



CONSULBROKERS

IL QUADRO DELLA RESPONSABILITÀ SANITARIA

Alfredo Amato

Director Consulbrokers S.p.A.

Le finalità della Gelli-Bianco

La Legge Gelli nasce con un intento molto preciso e spesso sottovalutato: non facilitare il pagamento dei sinistri, ma ridurli all'origine. La prospettiva che introduce non è centrata sul risarcimento, bensì sulla prevenzione del danno, sulla riduzione degli eventi avversi e sulla costruzione di un sistema che impari costantemente dai propri eventi sinistrosi. L'obiettivo del legislatore è spingere le strutture sanitarie a dotarsi di processi e metodi capaci di individuare tempestivamente le vulnerabilità cliniche e operative, così da intervenire prima che l'evento si realizzi.

La Gelli è quindi una legge che punta a trasformare la gestione del rischio da attività reattiva a processo sistematico e preventivo. In quest'ottica, la sicurezza del paziente non è un obiettivo astratto, ma il risultato di un lavoro quotidiano di analisi, monitoraggio e miglioramento continuo.

Il ruolo del risk assessment e del risk management

Il cuore del modello introdotto dalla Gelli è l'attività di risk assessment e di risk management, che deve rappresentare una funzione viva, continua e multidisciplinare all'interno di ogni azienda sanitaria. Non si tratta di un adempimento formale o di una documentazione statica, ma di un procedimento dinamico, fondato sull'analisi dei dati clinici, sulle segnalazioni, sulle non conformità, sugli eventi avversi e sulle near miss. Un risk assessment e un risk management correttamente implementati consentono di individuare e valutare le aree di vulnerabilità, di comprendere quali processi generano rischi ricorrenti, di misurare la gravità dei possibili impatti e di stabilire priorità di intervento chiare e condivise. La Gelli richiede un processo che sia costantemente aggiornato, capace di generare un miglioramento reale e non episodico. Per questo, la qualità del risk assessment e del risk management è proporzionale alla qualità della prevenzione del danno: più è solido, più riduce gli eventi avversi, più rende efficace il modello Gelli.

Il ruolo del broker

Nel momento in cui l'azienda sanitaria sceglie di affidarsi a un broker, è importante chiarire un elemento spesso frainteso: il broker non comporta alcun costo aggiuntivo per l'ente. Le attività di analisi, progettazione, supporto tecnico, gestione dei rapporti con il mercato assicurativo e con la riassicurazione sono integralmente coperte dalle provvigioni già previste nei contratti assicurativi.

Il premio non aumenta a causa del broker, e l'ente beneficia di una migliore allocazione del costo, di una maggiore trasparenza dei processi assicurativi e di un supporto specialistico che aumenta l'efficacia del modello di gestione del rischio. Il broker, in questo senso, è uno strumento di efficienza, non un costo.

Due modelli di gestione del rischio: assicurazione vs autoassicurazione

Le strutture sanitarie possono scegliere tra due modelli fondamentali: la copertura assicurativa tradizionale, che trasferisce il rischio alla compagnia, e il modello di self-insurance retention (S.I.R.), nel quale la struttura assume direttamente una parte rilevante del rischio economico e gestionale. L'apparente convenienza dell'autoassicurazione si scontra con la complessità operativa necessaria per istituire un sistema interno di valutazione, stima, gestione e liquidazione dei sinistri. Un elemento essenziale da chiarire è che, qualora l'ente scelga di affidarsi a un broker, il costo del team tecnico, della riassicurazione e di tutta la consulenza specialistica non grava sull'ente: viene integralmente riassorbito nel premio assicurativo, senza alcun aggravio economico né maggiorazione di costi. Il premio non aumenta perché i costi del broker sono già inclusi nelle provvigioni riconosciute dalle compagnie. Scegliere un broker, quindi, non solo non comporta spesa per l'ente, ma consente un'allocazione più efficiente del costo, migliorando qualità e trasparenza della gestione.

Obblighi operativi per l'autoassicurazione

L'autoassicurazione richiede la creazione e la gestione di due fondi economici distinti e interconnessi: il Fondo Rischi, destinato a coprire i sinistri potenziali individuabili a fine esercizio, e il Fondo Riserva Sinistri, destinato ai sinistri effettivamente denunciati e in fase di liquidazione. Questi fondi devono essere costantemente alimentati, certificati da un revisore legale o collegio sindacale, e oggetto di aggiornamento e monitoraggio annuale. Il meccanismo di trasmigrazione tra i fondi deve evitare duplicazioni e immobilizzazione di risorse. È inoltre richiesta la definizione di protocolli gestionali chiari per garantire la solvibilità e la trasparenza delle poste contabili. Senza un adeguato livello organizzativo e finanziario, la struttura si espone direttamente al rischio economico di accantonamenti insufficienti o errati.

