

Malpractice, il grande caos

- Negli ospedali
carenza di offerte
assicurative
per i costi elevati
(e incerti) dei
risarcimenti.
Il numero dei sinistri
è in leggero calo
- Le Regioni
in cammino verso
l'autoassicurazione
o la non assicurazione





senza polizze meno **protetti** cittadini e medici

Le assicurazioni permeano in profondità ogni campo di una società evoluta. Non c'è settore della vita economica o sociale in cui una polizza non possa intervenire a fornire sicurezza. Ma il ruolo sociale dell'industria assicurativa non è solo nella protezione dei rischi; c'è una sua funzione indiretta che dovrebbe essere meglio apprezzata. Per la



Aldo Minucci

caratteristiche tipiche della propria attività le assicurazioni apportano razionalità alla società civile. È un rapporto biunivoco, perchè esse possono sopravvivere solo se una società è ben organizzata, con responsabilità e compiti definiti con chiarezza. Sicchè quando le compagnie si ritirano dal campo e viene a mancare un vero mercato assicurativo - ciò che sta accadendo nella protezione della r.c. per le aziende sanitarie italiane - è un segnale che quella razionalità si è persa, che il tessuto sociale si sta disgregando. Negli ultimi anni è divenuto sempre più difficile assicurare le conseguenze della malpractice medica. Non solo per la continua crescita dei risarcimenti ma, soprattutto, per la progressiva impossibilità di valutare il rischio da coprire a causa delle decisioni dei tribunali, della mancanza di appropriate tecniche di contenimento del rischio (risk management) e dell'indeterminatezza di salde e validate linee guida della professione medica. La rarefazione dell'offerta assicurativa ha conseguenze evidenti. I cittadini vittime della malasanià sono meno protetti. I medici vivono con crescente disagio i rischi della propria professione, lo stato paga un prezzo elevato per la medicina difensiva cui i sanitari fanno ricorso per evitare contenziosi legali. La malpractice medica non è un problema soltanto italiano, ma altrove riforme appropriate sono state attuate da almeno 10 anni. Ci auguriamo che lo sforzo di approfondimento realizzato con questo dossier possa servire a superare le secche di un dibattito sterile.

Aldo Minucci
Presidente Ania

Sommario

- Il grande caos della malpractice medica **Pag 4**
- Un mercato frammentato **Pag 11**
- Sinistri, specializzazioni a rischio: i dati dei broker **Pag 23**
- Med-mal, una difficile classificazione **Pag 26**
- La riforma a metà del decreto Balduzzi **Pag 30**
- Medici e avvocati in guerra **Pag 38**
- La grande fuga degli assicuratori italiani **Pag 45**
- Le regioni in ordine sparso verso l'autoassicurazione **Pag 54**
- Che fanno all'estero **Pag 63**
- Parlamento e lobby al lavoro **Pag 69**

Dossier a cura di
Riccardo Sabbatini
(<http://insuranceinside.net>)

Hanno collaborato
Mariarita Arena
Micaela Cicolani

Un sincero ringraziamento a Barbara Labela e Stefano Di Marzio per i loro preziosi suggerimenti

Le opinioni espresse negli articoli sono quelle degli autori e non coinvolgono la responsabilità dell'Ania

Prima edizione luglio 2014

il grande **caos** della **malpractice** medica

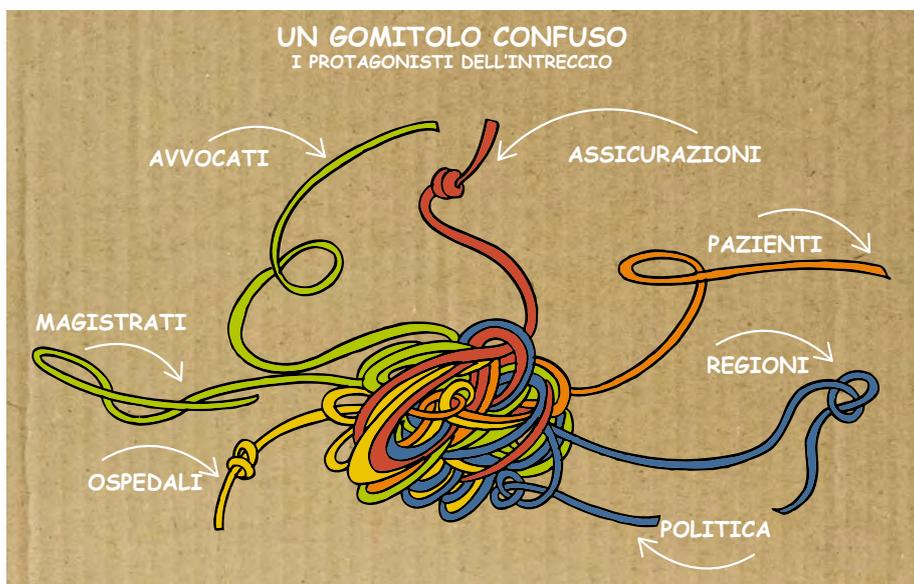
Assicuratori in ritirata per l'aumento del contenzioso e la difficoltà di censire i rischi

Nella malasànità è l'ora del "fai da te". La gran parte delle regioni italiane gestisce ormai in autoassicurazione i rischi di responsabilità civile causati dal proprio personale sanitario. A scorrere l'elenco degli enti locali della penisola soltanto alle estreme province del nord, in Valle d'Aosta e in provincia di Bol-

zano, ancora ci si affida integralmente a un assicuratore per coprire la responsabilità civile degli ospedali e strutture sanitarie.

Per il resto le regioni hanno deciso, appunto, di fare per proprio conto o di costruire sistemi misti in cui l'intervento di un assicuratore è richiesto soltanto per gestire i sinistri

più gravi, normalmente da 250-500mila euro in su. Una conferma viene dall'ultima rilevazione dell'Ania (Associazione nazionale industria assicurativa), resa nota nel luglio 2014 ma con dati relativi a fine 2012, che per la prima volta mostra un decremento dei premi nelle coperture assicurative di ospedali e strutture



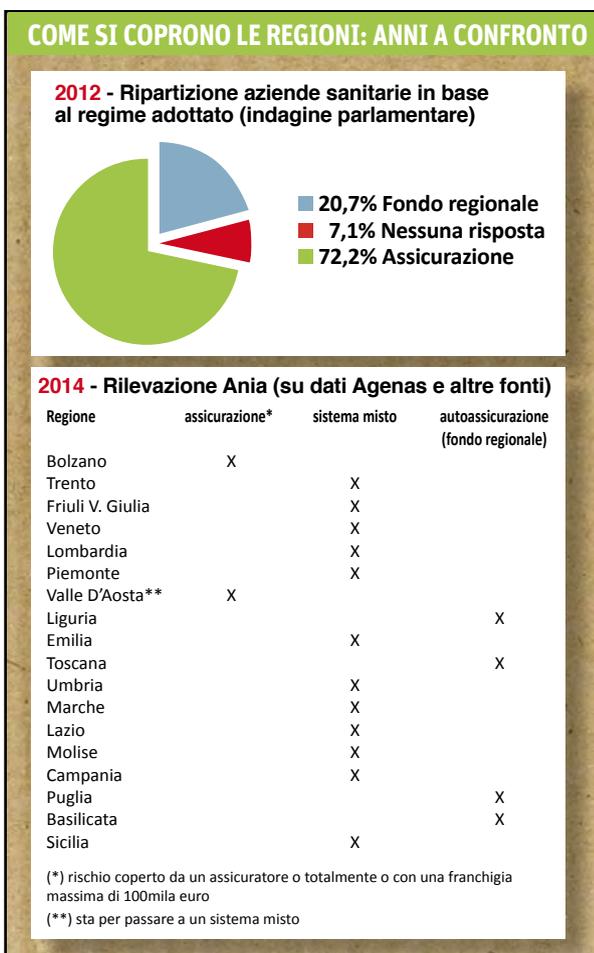
sanitarie (-4,3% a 288 milioni) nonostante i presumibili forti incrementi tariffari necessari per fronteggiare le continue perdite che le compagnie subiscono nel ramo. Includendo anche le polizze sottoscritte direttamente dai medici (255 milioni, +14%) nel 2012 sono stati incassati premi per complessivi 543 milioni, in crescita del 3,6% sull'anno precedente. I cambiamenti più radicali, ancora non registrati nelle statistiche assicurative, si sono comunque manifestati proprio negli ultimi due anni.

Ancora nel 2012 un'indagine parlamentare evidenziava che il 72,3% delle aziende sanitarie italiane risultava aver coperto con una polizza assicurativa i propri rischi di med-mal. Attualmente le posizioni si sono invertite.

Contribuisce a spiegare un così veloce ribaltamento l'entità delle franchigie che in molte regioni hanno progressivamente ridotto l'intervento delle compagnie. Pertanto se formalmente sono ancora in vigore trattati assicurativi regionali, nei fatti la grande maggioranza dei sinistri è passata in carico direttamente alle Asl o a fondi regionali.

Quella dell'autoassicurazione non è stata una scelta pianificata dall'alto, costruita seguendo metodologie di prevenzione e di gestione dei rischi condivise a livello locale secondo linee guida approvate da qualche ministero.

Si è trattato piuttosto di una risposta, in molti casi disordi-



nata, all'emergenza causata dalla crescita dei premi assicurativi e, spesso, anche dalla mancanza di un assicuratore disposto a prendere il rischio (che per molte compagnie è divenuta una certezza) di perdere soldi nella malasanità degli ospedali italiani. Ciò spiega

il ritiro delle imprese assicuratrici italiane da un mercato dove soltanto pochi operatori esteri, e uno in particolare, sono rimasti in attività.

E mentre le regioni si affannano a gestire la situazione di crisi in Parlamento si moltiplicano i progetti di legge,

proposti dalle principali forze politiche, unite nel reclamare a gran voce un obbligo di assicurazione a carico delle strutture sanitarie che contrasta vistosamente con il trend in atto. Le proposte trovano una spiegazione con la volontà di tenere il più possibile indenne il personale sanitario dai rischi della med-mal trasferendone la gran parte dell'onere sulle spalle del Servizio Sanitario Nazionale. E rendendo pertanto più facilmente gestibile quell'obbligo di copertura individuale della Responsabilità Civile dei medici che una recente normativa ha stabilito a partire dal prossimo agosto. E da cui sono stati esentati, secondo quanto prevede il decreto legge "per la semplificazione e la crescita del paese" approvato a fine giugno 2014 dal Governo, i medici del Servizio Sanitario Nazionale". Insomma grande è la confusione sotto il cielo in una materia che fino a qualche anno fa non destava particolare preoccupazione. Come si è arrivati a tutto ciò?

All'origine del nome

La malpractice dei medici ha accompagnato da sempre la storia dell'uomo e se ne può trovare traccia anche nel codice di Hammurabi (vedi slide a fianco). Alcuni sono andati a rintracciare la genesi del nome nell'espressione latina mala praxis utilizzata nel settecento dal giurista inglese sir William Blackstone e tradotta col tempo con il termine an-



glossone di medical malpractice (med-mal). Sulla vulgarizzazione italiana di quel termine, malasanità, c'è invece chi non concorda preferendo quello più estensivo di malal salute. La sostanza non cambia. Sotto accusa è l'imperizia dei medici o la disor-

ganizzazione degli ospedali pagata, talvolta a caro prezzo, da chi si affida alle loro cure. È una questione la cui rilevanza è andata crescendo negli ultimi anni e che, per certi profili, ha ormai assunto le caratteristiche di una vera e propria emergenza.

