

Sanità, tagli alle polizze e più servizi

La Regione reinveste 30 milioni "recuperati" dalle compagnie d'assicurazione

VENÈZIA - Trenta milioni di euro in più alle cure e trenta in meno alle compagnie d'assicurazione. È questa la mini-rivoluzione sulla sanità veneta emersa dall'ultima seduta di Giunta: per la Regione Veneto gli interessi dei cittadini primeggiano anche sugli influenti colossi delle assicurazioni.

Dal 1° gennaio 2012, perciò, «si risparmierà sui

Zaia e Coletto: «Premi troppo alti sui danni eventuali rispetto alle condanne delle aziende sanitarie»

premi delle assicurazioni sanitarie» annuncia **Luca Zaia** «reinvestendo i fondi ricavati nei servizi ai cittadini». È l'assessore alla Sanità, **Luca Coletto**, a spiegare la misura nel dettaglio. «Attualmente, tutte le aziende sanitarie stipulano polizze di assicurazione per risarcire i pazienti da eventuali sinistri». Il problema è che i premi li fissano le assicurazioni private. «Dal 2006 al 2010 - rileva Coletto - il costo dei premi è salito da 39 a più di 50 milioni di euro. Per l'anno a venire la previsione è di 70 milioni». Costi che, dato il livello della sanità ve-

neta, non sono giustificabili.

«Su 60 milioni di prestazioni - dice Coletto - le condanne delle strutture sanitarie depositate in tribunale sono appena lo 0,00004 per cento». A queste, ovviamente, vanno aggiunte le conciliazioni avvenute tra aziende sanitarie e privati cittadini, ma si tratta comunque di importi modesti. «Si stima - aggiunge Zaia - che i rimborsi totali non superino i 30 milioni di euro l'anno: la metà di quello che ci richiedono oggi le assicurazioni. Allora tanto vale risparmiare sulle polizze, pagare direttamente i pazienti e reinvestire i soldi risparmiati nella nostra sanità».

Un passo in più rispetto alla possibilità, in vigore dal 2009, di conciliazione diretta tra paziente e ospedale. Può accadere, infatti, che a seguito di una prestazione medica il paziente subisca un danno, dovuto non necessariamente a un errore del medico ma, per esempio, all'effetto variabile delle cure sui singoli malati o a una imperfezione nei protocolli sanitari. In questo caso, l'azienda sanitaria riconosce e rimborsa il sinistro senza strascichi giudiziari. Ovviamente, già da anni le Aziende sanitarie hanno sviluppato politiche di gestione del rischio, sviluppando protocolli sempre più sicuri. Di questi sforzi, però, non

c'era traccia nei premi assicurativi che, al contrario del rischio, «continuavano - sottolinea Coletto - a salire di anno in anno». Finché la Regione ha detto basta.

«Dall'anno prossimo le singole aziende sanitarie avranno una franchigia per i rimborsi fino ai 500 mila euro. Saranno loro a decidere come e se conciliare. Questo - osserva l'assessore - porterà sia risparmi sia più responsabilità per le aziende, che saranno spinte a migliorare il controllo del rischio e, di conseguenza, il ser-

vizio ai cittadini».

Per i risarcimenti sopra il mezzo milione, ci si avvarrà di una polizza stipulata a livello regionale e non più aziendale. Come a dire che le compagnie assicurative non potranno più trattare con Ulss e Aziende ospedaliere, ma direttamente con la Regione. «Un'evoluzione - conclude Zaia - che forse non piace a tutti». Sicuramente non alle assicurazioni. «Ma a noi non importa: il nostro unico obiettivo è il bene dei cittadini».

T. Ves.