Obblighi operativi in capo alle strutture autoassicurate o a gestione «mista»

- Attività di risk assessment/management rischio clinico (Risk Manager | Medico Legale | Legale | Loss Adjuster)
- Delibera autorizzativa (Legale)
- Studio entità fondo rischi (Loss Adjuster | Legale | Medico Legale | Risk Manager)
- Gestione delle richieste di risarcimento e fondo riserva (Risk Manager | Loss Adjuster | Legale | Medico Legale)
- Certificazione congruità: I. Revisore legale (Legale) II. Collegio sindacale | Revisore contabile (Revisore contabile)
- Protocollo gestione tra compagnia e struttura sanitaria (Risk Manager | Loss Adjuster)
- Relazione annuale della gestione dei sinistri con conferma autorizzazione (Risk Manager)

Questo schema riassume solo le attività “base” obbligatorie: ognuna richiede risorse umane dedicate, procedure, controlli e reporting periodico. È evidente che l’autoassicurazione o la gestione mista comportino un sistema di governance complesso, con rischi organizzativi e finanziari significativi.

L'alternativa «mista»

Il legislatore, consapevole delle difficoltà operative delle aziende sanitarie nel sostenere modelli totalmente autoassicurativi, ha introdotto nel Decreto Attuativo (articolo 10, comma 3) una soluzione intermedia molto più equilibrata: la copertura assicurativa degli eccessi rispetto al Fondo Rischi. Questo modello prevede che l'ente mantenga un primo livello di rischio, limitato, prevedibile e coerente con le proprie capacità, mentre per i rischi più elevati, imprevedibili o catastrofici intervenga la copertura assicurativa. È un sistema che combina responsabilità interna e protezione esterna, riduce la volatilità economica, garantisce maggiore stabilità finanziaria e permette di affrontare gli eventi di grande impatto senza esporre i bilanci dell'ente. Si tratta della soluzione più realistica e sostenibile per la maggior parte delle aziende sanitarie, perché tutela l'ente senza appesantire la sua struttura interna.

Governance interna e responsabilità operative

Optare per la self-insurance significa dotarsi di una struttura interna paragonabile a un'impresa assicurativa. È necessario costituire un Comitato di Valutazione Sinistri con competenze multidisciplinari – legali, medico-legali, gestionali e tecniche – incaricato di valutare ogni richiesta risarcitoria, determinare la riserva, decidere le strategie di liquidazione e produrre una relazione annuale sulla congruità dei fondi così come redigere la documentazione dei processi, la tracciabilità delle decisioni e la predisposizione di sistemi informatici adeguati. La responsabilità operativa e amministrativa dei vertici aziendali aumenta in modo significativo, poiché la struttura diventa direttamente responsabile della corretta gestione del rischio e della solidità economica dei fondi.

Il «Paradosso dell'Ambulanza»

Quando un'azienda sanitaria deve dotarsi di nuove ambulanze, non si mette a progettare una propria carrozzeria interna: acquista le ambulanze sul mercato da chi le produce.

È paradossale, dunque, pensare che la stessa azienda sanitaria debba creare una propria “compagnia assicurativa interna” per gestire il rischio sanitario, un’attività che non svolgono neppure i più grandi gruppi privati. La complessità tecnica dell’attività assicurativa – stima delle riserve, gestione dei sinistri, solvibilità, governance regolatoria – è tale da rendere inefficiente un sistema interno. Il vero tema, semmai, riguarda la fiscalità: l’aliquota sulle polizze di responsabilità sanitaria è attualmente al 22,25%, mentre quella sul ramo infortuni è pari al 2%. Una riduzione dell’imposizione fiscale renderebbe più sostenibili i costi delle polizze senza ridurre il gettito complessivo per lo Stato, perché l’imposta pagata dalle aziende sanitarie è sostanzialmente una partita di giro: lo Stato tassa lo Stato. La semplificazione fiscale, non la creazione di captive interne, è la vera leva di riforma efficiente.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



CONSULBROKERS