LA MALPRACTICE HA RADICI PROFONDE



**“Se un medico cura alcuno di una grave ferita colla lancetta di bronzo e lo uccide (...)
gli si dovranno mozzare le mani**

**Codice di Hammurabi
(1792-1750 A.C.)
& XIII, § 218**

La parola

Evento avverso

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile

(Glossario, ministero della Salute)

Evento sentinella

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario

(Glossario, ministero della Salute)



I casi di malasanità, talvolta eclatanti, riempiono periodicamente le prime pagine dei giornali e alimentano una sfiducia nella classe medica che ha, proprio in Italia, il suo epicentro. Un sondaggio d'opinione di Eurobarometer pubblicato nel 2006 dalla commissione europea collocava la penisola al primo posto in Europa nella percezione dei cittadini sull'importanza degli errori medici. Ed ecco i dati, da prendere con qualche cautela. Da un'indagine del 2011 si evince che il 5,2% dei ricoverati nelle strutture sani-

tarie italiane sono soggetti a circa 500mila "eventi avversi", che ogni anno causerebbero la morte di circa 45 mila persone. La cautela nasce dal fatto che la ricerca - coordinata da Riccardo Tartaglia, responsabile del Centro rischio clinico della regione Toscana - è stata effettuata utilizzando un campione di solo 5 ospedali ma è sostanzialmente coerente con altri studi in materia condotti a livello internazionale. Inoltre, secondo una stima del Consorzio universitario per l'ingegneria nelle assicurazioni del Politecnico di

EVENTI AVVERSI: GLI STUDI NEL MONDO

Nazione	Autore	n. pazienti esaminati	eventi (Ea) %	% Ea evitabili
Usa (NY state)	Brennan, 1984	30.195	3,7	27,6
Usa (Utah e Colorado)	Thomas, 1992	14.564	2,9	27,4 32,6
Australia	Wilson, 1982	14.179	16,6	51,2
Nuova Zelanda	Davis, 1998	6.579	11,3	37,0
Regno Unito	Vincent, 1999	1.014	10,8	48,0
Regno Unito	Healey, 2001	4.743	31,5	48,6
Danimarca	Schioler, 2002	1.097	9,0	40,4
Canada	Baker, 2002	3.720	7,5	41,6
Canada	Foster, 2002	502	12,7	38,0
Canada	Ross, 2004	3.745	7,5	36,9
Francia	Michel, 2005	8.754	5,1	35,0
Spagna	Aranaz, 2005	5.624	9,3	46,0
Olanda	Zegers, 2009	8.400	5,7	40,0
Brasile	Mendes, 2010	1.103	7,6	66,7
Svezia	Soop, 2010	1.967	12,3	70,0
Italia	Tartaglia, Albolino et al	7.573	5,2	56,7

fonte: Ania su dati Aranaz e Albolino

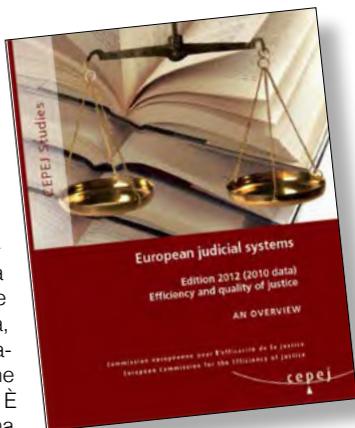
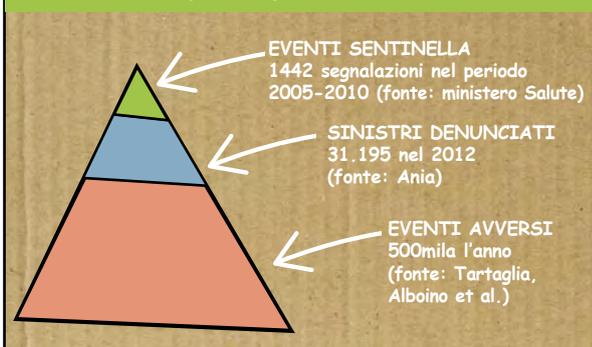
Milano - citata dal deputato Benedetto Francesco Fucci presentatore di una proposta di legge sull'argomento - su 8 milioni di pazienti, ben 320.000 (circa il 4 per cento) hanno denunciato danni più o meno gravi.

Ma attenzione. Queste cifre indicano soltanto che qualcosa non è andato per il verso giusto, che l'effetto delle cure non è stato quello desiderato. Cifre molto più circoscritte si ricavano dal report del ministero della salute (2013) sui cosiddetti "eventi sentinella".

Per il periodo 2005-2011 sono pervenute al ministero della Salute 1442 segnalazioni di questo tipo giudicate valide, con un tasso di mortalità dei pazienti del 36,8 per cento. Se questo è il perimetro dei potenziali "errori" quanti di questi ricadono sotto la responsabilità di medici e strutture sanitarie e ancora, quale contenzioso alimentano da parte dei pazienti che si ritengono danneggiati? È la sostanza del problema, un'area che si potrebbe collocare tra gli eventi "avversi" e quelli "sentinella" ma sulla quale esistono le interpretazioni più divergenti.

Non è chiaro, innanzitutto, ciò che esattamente si debba intendere per med-mal in Italia visto che le pronunce della magistratura hanno nel tempo continuamente cambiato, dilatandoli, i confini delle pratiche censurabili, assoggettandole a un obbligo sempre più gravoso di risarcimento. Per non parlare

LA PIRAMIDE DEGLI ERRORI



dell'attivismo degli avvocati e degli studi di infortunistica fonte di un contenzioso in continua crescita (30mila liti ogni anno) che la giustizia civile non riesce a smaltire in tempi accettabili. Con 3 milioni 829 mila casi pendenti dei tribunali civili a fine 2010 - ha segnalato nel 2013 un report del Consiglio d'Europa - le corti italiane sono le meno efficienti del continente. Sulla rilevanza economica del fenomeno i buchi neri non mancano. Vi sono stime di mercato degli assicuratori italiani sulle polizze sottoscritte

CASI PENDENTI PRESSO LE CORTI CIVILI

stato	pendenti al 1/1/10	nuovi casi	casi risolti	pendenti al 12/31/10
Italia	4.263.961	2.399.530	2.834.879	3.828.612
Spagna	1.362.790	1.940.277	1.816.559	1.438.719
Francia	1.318.782	1.793.299	1.764.255	1.347.826
Germania	803.757	1.581.762	1.586.654	798.865
Romania	462.023	1.073.669	963.742	571.950
Russia	450.306	13.649.662	13.627.319	472.649
Polonia	344.160	819.861	778.641	385.035
Portogallo	372.085	314.317	320.267	366.135
Bosnia	323.540	156.309	147.049	332.800
Ucraina	370.197	2.262.838	2.330.634	302.401

Fonte: Cepej

per coprire i rischi di responsabilità civile (sull'ammontare dei premi e dei sinistri indennizzati) che però in parte sono frutto di stime e non comprendono le polizze distribuite in Italia in libera prestazione di servizi. Anche dati parziali (limitate comunque all'analisi dei sinistri) sono state costituite nel corso degli anni dai grandi gruppi di brokeraggio assicurativo che cercano anche sul mercato internazionale le migliori polizze di r.c. sanitaria per conto delle strutture sanitarie, pubbliche e private. Si tratta in particolare dei report redatti da Marsh (relativi a un campione di circa 100 strutture sanitarie pubbliche) e da Aon che da molti anni pubblica uno studio del rischio clinico nella regione Lombardia.

Il costo economico della malpractice potrebbe giungere a circa 2 miliardi l'anno

Nessuna certezza vi è poi sui rischi direttamente presi in carico dalle diverse regioni che hanno imboccato la strada dell'autoassicurazione. Al loro censimento dovrebbe provvedere l'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, cui la legge affida il compito di consolidare le informazioni sulla med-mal provenienti dagli enti locali e che sta svolgendo un compi-

to meritorio sul campo. Ma è soltanto un organo consultivo senza poteri di imposizione e nulla può contro l'autonomia delle singole regioni spesso restie a comunicare i propri dati. Da quella fonte è comunque possibile individuare un preciso trend. Buona parte delle regioni italiane stanno adottando schemi misti di copertura dei rischi provvedendo per proprio conto alla gestione dei sinistri più lievi e affidandosi a un assicuratore per gestire i risarcimenti di maggiore entità. Sono presenti diverse combinazioni. C'è il modello di "gestione diretta" che prevede procedure di risk management, accantonamenti di fondi e la presa in carico dei pazienti anche per gestire la fase successiva ad un evento avverso. Vi sono forme di autoassicurazione limitate alla prevenzione dei rischi e alla gestione dei sinistri con l'appostazione di specifici fondi. Ma non mancano casi in cui la gestione dei sinistri, in assenza di fondi di garanzia o di pratiche di risk management, è talmente rudimentale da configurare uno status effettivo di non assicurazione.

Con queste premesse è arduo stimare il costo sociale ed economico della malpractice che secondo alcuni centri di ricerca potrebbe giungere a circa 2 miliardi l'anno, sommando i premi assicurativi pagati dalle amministrazioni degli ospedali al risarcimento diretto dei sinistri che rimangono a loro

carico per le franchigie contenute nelle polizze o per le scelte di autoassicurazione. Potrebbe sembrare financo un problema marginale, una

In Usa, Gran Bretagna, Nuova Zelanda, Irlanda, Francia riforme strutturali sono state attuate tra il 2000 e il 2003

goccia nel mare magnum della spesa sanitaria (109,2 miliardi nel 2013). Ma non è così perché associato alla malasanità vi è il fenomeno della medicina difensiva, cioè dei trattamenti prescritti in eccesso dai medici ai loro pazienti allo scopo di evitare futuri rischi legali. Ebbene questa voce di spesa, secondo i diversi studi sul tema (anche in questo caso discordanti tra loro) pesa tra i 10 e i 13 miliardi l'anno sulle spalle dei contribuenti.

Insomma, grattando la superficie del problema, ci si accorge che la malpractice in Italia è solo in parte riferibile ai comportamenti dei medici. Una mala praxis in questi anni ha caratterizzato le scelte di un legislatore disattento (anche quelle del recente decreto Balduzzi), le volubili decisioni dei magistrati, casi di compagnie fallite (Faro) o di predatori (Citi insurance) venuti dall'estero.

Pesano anche le indecifrabili norme contabili delle amministrazioni pubbliche.

Non vi è alcuna chiara regola, ad esempio, che imponga alle Regioni di costituire accantonamenti in relazione ai rischi di mad-mal che decidono di prendere a loro carico. Alcune lo fanno, altre no. In mancanza di adeguate riserve patrimoniali è abbastanza facile prevedere con il tempo la nascita di un bubbone simile a quello che in anni recenti ha squassato i bilanci regionali con la vicenda dei derivati finanziari.

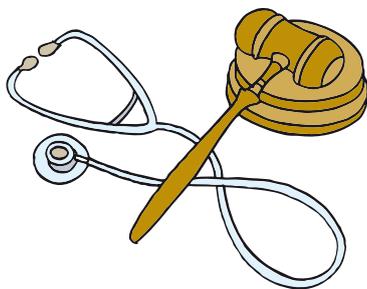
Intanto da agosto scatterà l'obbligo di assicurazione per tutti i medici italiani, prevista da una legge del 2011 (legge n.148-2011). Ma c'è già un'esenzione: il decreto legge sulla "semplificazione" approvato a fine giugno 2014 dall'Esecutivo ha abolito, sia pure attraverso un tortuoso cammino interpretativo tra leggi contraddittorie, l'obli-

go di copertura per i medici del SSN. Per giunta, i medici del servizio sanitario sono già protetti da una "adeguata copertura assicurativa" che deve essere erogata dalle Asl di appartenenza, secondo quanto prevede l'art.21 del contratto collettivo di lavoro della dirigenza del SSN (include anche i medici) sottoscritto il novembre 2005 e tuttora in vigore. In mancanza di un esonero, i medici avrebbero dovuto sottoscrivere di tasca propria un'altra polizza rispetto alla copertura contrattualmente già fornita dai propri ospedali.

