebbe particolarmente importante in correlazione con l'art. 11 della legge Gelli che norma l'estensione temporale della copertura assicurativa generando, però, molti dubbi interpretativi. Solo con definizioni assicurative certe e condivise si può pensare di costruire un settore stabile che abbia una prospettiva pluriennale a garanzia dei danneggiati.

È questa la sfida che sottende alla trasformazione delle Legge Gelli attraverso i decreti attuativi.

RISK MANAGEMENT SANITARIO: ARRIVA IL CORSO POST LAUREA

Approvato dall'Università di Torino il Corso di formazione e aggiornamento sul rischio in sanità: 40 ore in aula per un approccio a tutto tondo che va dall'esordio alla soluzione, dall'analisi alla prevenzione dell'evento dannoso.

Il Dipartimento di Management dell'Università di Torino ha attivato il corso "Risk Management e gestione dell'evento dannoso nelle aziende sanitarie". A fianco del Professor Enrico Sorano, Direttore del corso, e della Professoressa Gabriella Racca, nel Comitato di coordinamento siederà anche Roberto Ravinale che contribuirà ai contenuti formativi portando l'esperienza pluriennale di Ravinale & Partners, attore affermato nella gestione e liquidazione dei sinistri MedMal sul mercato italiano entrato a far parte del gruppo Sham.

Obiettivo del corso – che verrà pubblicato a breve sul sito www.management.unito.it – è quello di offrire una visione d'insieme dell'attività di Risk Management nelle aziende sanitarie: dalla prevenzione alla gestione dell'evento dannoso.

Non a caso i 40 posti del Corso sono aperti sia ai laureati (triennali o vecchio ordinamento) sia a coloro che, pur privi di laurea, lavorino da almeno due anni in un'amministrazione pubblica o un'azienda privata operanti in area sanitaria o socio-assistenziale.

Il corso – previsto per metà settembre – spazierà attraverso le diverse prospettive che ricadono nell'ambito, vasto ma fondamentalmente unitario, della gestione del rischio: il Risk Management stesso, la gestione dei sinistri, l'impatto economico e di bilancio nonché la parabola che va dall'esordio e analisi fino alla soluzione di un conflitto.

Lo farà procedendo per aree di successivo approfondimento.

Per primo verrà lo studio della prevenzione e la gestione del rischio sanitario nell'ottica del miglior utilizzo delle risorse disponibili da dedicare alla tutela del paziente e con particolare attenzione alla capacità di coniugare logiche di analisi economica e di esito.

Al secondo punto verrà affrontata l'attività di Risk Management nelle aziende sanitarie, con esempi e casi specifici.

Seguirà la gestione integrata del rischio clinico: ovvero l'analisi reattiva dei sinistri impiegata come strumento per la gestione del rischio. Infine verrà trattata la gestione dell'evento dannoso: l'analisi del reclamo, i sistemi di riservazione, le poste risarcitorie, le tecniche negoziali e la gestione alternativa del contenzioso.

Le ore previste di insegnamento frontale saranno 40 con previsione di 5 CFU riconosciuti a chi avrà frequentato almeno l'85% delle lezioni.



IL METODO SHAM: LA MAPPA DEL RISCHIO PARTE DALLE PERSONE

Sviluppato nel corso degli anni e nei diversi paesi europei, il metodo Sham permette di valutare il rischio clinico di una struttura sanitaria o socio-sanitaria attraverso una combinazione di precisione quantitativa e attenzione qualitativa. La prima visita Sham, infatti, parte dalle persone per arrivare ai dati, attraverso interviste dirette e l'utilizzo di un référentiel costituito da 110 elementi con l'obiettivo di valutare, capire e migliorare assieme.

La complessità del rischio clinico nasce dal grande numero di attori, dipartimenti e procedure coinvolte per ogni singolo processo sanitario. Mappare questo rischio è il primo passo per valutarne il progressivo contenimento, anno dopo anno, e richiede la presenza concomitante di parametri di riferimento e flessibilità per adattarsi a ogni singola struttura sanitaria.

Consci che "la qualità la fanno le persone", i consulenti Sham hanno raggiunto questo equilibrio sviluppando un metodo che pone l'incontro con i professionisti al primo posto del processo. Fedele alla cultura mutualistica che la anima, infatti, l'approccio dell'azienda francese è a tutto tondo: una giornata di incontri e colloqui con i singoli dirigenti coinvolti nella gestione del rischio e concomitante visita diretta alle strutture.

Il metodo è quello di un'intervista (2/3 ore) incentrata sulle modalità di gestione. I professionisti coinvolti spaziano, pertanto, dalla Direzione aziendale al Risk Manager, ai singoli dirigenti, responsabili e coordinatori medici e infermieristici.

Questo primo incontro ha il fine di capire dimensioni, prassi organizzative e gestione delle risorse all'interno della struttura.

La visita Sham non finisce mai con un giudizio sulla struttura, ma in un confronto delle sue attività con il benchmark internazionale fornito da un référentiel specifico che Sham applica quotidianamente nei diversi Paesi europei nei quali è attiva: Spagna, Francia, Italia e, prossimamente, Germania.

Le informazioni raccolte permettono di valutare il livello di gestione del rischio clinico all'interno della struttura e porre le basi della strategia che lo conterrà.

Nei giorni seguenti, infatti, il consulente presenterà gli esiti di questa prima giornata di confronto e alcune "raccomandazioni" finalizzate a migliorare i processi gestionali. Molte di queste osservazioni hanno già provato la loro efficacia a livello europeo.

Altre avvieranno quel percorso ad hoc dedicato alla singola struttura del quale la visita Sham rappresenta il passo iniziale.

L'obiettivo di Sham, prima ancora che la legge Gelli lo rendesse obbligatorio, è sempre stato quello di monitorare il rischio clinico per ridurlo progressivamente.

Per questo l'enfasi è sempre sul miglioramento e l'attenzione si focalizza sulle persone, in prima battuta, e sulla qualità che infondono.

Anna Guerrieri

Risk Manager Sham Italia