Scopo del presente dossier non è quello di indicare ricette, anche se nei capitoli che seguiranno emergeranno con chiarezza le strade che andrebbero intraprese. L'obiettivo principale è piuttosto quello di confrontare le diverse fonti di documentazione, cercando di spiegare i tanti contrasti.

La realtà italiana verrà poi messa in relazione alle soluzioni con le quali gli altri paesi hanno da tempo messo sotto controllo il fenomeno. Il confronto è impietoso. In Usa, Gran Bretagna, Nuova Zelanda, Irlanda, Francia riforme strutturali sono state attuate agli inizi del corrente secolo (tra il 2000 e il 2003) e hanno contribuito a raffreddare significativamente il fenomeno. L'Italia è dunque in ritardo di almeno un decennio.

La confusione attuale esistente in tema di malpractice offre però anche una grande opportunità. Mettere ordine in questa materia porterebbe con sé una significativa riduzione nel fenomeno della medicina difensiva con un risparmio di spesa assai ingente, particolarmente rilevante in un momento in cui la sanità pubblica è sotto pressione per problemi di bilancio e corre il rischio di implodere.



un mercato frammentato

Dalla nascita dei Lloyd's, nel seicento, poter disporre di una buona base statistica è sinonimo di efficienza nel mercato assicurativo. Conoscere le serie storiche dei sinistri e valutare con ragionevole precisione i rischi da coprire è essenziale per poter stabilire il prezzo giusto delle polizze. Valeva per i brigantini inglesi che trasportavano carichi di spezie e cotone dall'India e vale ancora oggi. Ebbene nella med-mal all'italiana c'è innanzitutto un problema di dati.

Ciascuno dei soggetti a vario titolo coinvolti nella malpractice (assicurazioni, broker, enti pubblici incaricati di raccogliere le informazioni delle strutture sanitarie) dispone di informazioni limitate del fenomeno anche se il pivot informativo del settore è rappresentato dalla banca dati dell'Ania che dal 1994 pubblica dati di mercato e indicatori provenienti dalle compagnie italiane. Questa rilevazione tuttavia è stata fortemente influenzata nel tempo dalla progressiva uscita dal mercato della

r.c. in ambito sanitario delle imprese italiane che costituiscono il campione statistico, a favore delle Rappresentanze di imprese stabilite nell'unione Europea e di quelle che operano in regime di libera prestazione di servizi che non forniscono informazioni all'Associazione se non, in parte, quelle relative ai premi.

Da un punto di vista assicurativo occorre innanzitutto distinguere tra le coperture rivolte a tutti gli esercenti le professioni sanitarie (circa 800 mila operatori tra medici, infermieri e altre figure professionali) e quelle a di-

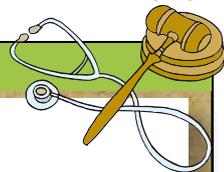
sposizione delle strutture sanitarie, (ospedali e presidi sanitari pubblici e privati), la cosiddetta r.c. sanitaria. Quest'ultime risarciscono in prima battuta i sinistri mentre le coperture dei medici impiegati in ospedali e ambulatori, sono più circoscritte. Riguardano sostanzialmente il rischio di colpa

“Ciascuno dei soggetti a vario titolo coinvolti nella malpractice dispone di informazioni limitate del fenomeno”

I NUMERI DELLA SANITÀ PUBBLICA

107.448	medici impiegati nel SSN
263.803	infermieri
146	ASL
634	strutture di ricovero pubbliche
531	case di cura accreditate
215	mila posti letto

Fonte: annuario statistico 2010 del ministero della Salute, febbraio 2013



grave di cui un sanitario può essere chiamato a rispondere dalla propria struttura, che ha già risarcito il sinistro in caso di errore.

Naturalmente quando i medici esercitano autonoma-

mente la propria attività il contenuto dei contratti è più esteso ma, parlando sempre in generale, non vi è rarefazione d'offerta per le assicurazione della responsabilità civile dei sanitari. Il proble-

ma, piuttosto, riguarda l'entità dei premi che, per alcune discipline più a rischio (ortopedia, ginecologia, chirurgia estetica), possono raggiungere importi elevati, di svariate migliaia di euro l'anno.

IL COSTO DELLE COPERTURE ASSICURATIVE PER I MEDICI



	Medici "dipendenti" Massimali		Medici liberi professionisti Massimali	
	2.500.000€	5.000.000€	500.000€	2.500.000€
Medico di med. gen.	da 300 a 900 €	da 400 a 1.500 €	da 400 a 800 €	da 650 a 1.500 €
Psichiatra			da 450 a 1.000 €	da 1.200 a 2.500 €
Cardiologo			da 700 a 1.500 €	da 1.400 a 3.000 €
Chirurgo generale			da 1.800 a 4.000 €	da 3.600 a 9.000 €
Cardiochirurgo			da 1.800 a 4.000 €	da 3.500 a 9.000 €
Anestesista			da 1.800 a 6.000 €	da 3.000 a 10.000 €
Ortopedico			da 1.900 a 6.000 €	da 3.600 a 10.000 €
Ginecologo			da 5.000 a 9.000 €	ND

Le compagnie italiane e la malpractice i trend sull'andamento del mercato

(con il testo che segue si riproduce il capitolo sulla r.c.sanitaria contenuto nell'ultima relazione annuale dell'Ania, resa pubblica nel luglio 2014)

L'ANIA, da molti anni effettua una rilevazione statistica volta a identificare quali siano gli andamenti tecnici nell'ambito della responsabilità civile sanitaria, attraverso la costituzione di svariati indici di sinistrosità che partono dall'anno di osservazione 1994(). Questa rilevazione, tuttavia, è stata fortemente influenzata nel tempo dalla progressiva uscita dal mercato oggetto della rilevazione di numerose imprese a favore di imprese Europee che operano in Italia utilizzando la libertà di stabilimento o la libera prestazione di servizi. Questa dinamica ha avuto un impatto negativo sulla rappresentatività del campione statistico in quanto le rappresentanze di imprese U.E. non forniscono informazioni all'Associazione se non, in parte, quelle relative ai premi. Quindi mentre risulta più agevole la stima del volume della raccolta premi per il mercato, gli indicatori tecnici che derivano dal campione potrebbero risultare non pienamente rappresentativi dell'intero mercato.

Stima del volume dei premi

La stima dei premi⁽²⁾ del lavoro diretto italiano per l'esercizio 2012 è pari a 543 milioni di euro di cui il 53% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 47% relativo a polizze

stipulate dai professionisti sanitari. Va notato che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi. Rispetto all'anno precedente i premi si sono incrementati del 3,6%: vi ha contribuito essenzialmente l'aumento di oltre il 14% registrato dal volume premi relativi alle polizze dei professionisti, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore. Risultano invece in contrazione (-4,3% rispetto al 2011) i premi relativi alle strutture sanitarie.

Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2002-2012 si attesta al 7,2% (rispettivamente 4,8% per le strutture sanitarie e 10,9% per i professionisti).

Stima del numero di sinistri denunciati e loro costo medio

Come riportato nella tavola 1 (pagina seguente), la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2012 è risultata pari a 31.200, di cui quasi 19.500 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie. Il numero dei sinistri ha registrato una lieve riduzione (-0,7%

(1) Tale analisi è condotta separatamente per le due categorie:

- R.C. strutture sanitarie: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata sono escluse dalla rilevazione le strutture quali case di riposo, laboratori di analisi, centri diagnostici, università).
- R.C. professionale medici: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria.

(2) La stima ANIA per l'intero mercato (comprensiva della stima dei premi delle rappresentanze in Italia di imprese aventi sede legale in paesi facenti parte dello Spazio Economico Europeo) si basa su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2012) pari al 41% R.C. generale.

TAVOLA 1 - NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI (*)

Anno di protocollazione	R.C. Strutture Sanitarie	Δ%	R.C. Professionale Medici	Δ%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1994	6.345		3.222	
1995	11.411	79,9%	5.892	82,9%
1996	13.028	14,2%	4.028	-31,6%
1997	18.672	43,3%	4.829	19,9%
1998	21.678	16,1%	6.036	25,0%
1999	23.261	7,3%	9.073	50,3%
2000	23.249	0,0%	10.078	11,1%
2001	21.911	-5,8%	11.238	11,5%
2002	19.078	-13,2%	11.443	1,8%
2003	16.566	-12,9%	10.874	-5,0%
2004	16.356	-1,3%	11.988	10,2%
2005	16.343	-0,1%	12.290	2,5%
2006	16.424	0,5%	11.959	-2,7%
2007	16.128	-1,8%	13.415	12,2%
2008	17.746	10,0%	11.851	-11,7%
2009	21.476	21,0%	12.559	6,0%
2010	21.353	-0,6%	12.329	-1,8%
2011	19.627	-8,1%	11.782	-4,4%
2012	19.436	-1,0%	11.759	-0,2%

(*) Si tratta di una stima ANIA del volume dei premi per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2012) pari al 41% del ramo R.C.Generale

TAVOLA 2 - NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI SENZA SEGUITO

Anno di protocollazione	Numero dei sinistri senza seguito r.c. strutture sanitarie	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri r.c. strutture sanitarie	Numero dei sinistri senza seguito r.c. professionale medici	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri r.c. professionale medici
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1994	4.244	66,9%	1.854	57,5%
1995	9.044	79,3%	4.053	68,8%
1996	9.993	76,7%	2.252	55,9%
1997	13.972	74,8%	2.851	59,1%
1998	15.332	70,7%	3.674	60,9%
1999	15.749	67,7%	5.585	61,6%
2000	15.571	67,0%	6.442	63,9%
2001	15.591	71,2%	6.538	58,2%
2002	12.383	65,1%	6.838	59,8%
2003	10.389	62,7%	6.294	57,9%
2004	10.139	62,0%	6.798	56,7%
2005	10.129	62,0%	7.021	57,1%
2006	9.492	57,8%	6.695	56,0%
2007	9.419	58,4%	7.372	55,0%
2008	9.782	55,1%	5.921	50,0%
2009	10.555	49,1%	5.827	46,4%
2010	9.166	42,9%	4.536	36,8%
2011	6.052	30,8%	3.042	25,8%
2012	3.721	19,1%	1.649	14,0%

TOTALE	
R.C. Medica	Δ%
(6)	(7)
9.567	
17.303	80,9%
17.057	-1,4%
23.501	37,8%
27.714	17,9%
32.334	16,7%
33.327	3,1%
33.149	-0,5%
30.471	-8,1%
27.440	-9,9%
28.344	3,3%
28.633	1,0%
28.383	-0,9%
29.543	4,1%
29.597	0,2%
34.035	15,0%
33.682	-1,0%
31.109	-6,7%
31.195	-0,7%

Numero dei sinistri senza seguito totale r.c. medica	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri r.c. medica
(6)	(7)
6.098	63,7%
13.097	75,7%
12.246	71,8%
16.823	71,6%
19.006	68,6%
21.334	66,0%
22.013	65,1%
22.129	66,8%
19.221	63,1%
16.684	60,8%
16.937	59,8%
17.150	59,9%
16.187	57,0%
16.790	56,8%
15.703	53,1%
16.387	48,1%
13.702	40,7%
9.094	29,0%
5.370	17,2%

rispetto al 2011), proseguendo la tendenza già avviata nel 2010: nel triennio 2010-2012 sono diminuiti di oltre l'8%. I sinistri relativi alle strutture sanitarie diminuiscono dell'1,0%, mentre quelli relativi alle polizze dei professionisti rimangono sostanzialmente invariati.

La tavola 2 riporta invece per ciascun anno di protocollazione, la situazione del numero dei sinistri che la compagnia chiude senza effettuare nessun pagamento (c.d. senza seguito). Se si esaminano le generazioni più mature (dal 1994 al 2002), mediamente oltre i due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, vengono chiusi senza seguito. In particolare tale percentuale è più elevata per i sinistri relativi alle strutture sanitarie (mediamente pari nel periodo al 71%). Questo potrebbe essere causato da fenomeni di duplicazione di denunce per lo stesso sinistro (che possono colpire ad esempio sia la struttura che il personale medico coinvolto singolarmente) e che sono poi chiuse senza seguito dalla compagnia in quanto riconducibili ad un unico sinistro per l'impresa assicurativa. Per i sinistri relativi alla r.c. professionale mediamente il 60% dei sinistri denunciati non dà seguito a un risarcimento.

TAVOLA 3 - INCIDENZA % DEL NUMERO E DELL'IMPORTO DEI SINISTRI PROTOCOLLATI

Anno	% Numero dei sinistri		% Importo dei sinistri	
	Liquidati	Riservati	Liquidati	Riservati
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1994	98,0%	2,0%	94,5%	5,5%
1995	98,1%	1,9%	95,0%	5,0%
1996	97,4%	2,6%	95,2%	4,8%
1997	96,9%	3,1%	92,8%	7,2%
1998	96,4%	3,6%	94,0%	6,0%
1999	95,5%	4,5%	91,5%	8,5%
2000	92,9%	7,1%	89,9%	10,1%
2001	91,7%	8,3%	84,4%	15,6%
2002	88,9%	11,1%	80,5%	19,5%
2003	86,4%	13,6%	79,1%	20,9%
2004	83,4%	16,6%	71,5%	28,5%
2005	79,8%	20,2%	69,1%	30,9%
2006	76,5%	23,5%	59,9%	40,1%
2007	67,7%	32,3%	51,4%	48,6%
2008	61,9%	38,1%	48,0%	52,0%
2009	51,7%	48,3%	42,8%	57,2%
2010	38,5%	61,5%	26,2%	73,8%
2011	24,6%	75,4%	14,6%	85,4%
2012	8,7%	91,3%	4,3%	95,7%

La tavola 3 riporta per i due settori della r.c. medica (strutture sanitarie e professionisti medici) la percentuale dei numeri e degli importi liquidati e riservati rispetto al valore complessivo dei sinistri per anno di protocollazione, cioè per ciascun anno di presa in carico della denuncia da parte dell'assicuratore. Le percentuali relative ai sinistri

liquidati (numeri e importi) sono relativamente basse per le generazioni più recenti di sinistri in quanto è generalmente incerta sia l'effettiva responsabilità dell'assicurato sia l'entità del danno. Le percentuali crescono al crescere dell'anzianità della generazione dei sinistri attestandosi a valori superiori al 90% per quelle con oltre dieci anni di

TAVOLA 4 - EVOLUZIONE DEL COSTO MEDIO DEI SINISTRI AL 31/12/2012 - TOTALE R.C.MEDICA
(Importi in euro)

Anno di protocollazione	Costo medio dei sinistri (euro)					
	AL 31.12.2002	AL 31.12.2004	AL 31.12.2005	AL 31.12.2006	AL 31.12.2007	AL 31.12.2008
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421	28.904
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488	22.687
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622	23.819
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961	32.948
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966	34.271
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571	37.281
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634	39.968
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974	40.042
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490	42.732
2003		30.306	34.379	39.475	39.080	44.521
2004		22.706	29.755	36.545	38.349	44.083
2005			26.670	33.174	35.471	42.383
2006				30.659	33.408	41.476
2007					26.670	38.266
2008						29.505
2009						
2010						
2011						
2012						

TOTALE R.C.MEDICA

% Importo dei sinistri

Riservati

(5)

5,5%
5,0%
4,8%
7,2%
6,0%
8,5%
10,1%
15,6%
19,5%
20,9%
28,5%
30,9%
40,1%
48,6%
52,0%
57,2%
73,8%
85,4%
95,7%

sviluppo. Occorre segnalare che dopo 19 anni, la generazione del 1994 mostra un 2,0% di sinistri che devono ancora essere definiti (il 5,5% degli importi dell'intera generazione) a testimonianza che occorre un numero elevato di anni per definire le controversie giudiziarie che scaturiscono da tali tipologie di danni.

La tavola 4 riporta, sempre per i due settori e per ciascuna generazione di sinistri, l'evoluzione dei loro costi medi man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e, quindi, man mano che le informazioni si consolidano. Accade infatti che, a causa della complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, la valutazione del sinistro da parte delle compagnie sia in molti casi sottostimata. A ciò si aggiunga l'incertezza nella quantificazione del danno legata alla frequente evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di entità del danno da risarcire.

Ad esempio, per i sinistri protocolati nel 2002 le imprese di assicurazione avevano stimato mediamente di pagare circa 20.157 euro alla fine dell'anno di protocollazione, mentre a distanza di 4 anni la valutazione si era già raddoppiata e aveva raggiunto quasi 40.000 euro, per poi continuare a crescere e arrivare a quello che sembra essere oggi il costo medio "ultimo" dei sinistri di quella generazione (circa 47.000 euro). Tale andamento si osserva (talvolta con tempi più rapidi) per tutte le generazioni di sinistri.

AL 31.12.2009 AL 31.12.2010 AL 31.12.2011 AL 31.12.2012

(8)	(9)	(10)	(11)
29.012	28.023	27.983	27.782
22.676	22.190	21.887	21.829
23.493	23.028	23.091	23.044
31.940	31.950	31.768	31.342
33.924	33.184	33.049	32.495
36.511	36.584	36.157	36.106
40.605	40.134	38.929	39.688
40.159	37.457	45.865	47.214
43.196	42.371	46.835	47.111
47.241	46.169	50.577	49.492
43.304	43.653	49.951	50.504
42.245	41.277	46.330	46.473
42.019	41.779	50.330	53.385
38.816	39.537	47.798	51.466
34.067	39.427	49.581	52.176
25.083	33.225	43.852	44.244
	27.689	38.538	41.313
		30.789	35.576
			29.422

TAVOLA 5 - RAPPORTO "SINISTRI / PREMI" AL 31/12/2012 - TOTALE R.C.MEDICA

Media 2012: 173%

Anno di protocollazione	AL 31.12.2002	AL 31.12.2004	AL 31.12.2005	AL 31.12.2006	AL 31.12.2007
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1994	199%	251%	241%	251%	238%
1995	182%	212%	216%	206%	202%
1996	187%	198%	195%	191%	187%
1997	223%	320%	300%	293%	286%
1998	168%	340%	313%	288%	284%
1999	179%	262%	266%	249%	246%
2000	151%	216%	219%	208%	206%
2001	154%	218%	218%	200%	192%
2002	149%	232%	229%	199%	192%
2003		196%	199%	171%	162%
2004		145%	170%	154%	150%
2005			173%	162%	155%
2006				158%	157%
2007					140%
2008					
2009					
2010					
2011					
2012					

Stima dei rapporti sinistri a premi ("S/P")

Sono gli andamenti in forte crescita del costo dei risarcimenti, congiuntamente a un numero elevato di denunce che le imprese registrano di anno in anno, a determinare risultati particolarmente negativi per i conti tecnici del settore e, quindi, valori elevati del rapporto sinistri a premi. Anche in questo caso, per una corretta valutazione dell'andamento del business assicurativo oggetto di questa analisi, occorre osservare lo sviluppo del rapporto sinistri a premi nei diversi anni.

Nella tavola 5 sono riportati i rapporti sinistri a premi (e la loro evoluzione nel tempo) per le varie generazioni di sinistri analizzate per il totale settore della r.c. medica.

Al 31 dicembre del 2012 il rapporto medio dei sinistri a premi per le varie generazioni si attesta al 173%. Relativamente alla generazione più recente si nota che il rapporto si attesta al 122%.

Per quanto riguarda l'evoluzione del rapporto S/P, man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e che le informazioni sui sinistri diventano più consolidate, si notano tre distinti fenomeni:

- per le generazioni di sinistri protocollati dal 1994 al 2004, il rapporto sinistri a premi valutato al 31 dicembre 2012 assume valori particolarmente elevati (da 180% della generazione 2004 a oltre 310% per le generazioni dal 1997 al 1999);
- dalla generazione 2005 al 2012 il rapporto tra sinistri e premi tende a essere più contenuto, pur restando su livelli di evidente diseconomicità; nell'ultimo anno disponibile il rapporto sinistri a premi ha mostrato un miglioramento. Tuttavia già nel 2005 e nel 2007 l'indicatore sembrava essere migliorato, assumendo lo stesso valore, per poi ritornare a livelli più elevati l'anno successivo.

AL 31.12.2008 AL 31.12.2009 AL 31.12.2010 AL 31.12.2011 AL 31.12.2012

(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
240%	241%	237%	236%	235%
201%	201%	203%	200%	200%
199%	198%	195%	189%	194%
336%	323%	323%	311%	315%
341%	331%	323%	312%	316%
330%	321%	321%	308%	314%
233%	217%	214%	203%	210%
215%	204%	187%	251%	260%
207%	199%	275%	287%	296%
173%	177%	215%	223%	225%
144%	140%	162%	174%	180%
133%	131%	118%	123%	125%
150%	141%	128%	142%	150%
130%	123%	109%	117%	123%
111%	147%	138%	148%	151%
	153%	155%	169%	163%
		153%	177%	153%
			147%	151%
				122%

Le altre fonti informative

Il contributo di Agenas

Una fonte importante di documentazione nel settore della mad-mal in Italia è costituita dall'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Questa struttura ha accesso al Simes, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, e svolge un ruolo di elaborazione e valutazione sull'andamento del fenomeno. Dal 2011 il conferimento dei dati è compreso tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello stato. Ma il sistema è ancora ben lungi dall'aver raggiunto un livello di efficienza. Finora buona parte delle domande contenute nei questionari (compresa quella sul numero delle richieste di risarcimenti) erano facoltative e soltanto nei primi mesi del 2014 Agenas ha rivisto il set informativo rendendo vincolanti quelle risposte.

Si spiega così il perché ancora per il 2012 il numero totale delle denunce dei sinistri registra lacune significative e addirittura 3 regioni su 21 (il loro nome pudicamente non è stato reso noto) hanno evitato di alimentare il flusso dei dati. Sicché risulta un numero di richieste totali di risarcimento (12.341 per il 2012, con esclusioni dei dati anche della regione Piemonte, non disponibili) significativamente inferiore a quello che attestato nelle stime dell'Ania (19.436) che, per altro verso, appaiono approssimate per eccesso

LE DENUNCE DI MALASANITÀ (richieste di risarcimento danni, notifiche giudiziarie civili e penali, denunce cautelative)

Anno	N. Totale sinistri
2009*	6.239
2010	12.596
2011	12.066
2012	12.341*
Totale	43.242

hanno alimentato il flusso Simes/denunce sinistri 18 regioni e province autonome su 21

*dall' 1 luglio 2009

** esclusi i dati della regione Piemonte, non disponibili nel sistema alla data del 10 aprile 2013

Fonte: Agenas

a causa dei motivi in precedenza segnalati, soprattutto attribuibili alla duplicazione delle denunce inviate a una compagnia e riguardanti lo stesso sinistro.

Un altro dato da interpretare riguarda il costo medio dei sinistri liquidati. L'Agenas lo stima per il 2012 in 39.590 euro. Per l'Ania lo stesso dato è pari a 29.422 (al 2012) ma il confronto non è agevole. Associazione delle compagnie calcola il costo medio dei sinistri per anno di protocollazione e quindi il valore indicato nelle sue tabelle è relativo soltanto agli eventi denunciati nel 2012. Per l'Agenas invece il dato si riferisce alla media dei sinistri liquidati nell'anno: anche quelli, pertanto (e sono la maggior parte), denunciati negli anni precedenti. Dalla sua banca dati si evince poi che per l'apertura di un sinistro,

ossia il tempo che intercorre tra il manifestarsi dell'evento avverso e la richiesta di risarcimento presentata all'Azienda trascorrono in media 755 giorni; 402 sono i giorni medi per la chiusura di una pratica di sinistri. Per quel che riguarda, invece, la casistica di sinistri denunciati, il 63% riguarda le lesioni e l'11% i decessi.

Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo medico

Numeri ancora diversi sulla r.c. medica, si ricavano dall'indagine parlamentare d'inchiesta sugli errori medici e le cause dei disavanzi sanitari, avviata nel 2008 e che ha concluso i suoi lavori nel gennaio 2013. Dalle 169 risposte ai questionari inviati ad altrettante aziende sanitarie - all'appello mancano però regioni importanti come il Piemonte, il

Veneto, la Sardegna e, in gran parte, anche la Puglia - risulta per il 2011 una raccolta premi di 354 milioni con un incremento medio annuo del 4,6% nel periodo 2006-2011. In realtà la crescita effettiva è stata maggiore - segnala lo studio - perché i dati sono aggregati e non tengono conto delle strutture sanitarie passate in autoassicurazione.

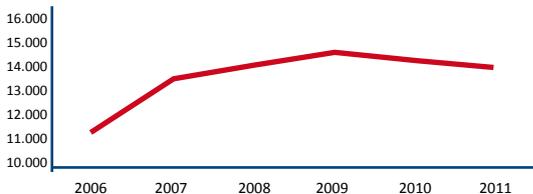
I sinistri denunciati tra il 2006 e il 2011 sono stati 82.210 con una media annua di 13.702 richieste di risarcimento. Il campione tiene conto dei casi di malpractice coperti da un'assicurazione e anche di quelli gestiti in autoassicurazione. Tuttavia, come per i premi, si tratta di una fotografia incompleta perché Veneto, Piemonte, Puglia e Sardegna non hanno comunicato i loro numeri o l'hanno fatto in ritardo. Simili peculiarità spiegano le differenze con le stime dell'Ania. Il trend, invece, mostra un andamento analogo (vedi tabella). Il numero dei sinistri è continuato a crescere fino al 2009 (al ritmo del 5% l'anno) per poi flettere leggermente nel 2010 e 2011.

Ma i maggiori limiti dell'indagine parlamentare riguardano la metodologia seguita per analizzare il rapporto tra i risarcimenti pagati dalle compagnie e i premi assicurativi versati dalle regioni. Le conclusioni sono del tutto fuorvianti. Per il periodo 2006-2011 il documento segnala (vedi tabella) che per ogni 100 euro di risarcimento sinistri versato da un assicura-

IL TREND DEI SINISTRI

ANDAMENTO DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO NEL PERIODO 2006-2011

Andamento delle richieste di risarcimento nel periodo 2006-2011



Fonte: indagine parlamentare (2013)

Senza riserve dati fuorvianti

(euro versati come premio assicurativo per ogni 100 euro di risarcimento sinistri pagato)

Regione	2006	2011	2011 (dati riclassificati con le riserve)
Liguria	105	1.058	148
Lombardia	158	1.270	111
Valle d'Aosta	129	15.178	1.198
Emilia Romagna	135	644	51
Friuli V.Giulia	156	1.635	19
Trento	693	940	33
Lazio	219	1.094	85
Marche	77	1.055	438
Toscana	131	83	1
Umbria	954	1.372	59
Abruzzo	115	3.549	110
Basilicata	3.733	2.147	275
Calabria	77	1.135	49
Campania	375	1.080	89
Molise	153	5.384	45
Puglia	-	-	-
Sicilia	386	674	43
Totale	155	823	64

Fonte: dati indagine parlamentare (2013) riclassificati nell'ultima colonna

tore, un'azienda sanitaria ne avrebbe pagati, come premi, ben 155 nel 2006 e addirittura 823 nel 2011. Se fossero veri quei numeri il mercato assicurativo italiano sarebbe paragonabile ad un cartello di narcotrafficienti e da tempo se ne occuperebbero ben altre indagini parlamentari. In realtà è avvenuto esattamente l'opposto con un costo dei sinistri che ha puntualmente sopravanzato gli incassi per premi spingendo le compagnie ad uscire dal ramo della Rc sanitaria.

Limitarsi a registrare i risarcimenti effettuati in un anno, confrontandoli con i premi per valutarne la congruità, è del tutto erratico perché non tiene conto dell'effettiva dinamica dei sinistri. Soltanto una piccola percentuale di questi viene infatti liquidata nello stesso anno in cui sono presentate le richieste di risarcimento. Nella maggior parte dei casi è necessario aspettare un periodo molto

lungo (e spesso la conclusione di estenuanti cause civili) prima che una compagnia possa risarcire il danneggiato. E pertanto gli assicuratori, seguendo le regole della propria professione, sommano le somme liquidate che sono riusciti a pagare nel corso dell'esercizio con quanto mettono a riserva per i risarcimenti futuri, sulla base di stime attuariali sottoposte ogni anno ad una puntuale verifica. Il totale di queste due componenti, somme liquidate + riserve, determina il costo medio dei sinistri che, negli ultimi anni è costantemente cresciuto. Altro che diminuzione dei risarcimenti. Un sinistro protocollato nel 2001 per 21mila euro - attestano le ultime stime dell'Ania - era lievitato a fine 2011 a circa 37mila euro per effetto del continuo aggiornamento delle riserve. E il rapporto tra sinistri a premi, nello stesso periodo, si è sempre mantenuto intorno al 150 per cento. Per ogni

100 euro incassati per premi, cioè, gli assicuratori ne hanno spesi (o stimano di spendere) 150 per risarcimenti. Del resto riclassificando la tabella parlamentare, sommando le riserve ai risarcimenti liquidati, le diverse stime si riconciliano (vedi la stessa tabella) con un rapporto tra sinistri a premi intorno al 155 per cento. O del 71% per dirla con la metrica della commissione d'inchiesta che ha calcolato il rapporto inverso tra premi e sinistri. Rimane, tuttavia, la fuorviante conclusione di policy contenuta nello studio: "Un'analisi storica della forbice tra quanto versato dalle aziende sanitarie ed ospedaliere e quanto pagato dalle compagnie assicurative per i sinistri può dare l'indicazione del possibile margine di risparmio, anche in tema di spending review qualora si adottassero soluzioni alternative (polizze centralizzate o passaggio dal sistema assicurativo al fondo regionale)"!

MALPRACTICE, CIFRE A CONFRONTO PER LA SANITÀ PUBBLICA

	Ania	Agenas	Marsh	Indagine parlamentare
composizione campione	campione di imprese italiane e rappresentanze estere - stima per l'intero mercato	sistema simes alimentato dalle Regioni (4 non hanno risposto, tra cui il Piemonte)	96 strutture sanitarie	169 Asl nessuna risposta da Piemonte, Veneto, Sardegna
numero sinistri 2012	19,436	12341	3112	14.088 *
costo medio sinistri 2012	29,422	39,500	116,000	nd

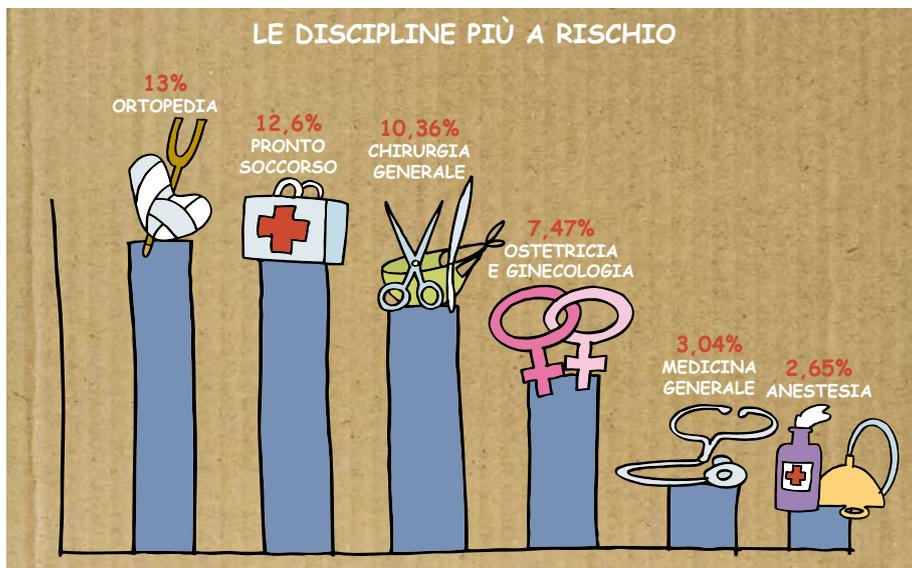
*dato relativo al 2011

incidenti **medici**, le analisi dei **broker**

In fondo sarebbe sufficiente qualche corrimano o cartello in più per evitare cadute accidentali oppure una maggiore controllo nel prevenire furti o perdite di oggetti per ridurre di circa il 15% i casi di malasanità in Italia. Lo rivela l'ultima indagine sulla medical malpractice condotta dal gruppo di brokeraggio Marsh e giunta nel 2013 alla

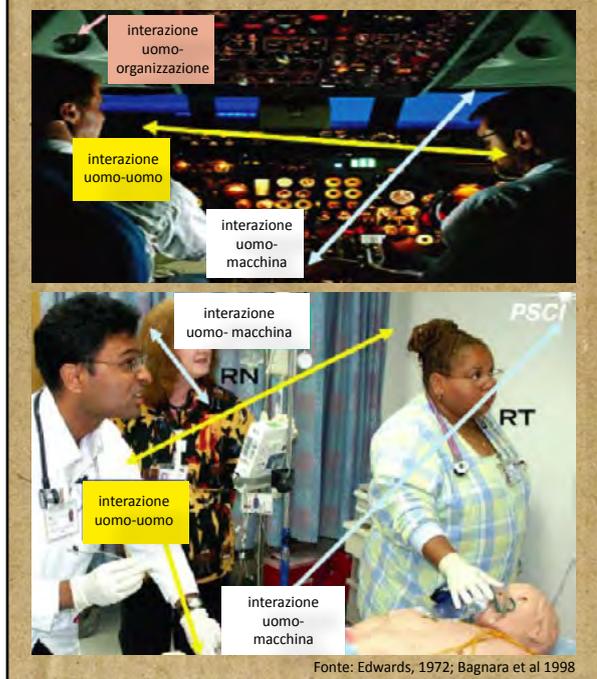
sua quinta edizione. Ma non viene da lì la voragine dei costi che allarma amministratori di ospedali e assicuratori. I risarcimenti per eventi avversi che avvengono nelle sale operatorie o nei reparti di ostetricia o ginecologia sono molto meno frequenti ma costano molto di più. Per uno di questi, in Lombardia, è stato costituito un accantonamento record di

ben 8,5 milioni di euro come segnala l'ultimo report sul rischio clinico regionale che pubblica ogni anno il broker Aon. La casistica delle professioni mediche più esposte alla malasanità viene proprio da quegli intermediari, i broker, che tradizionalmente assistono gli enti locali nel trovare la migliore copertura dei rischi di responsabilità civile e che



TEAM AL LAVORO

COMPLESSITÀ DELL'INTERAZIONE NELLA CABINA DI UN AEREO E IN UNA SALA DI RIANIMAZIONE



normalmente prestano anche il servizio di liquidazione dei sinistri in accordo con le strutture delle compagnie interessate. Rappresentano spesso un indispensabile canale informativo che collega il mondo della sanità pubblica alle compagnie di assicurazione. La ricerca di Marsh copre il periodo 2004-2012 con un campione di circa 100 strutture sanitarie pubbliche nelle principali regioni italiane. Rispetto alle rilevazioni dell'Ania si tratta di un universo più circoscritto e non parzialmente

corretto sulla base di stime (come nel caso dell'associazione delle imprese assicuratrici), ma interamente fondato sulla puntuale verifica di ciascun sinistro. Nei nove anni presi in considerazione sono stati analizzati 38.354 sinistri (4.262 l'anno in media). Nel 2012 i sinistri sono stati 3.112, -5% rispetto al 2011, ma il dato non rappresenta di per sé una riduzione del fenomeno. Sta a indicare, piuttosto, l'effetto del progressivo passaggio all'autoassicurazione da parte delle regioni, ciò che

riduce il campione monitorato da Marsh. Il costo medio dei sinistri, calcolato come somma dei risarcimenti liquidati e delle riserve per ciascun anno di generazione delle pratiche, si attesta a 55mila euro nel periodo 2004-2012 con una progressione significativa proprio negli ultimi due anni (rispettivamente +43,7 e + 76,6%). Nel 2012 il costo medio dei sinistri si è attestato a 116 mila euro. Anche in questo caso il dato va interpretato e, ancora una volta, si spiega con il minore utilizzo da parte degli ospedali delle coperture assicurative. Poiché le regioni sono ormai solite coprire con una polizza soltanto gli eventi di maggiore entità il rapido incremento nel costo medio dei sinistri "assicurativi" fa capire come il cambiamento sia stato repentino proprio nell'ultimo periodo. Il vistoso gap rispetto al costo medio dei sinistri esibito, per il 2012, nella statistica dell'Ania (29.422 euro in media) può essere almeno in parte spiegato con il fenomeno della duplicazione delle richieste di risarcimento - ovviamente abbassa il costo medio dei sinistri - cui in precedenza si accennava in relazione alle caratteristiche della rilevazione effettuata dall'associazione imprenditoriale. La gran parte degli errori di malasanità viene subita dagli ammalati, ma non manca una percentuale significativa dei visitatori (9,5%) e del personale sanitario (3,39%). Anche gli animali (0,5%) sono presi in considerazione.

Guardando all'intero periodo della ricerca il numero maggiore di sinistri si è verificato nelle sale chirurgiche con una percentuale del 27,20 sul totale. Seguono gli errori diagnostici (19,3%) e quelli terapeutici (intorno al 10%). In crescita al 2,2% (rispetto all'1,9 del precedente report) sono gli eventi avversi in sala parto e proprio in quei sinistri si annidano i risarcimenti di maggiore importo.

Analizzando le specializzazioni più a rischio, nei reparti di ortopedia è stato registrato il maggior numero di incidenti (13,3%) seguito da quelli di pronto soccorso (12,6%), chirurgia generale (10,4%), ostetricia e ginecologia (7,5%), medicina generale (3%) e anestesia (2,6%). Le rilevazioni statistiche prendono in considerazione i reparti e non il singolo specialista. La malpractice è spesso infatti l'effetto combinato di errori o disattenzioni attribuibili, a vario titolo, ai diversi componenti delle equipe che hanno in cura un paziente e può risultare non agevole ripartire le rispettive responsabilità. Ciò che poi importa è valutare il rischio complessivo di un struttura, il suo track record, per calcolare l'entità effettiva dei rischi che qualcuno, l'assicuratore o la stessa azienda sanitaria, sarà chiamata a sopportare. A risultati sostanzialmente simili giunge anche la rilevazione di Aon per la regione Lombardia che, per i 14 anni in cui il fenomeno è stato monitorato, ha stilato la seguente classifica dei reparti medici maggior-



mente rischio di malpractice: pronto soccorso (14,9% dei casi che ha condotto a richieste di risarcimento danni in sede civile), l'ortopedia e traumatologia (14,3% dei casi), la chirurgia generale (9,7%), l'ostetricia e ginecologia (8,7%). Se questo è il numero dei sinistri varia significativamente il costo degli eventi avversi nelle diverse strutture sanitarie. Nel campione di Marsh le riserve costituite in vista dei futuri risarcimenti ammontano in media a 149mila euro per ciascun caso di med-mal avvenuto negli ospedali materno-infantili, a 67mila euro nelle strutture di primo livello, a 58mila euro negli ospedali ortopedici e a 22mila euro in quelli oncologici. Anche nel report della regione Lombardia i reparti di ostetricia e gi-

necologia si confermano quelli più a rischio di malasanità per severità degli eventi. Nel periodo 2004-2012 i sinistri attribuibili a quelle strutture sono stati messi a riserva in media per 147 mila euro.

Indicazioni interessanti si ricavano infine dalla distribuzione geografica delle richieste di risarcimento che per circa la metà (55,4%) - è segnalato nel rapporto Marsh - riguardano le strutture sanitarie del nord Italia. Nella media nazionale il 7,69% dei casi di malasanità denunciati si riferiscono a eventi nei quali il paziente è deceduto ma la percentuale giunge all'11,62% negli ospedali meridionali. Quest'ultimi detengono anche il primato delle richieste di risarcimento causate da una cattiva organizzazione dei servizi o da deficienze negli edifici che ospitano le strutture sanitarie. A questo tipo di errori fanno capo il 26,46% dei sinistri in confronto al 17,53 e al 13,65% degli ospedali, rispettivamente, del centro e del nord Italia. Le cadute accidentali rappresentano un fattore frequente di malpractice ma si verifica nel mezzogiorno con una frequenza quasi doppia (16%) rispetto a quella che caratterizza le strutture sanitarie del centro e del nord (intorno al 9%). Sul fronte opposto al sud è più contenuto il rischio diagnostico (12,88% delle richieste di risarcimento in confronto al 18,58% del nord) e i casi di malasanità nei pronto soccorsi (8,57% contro il 14% del nord).

Med-mal, una difficile classificazione

È come quando si compra un biglietto aereo in un'agenzia di viaggio e il volo non parte. Il contratto non è stato rispettato e quell'agenzia, per evitare di pagare i danni al proprio cliente, deve dimostrare di non essere responsabile del disservizio. Ebbene per la malasana accade lo stesso. Se il paziente subisce un danno o anche se la cura non sortisce l'effetto sperato, l'ospedale e il medico possono essere chiamati a risponderne.

Lo ha stabilito 15 anni or sono una sentenza pivot (n.589/1999) con la quale la Corte di Cassazione ha sancito

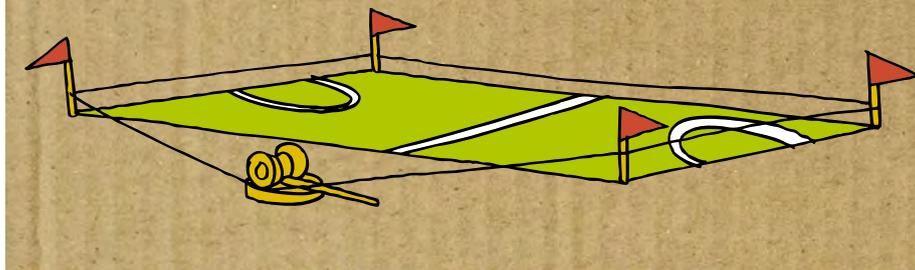
la natura contrattuale della relazione che collega un paziente a una struttura sanitaria innovando profondamente l'interpretazione preesistente. Si tratta di un contratto di natura particolare, definito "da contatto", consistente nel fatto che un paziente, nel momento di rivolgersi al Servizio Sanitario Nazionale, entra necessariamente in relazione con un medico affidandosi alle cure che quest'ultimo "accetta di prestargli". Sarebbe proprio questo, secondo la Suprema Corte, il contenuto implicito di quel contratto che riposa su quell'unico striminzito principio. Una vera manna

per i magistrati che lo devono interpretare e gli avvocati alla ricerca di cause da proporre ai loro clienti.

In precedenza diverse sentenze della stessa Corte di Cassazione (n.1716/79, n.6141/1978, n. 2428/1990, n.2750/1999) avevano sostenuto, in linea con i principali ordinamenti giuridici europei, il principio della cosiddetta responsabilità extracontrattuale del medico. Quello secondo il quale chi causa un danno a qualcuno è tenuto a risarcirlo. È la regola che i giuristi frequentemente chiamano aquiliana, dal nome del tribuno Caio Aquilio che nel terzo



I MAGISTRATI SPOSTANO IL PERIMETRO



secolo AC stabili per la prima volta il precetto del *neminem laedere* ("non offendere nessuno"). Che cambia, si potrebbe dire? Dopotutto se qualcosa non è andato per il verso giusto è normale che il responsabile ne risponda. In realtà la sentenza della Cassazione del 1999 ha cambiato tutto, anche l'oggetto del contendere. La responsabilità "aquiliana" - hanno sostenuto i giudici - sarebbe configurabile "solo nel caso di lesione della salute del paziente conseguente all'attività del sanitario" allorché, "per effetto dell'intervento del sanitario (connotato da colpa), il paziente si trovi in una posizione peggiore rispetto a quella precedente il contatto con il medico. Se, invece, il paziente non realizza il risultato positivo che, secondo le normali tecniche sanitarie, avrebbe dovuto raggiungere (ma, ciononostante, non è "peggiorato"), non sarebbe configurabile una responsabilità aquiliana del medico, per il semplice fatto che egli non ha subito un danno rispetto al-

la situazione qua ante, ma solo non ha raggiunto un risultato positivo (o migliorativo)". Un miglioramento che invece - è la novità introdotta dai magistrati - "gli è dovuto nell'ambito di un rapporto di natura contrattuale". È pur vero che nelle pagine successive della sentenza la Suprema Corte si era preoccupata di attenuare la portata di questa affermazione sostenendo che la responsabilità contrattuale non giungeva al punto da configurare "un obbligo di risultato" ma, implicitamente, non si andava molto lontani visto che allo stesso medico poteva essere comunque rinfacciata una "*culpa in non facendo*" la quale da origine a responsabilità contrattuale". Del resto, nella stessa direzione è andata una successiva pronuncia della Cassazione (n.577/2008) che ha giudicata la distinzione tra "obbligazione di mezzi" e "obbligazione di risultato" "dogmaticamente superata, dal momento che in ogni obbligazione si richiede la compresenza sia del com-

portamento del debitore che del risultato, anche se in proporzione variabile".

In questo approccio indennizzabile è sostanzialmente divenuto non soltanto il danno alla salute ma anche il mancato risultato positivo di una cura. Tutto ciò ha avuto l'effetto di dilatare enormemente la responsabilità di chi presta cure sanitarie. Sotto scrutinio sono rientrati così, almeno potenzialmente, i 500mila "eventi avversi" che si verificano ogni anno negli ospedali italiani e non soltanto le poche migliaia di "eventi sentinella" che, a detta delle autorità sanitarie, potrebbero essere causati da un malfunzionamento del sistema. Non solo. La portata della sentenza del '99 è risultata rafforzata anche dalle conseguenze che l'approccio della Cassazione ha recato con sé. Nel caso di un responsabilità contrattuale (a differenza di quella "aquiliana") i termini di prescrizione si dilatano infatti da 5 a 10 anni. E, fatto ancora più importante, l'onere della prova pas-

sa dal paziente che denuncia il sinistro al medico/struttura sanitaria che si debbono difendere. Con ciò indebolendo fortemente posizione di quest'ultimi nei procedimenti giudiziari. Dimostrare l'assoluta estraneità a eventi dannosi concernenti la salute non è sempre agevole, soprattutto quando molte variabili possono entrare in gioco nel determinare la scarsa performance di un trattamento o di una cura. Nei procedimenti penali la "insufficienza di prove" porta all'assoluzione dell'imputato. Nei contenziosi civili di medical alla condanna del medico chiamato in giudizio.



ARTICOLO 1218 RESPONSABILITÀ DEL DEBITORE

"Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile"

Che accade in pratica

L'assoggettamento della medical a una responsabilità contrattuale può essere fatta valere in sede civile (per il risarcimento del danno) e in sede penale (nei casi più gravi che sostanzialmente implicano la colpa grave o il dolo). Nei processi civili normalmente si applica l'art. 1218 del codice civile sulla "responsabilità del debitore". In aggiunta al procedimento civile il diritto italiano può comportare per il medico l'avvio di processi penali. Simili iter, naturalmente, si attivano per i casi più gravi di malpractice laddove si configura la fattispecie di dolo o colpa grave. Naturalmente anche questo "doppio binario" è d'ostacolo a una veloce soluzione delle controversie poiché implica la duplicazione delle procedure, con un aumento dei tempi e dei costi delle stesse. A tutto questo fa riscontro, come poi vedremo, il numero risibile di condanne penali di medici. Peraltro alcuni lamentano che, con l'azione penale, i costi degli accertamenti sono sostenuti dalla pubblica accusa e poi il privato finisce per avvantaggiarsene utilizzandoli anche in sede civile.

Spetta al creditore-paziente dimostrare il rapporto che lo ha collegato a un intervento sanitario e un'inadempienza del "contratto" astrattamente collegabile a un evento dannoso subito mentre spetta al debitore (medico /struttura sanitaria) dimostrare che il danno è dovuto a una causa estranea. I magistrati lo spie-



La parola

Consenso informato

"L'obbligo di fornire al paziente le precise informazioni relative al trattamento sanitario affinché costui presti il proprio consenso a esso"
(Glossario, ministero della Salute)

gano con un linguaggio involuto che fa capire la difficoltà nell'afferrare, con la lente di una responsabilità "contrattuale", la natura di quella particolare colpa. "Il danneggiato - spiega una pronuncia della Corte di cassazione (n.17143-2012) è tenuto a provare il contratto e ad allegare la difformità della prestazione ricevuta rispetto al modello normalmente realizzato da una condotta improntata alla dovuta diligenza. Mentre al debitore, presunta la colpa, incombe l'onere di provare che l'inesattezza della prestazione dipende da causa a lui non imputabile". Può essere difficile definire, in campo medico, in che consista "l'inesattezza della prestazione"

o la sua "diffimità" rispetto al "modello normalmente realizzato". Soprattutto se manca - è una lacuna parzialmente colmata con il recente decreto "Balduzzi" - il riferimento al rispetto delle best practice della categoria.

"La responsabilità del medico - spiega il giurista Vincenzo Zeno Zencovich - sussiste anche se la prestazione è stata diligente ma manca la prova della causa estranea. Soltanto il rischio "inevitabile" lascia indenne il medico da conseguenze". Un modo per limitare i danni potenziali sui rischi di talune cure o interventi medici è quello di richiedere preventivamente il "consenso informato" ai pazienti, un'autorizzazione che dovrebbe essere estesa anche ai cosiddetti "eventi avversi attesi", connaturati statisticamente a un particolare intervento o terapia medica. "Se manca il consenso informato - sottolinea lo stesso giurista - anche un intervento riuscito è fonte di responsabilità".

E all'estero?

Nella grande maggioranza dei paesi europei la responsabilità medica è regolata dal principio della colpa e non rileva l'approccio contrattuale (Europa continentale) o extra-contrattuale (Gran Bretagna). Zeno Zencovich ha comparato i diversi ordinamenti. In Francia fin dal 1936 (arrêt Mercier) la responsabilità medica è contrattuale e comporta una "obbligazione di mezzi" e non "di risultato". L'onere della pro-



La citazione

Zeno Zencovich
(Giurista)

**“soltanto il rischio
“inevitabile” lascia
indenne il medico
da conseguenze”**

va è articolato nel seguente modo: spetta al medico/struttura dimostrare la diligenza della prestazione e al paziente dimostrare il mancato rispetto delle regole dell'ars medica. L'inversione dell'onere della prova è previsto soltanto in rari casi, ad esempio se le cartelle mediche presentano irregolarità. Anche in Belgio, dove il sistema è simile a quello in vigore in Francia, l'inversione dell'onere della prova è contemplato soltanto in situazioni particolari, in caso di perdita o irregolare tenuta delle cartelle cliniche oppure, ad esempio, quando un intervento non pone scientificamente alcun problema. In Germania la diligenza richiesta al medico deve essere conforme agli standard generalmente riconosciuti nella professione e il loro rispetto è generalmente ragione di esonero da responsabilità. In Gran Bretagna,

dove la responsabilità è extra-contrattuale, si applica il principio della diligenza (duty of care) che è rispettato quando la prestazione medica è conforme all'ars medica. L'onere della prova grava sui pazienti che debbono dimostrare la non conformità della procedura medica seguita.

Le modalità sono differenti ma, come si vede, la sostanza non cambia. Nei casi di malpractice è normalmente il paziente a essere messo in una posizione svantaggiosa perché su di lui incombe l'onere di dimostrare il non corretto comportamento di un medico/struttura sanitaria. Il rispetto o meno degli standard professionali medici in quasi tutti i paesi riduce le possibilità di arbitrio. E limita anche l'utilità del sistema "contrattuale" qualora un medico o una struttura sanitaria prescrivano cure inutili, che ovviamente non sortiscono alcun vantaggio, al solo scopo di poter imporre una maggiore parcella a un paziente. Ebbene in quei casi il mancato rispetto di protocolli di best practice potrebbe ugualmente consentire a un magistrato di perseguire i "colpevoli" anche in base al principio aquiliano.

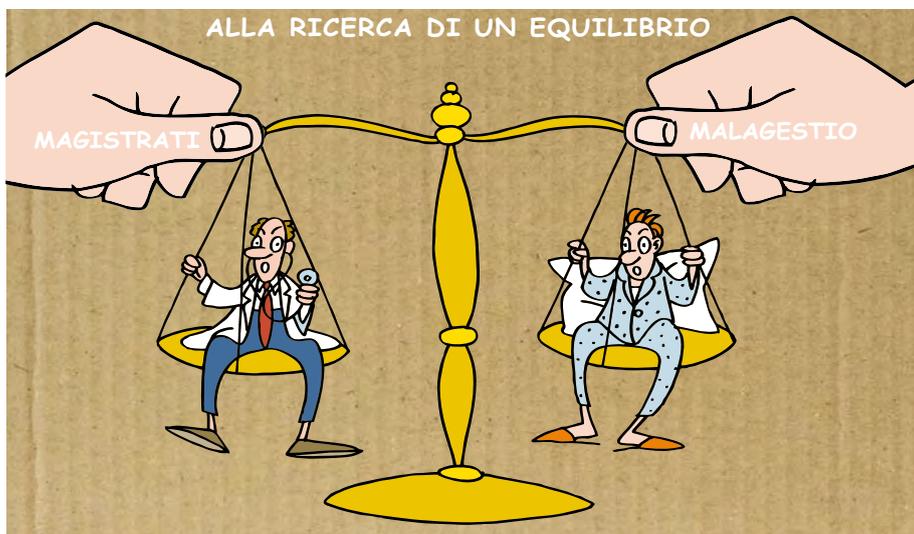
Un'eccezione al contesto europeo è rappresentata dalla Spagna il cui assetto può essere accostato a quello italiano. Anche a Madrid - sottolinea Zeno Zencovich - "non spetta al paziente dimostrare la colpa del medico ma a quest'ultimo provare che il danno non è collegato causalmente alla sua attività".

La **riforma a metà** del decreto Balduzzi

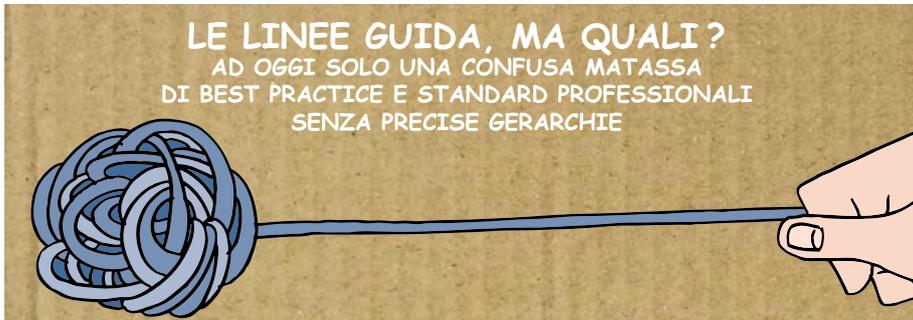
Un medico che si attiene alle linee guida della sua categoria non risponde penalmente per la colpa lieve. Nel tentativo di porre un argine alla continua dilatazione della responsabilità medica operata dalle sentenze della magistratura, il parlamento nel 2012 è intervenuto in questo modo a regolamentare la med-mal.

Lo ha fatto con il decreto firmato dall'allora ministro della Salute Renato Balduzzi che, nelle intenzioni, avrebbe dovuto circoscrivere la responsabilità dei medici, limitare i costi dei risarcimenti e favorire la copertura assicurativa dei sanitari già imposta da una legge precedente (n.148/2011) ma resa difficile dall'incremento dei costi delle

polizze per alcune professioni mediche particolarmente a rischio. Nonostante le lodevoli intenzioni la nuova legge ha finito per rappresentare una soluzione di compromesso che, lasciando aperte molte questioni interpretative, ha incontrato ostacoli tali da renderla sostanzialmente inapplicata a due anni dalla sua approvazione.



LE LINEE GUIDA, MA QUALI ? AD OGGI SOLO UNA CONFUSA MATASSA DI BEST PRACTICE E STANDARD PROFESSIONALI SENZA PRECISE GERARCHIE



Nell'affrontare il tema della malpractice il legislatore ha innanzitutto compiuto la scelta, discutibile, di imporre regole ai medici e non anche alle strutture sanitarie su cui in effetti ricade in gran parte la responsabilità per i casi di malasanità. E che, attualmente, hanno i maggiori problemi nel trovare un assicuratore disposto a farsi carico del loro rischio di responsabilità civile.

Pur con questo limite originario la legge ha comunque introdotto un approccio nuovo. "L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo".

Con questa norma il Parlamento ha introdotto il riferi-

La norma

Articolo 3 del decreto Balduzzi

L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile.

Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo



mento, presente nelle discipline estere della malpractice, "alle buone pratiche" come guida ai comportamenti dei medici. Però mentre in altri paesi il rispetto delle best practice tiene normalmente esenti i medici da qualunque responsabilità, nel decreto Balduzzi questa salvaguardia è circoscritta all'ambito penale e nel caso di colpa lieve. Per giunta

- ha chiosato una successiva sentenza della corte di Cassazione (Cass.pen. 29.1.2013) - vanno prese in considerazione solo le linee guida accreditate dalla comunità scientifica con esclusione di quelle improntate "all'esclusivo soddisfacimento di esigenze di economia gestionale". Affermazione, quest'ultima, che potrebbe risolversi finan-



L'ex ministro della Salute Renato Balduzzi

co in un danno per i pazienti. Poiché non tutte le strutture sanitarie hanno le attrezzature e le disponibilità degli ospedali d'élite potrebbero essere rifiutate cure da parte di chi non può permettersi (per motivi gestionali) i protocolli più avanzati, per evitare successivi giudizi di responsabilità. Con il risultato di lasciare i malati privi di cure. Rimane aperta poi la questione di chi debba redigere le "linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica". Organismi scientifici internazionali, il ministero della Salute, l'Istituto superiore di Sanità, i singoli ospedali o Asl? La legge non lo dice ma per evitare contenziosi sarebbe necessario che qualcuno intervenisse a stabilire quali sono le linee guida "giuste". Nel dicembre 2013 un documento sulla responsabilità professionale medica approvato dalla conferenza delle regioni ha proposto il ricorso a un ente terzo, sul tipo del Nice (National Institute for Health and Care Excellence) britannico, per "la validazio-

ne delle linee guida e delle buone pratiche". Una simile proposta fa capire che attualmente sull'argomento non esiste un chiaro indirizzo. C'è anche chi propone una soluzione dal basso. "La definizione di linee guida e protocolli - spiega Carlo Saitto, direttore generale della Asl RMC di Roma - dovrebbe essere lasciata alla discrezionalità delle singole aziende sanitarie, più in grado di un ente centrale di recepire con rapidità le continue evoluzioni degli standard medici. In mancanza di un indirizzo unico anche l'assicuratore chiamato a stimare il rischio di una copertura per quella specifica Asl dovrebbe attrezzarsi per valutare l'efficacia di simili presidi. In questo rapporto ciascuno sarebbe insomma spinto a svolgere al meglio il proprio lavoro". Nel 2010, in un sondaggio condotto dall'ordine provinciale dei medici di Roma sui costi della medicina difensiva, ai sanitari veniva chiesto se ha erano soliti "seguire e attenersi a eventuali linee guida e/o protocolli o standard". Queste le risposte: il 52,2% rispose "abbastanza" e il 32,3% "molto". Ma una percentuale non trascurabile del 9,9% rispose "poco", il 4,1% "quasi per niente" e l'1,5% mise la sua croce nella casella "mai". Il modo con cui la domanda è stata posta non permette comunque di verificare se procedure standard erano in vigore e non sono state rispettate oppure, semplicemente, non esistevano.



La norma

Risarcimento per fatto illecito

“qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno

(art.2043 del codice civile)

La Balduzzi contiene poi un riferimento all'art. 2043 del codice civile, quello che disciplina nel nostro ordinamento la responsabilità aquiliana ("qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno"). Si tratta di un'indubbia apertura verso il principio giuridico generalmente adottato a livello internazionale per gestire la malpractice medica, di un tentativo di correggere l'impostazione tradizionalmente fatta propria dalla magistratura italiana (quella della responsabilità contrattuale). Ma è stato portato avanti quasi di soppiatto, senza un chiaro indirizzo.

È rimasta, insomma, una riforma a metà che si è subito attirata diversi commenti critici. Il tentativo del legislatore di superare la interpretazione "contrattualistica" delle corti italiane "non può che definirsi maldestro - ha stigmatizzato il giurista Italo Partenza in "Curare, guarire, risarcire", 2013, edizioni Franco Angeli - posto che anche il migliore difensore del medico dipendente ospedaliero incontrerà comunque difficoltà a invocare la natura extracontrattuale della colpa medica sulla scorta di una così approssimativa affermazione che indubbiamente lascia spazio a interpretazioni contrastanti a prescindere dalla sua opportunità in termini di politica legislativa".

In attesa di altri prevedibili contenziosi c'è comunque da ricordare che una sentenza della Corte costituzionale del dicembre 2013 ha respinto come "manifestamente infondata" la richiesta di giudicare anticostituzionale l'art.3 del decreto Balduzzi che è dunque uscito rafforzato (pur con tutte le sue ambiguità) dalla prova dell'Alta Corte.

E, poiché il riferimento all'articolo 2043 appare circoscritto a un ambito penale - è uno dei tanti dubbi giuridici della nuova normativa - non manca chi ha sostenuto che quantomeno i casi in cui il giudizio civile viene riassunto nello stesso procedimento penale la responsabilità aquiliana dovrebbe prevalere su quella contrattuale.

Le coperture dei medici alla prova della legge

Un obiettivo dichiarato del decreto Balduzzi è stato anche quello di favorire la stipula di polizze assicurative dei medici su cui appunto incombe un obbligo di copertura a partire dall'agosto del 2014. E dal quale, come già s'è detto, sono stati esonerati i medici del SSN. È un problema che assilla soprattutto quelle discipline mediche (ginecologia, ortopedia, chirurgia estetica) particolarmente a rischio e per le quali il costo di un contratto assicurativo può raggiungere importi significativi. Al riguardo il decreto ha istituito un fondo cui potranno rivolgersi i medici che sul mercato hanno difficoltà a trovare coperture assicurative. Il fondo sarà finanziato "dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta" e da un contributo da parte delle compagnie operanti nel ramo della responsabilità civile medica, in misura non superiore al 4% dei premi del ramo incassati nell'anno precedente. La "Balduzzi" ha introdotto anche una sorta di bonus-malus disponendo che le polizze sottoscritte con il nuovo fondo prevedano, alla scadenza, una variazione in aumento o diminuzione di premio versato in relazione al verificarsi o meno dei sinistri. L'eventuale disdetta dovrà comunque essere subordinata "alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva".

Funzionerà?

I medici impiegati nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale normalmente rispondono soltanto per i casi di colpa grave o dolo (quest'ultimo non assicurabile) quando si verifica un episodio di malasanità. In prima battuta intervengono le loro strutture sanitarie su cui grava la maggior parte dei risarcimenti. E che devono fornire contrattualmente ai propri dipendenti "adeguata copertura assicurativa". Laddove non provvedano le stesse Asl i sanitari possono trovare sul mercato le polizze di copertura della colpa grave a prezzi mediamente accessibili. Non sono dunque quei medici a essere particolarmente interessati al salvagente supplementare rappresentato dal fondo. Il problema riguarda piuttosto i medici non contrattualizzati o precari che lavorano nelle strutture sanitarie ma senza essere inquadrati nelle piante organiche e che spesso non sono coperti dalle polizze delle Asl. E poi, naturalmente, c'è la platea dei professionisti privati delle categorie più a rischio. A proposito del fondo previsto dal decreto Balduzzi, infine, va comunque rimarcato che una condotta colposa ripetuta può dar luogo a una disdetta della copertura con conseguente inassicurabilità di un soggetto. Questa è una minaccia divenuta molto concreta all'indomani dell'emanazione del decreto legge sulla "Semplificazione" (giugno 2014) laddove si precisa

che il fondo interverrà “nei limiti della sue risorse”. In quel caso non è chiaro che cosa possa accadere, se ad esempio quel medico rischia la sospensione o la cancellazione (per incapacità) dall'albo della professione. La legge, al riguardo, non stabilisce neppure un obbligo di pubblicità preventiva dei track record dei medici a protezione dei pazienti.

Le tabelle del danno biologico

Allo scopo di contenere la spesa dei risarcimenti, ma soprattutto di dare certezze a chi dovrà risarcirli, il decreto

ha poi stabilito di assoggettare gli indennizzi per la medesima alle medesime tabelle già previste dal codice delle assicurazioni per i sinistri della Rc auto. È quest'ultima una lunga pratica ancora aperta, a otto anni dall'entrata in vigore dello stesso codice. La tavola dei nuovi risarcimenti del cosiddetto danno biologico (cioè il danno alla salute subito in seguito a un sinistro) sono contenute in una bozza di decreto del ministero della Salute che ha già passato il vaglio di molti ministeri, dell'esame del Consiglio di stato e a più riprese è stata sul punto di essere definitivamente va-

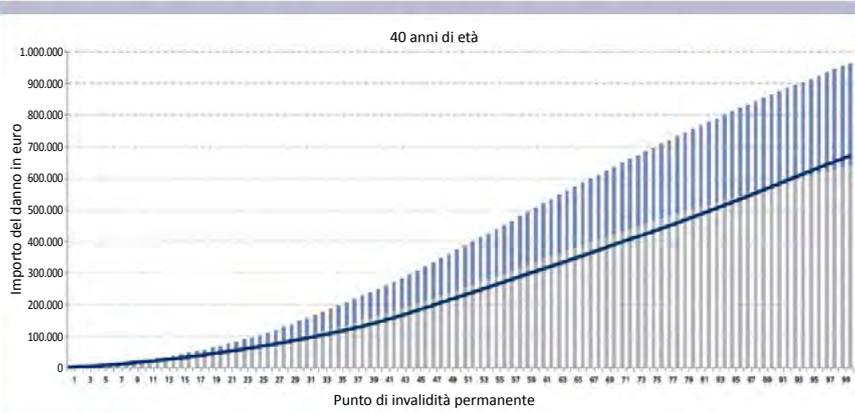
rata dal Consiglio dei ministri. Il perché di una simile odissea è presto detto. I nuovi criteri armonizzano una materia che finora è stata disciplinata in piena libertà dai tribunali chiamati a pronunciarsi sulle singole denunce dei danneggiati. È un'autonomia gestita in malo modo, con sentenze a getto continuo - ben 201 massime della Cassazione nel periodo 2001-2011 relative alla malasanità rispetto alle 143 dei sessanta anni precedenti - spesso discordanti l'una con l'altra entro un ridotto lasso di tempo. Ne è scaturito un sistema che sembra costruito su un atipico modello

DANNO BIOLOGICO

CON IL DECRETO IN DISCUSSIONE LIEVE CORREZIONE DEGLI ATTUALI RISARCIMENTI

Confronto fra risarcimento del danno Tribunale di Milano e DPR per un danneggiato di 40 anni di età

- Importo diverso dal danno biologico (danno morale) incluso nel totale del danno patrimoniale - Tribunale di Milano - gennaio 2013
- Importo danno biologico - Tribunale di Milano - gennaio 2013
- Importo danno biologico DPR - Nel caso di approvazione del DPR, liquidato sulla base della valutazione del giudice¹



(1) i valori dei DPR sono stati rivalutati con l'indice tendenziale ISTAT FOI denza tabacchi al febbraio 2013

Fonte: Ania

di common law in un paese, l'Italia, disciplinato invece dalla civil law. Atipico perché nei paesi anglosassoni caratterizzati dalla common law le pronunce dei tribunali sono normalmente stabili nel tempo e soltanto per motivi eccezionali e ben documentati le corti si discostano da orientamenti presi in precedenza. L'effetto pratico di questa "malagiustizia", si potrebbe dire, è il continuo incremento dei risarcimenti pagati in prima battuta dalle compagnie assicurative ma, a ben vedere, dagli stessi assicurati (i medici) per effetto dell'incremento dei premi assicurativi indotto dall'aumento dei costi. Le tabelle sul danno biologico maggiormente utilizzate sono quelle redatte dal tribunale di Milano (l'ultimo aggiornamento risale al marzo del 2013) ma diverse sedi giudiziarie utilizzano criteri risarcitori differenti, più o meno onerosi.

A guadagnare da questa situazione così caotica sono soprattutto avvocati e studi di infortunistica che lucrano sul maggiore giro d'affari indotto da un simile modo di fare. L'opposizione di tutti questi interessi spiega il perché, a distanza di otto anni, le tabelle ministeriali debbono ancora vedere la luce. Le ricorrenti campagne contro la loro emanazione puntano il dito contro la eccessiva riduzione degli indennizzi che i nuovi criteri risarcitori porterebbero con sé. Ma tutto ciò è smentito dagli studi, di diversa fonte, condotti sull'argomento

La parola

Common Law

Per common law si intende un modello di ordinamento giuridico, di origine anglosassone, basato sui precedenti giurisprudenziali più che su codici o, in generale, leggi e altri atti normativi di organi politici, come invece nei sistemi di civil law. È un sistema nativo della Gran Bretagna, e successivamente diffusosi in tutti i paesi anglofoni (wikipedia)

Civil Law

Il civil law, in italiano anche diritto continentale, è un modello di ordinamento giuridico derivante dal diritto romano, in questi sistemi il giudice deve attenersi, per quanto possibile, alla lettera della legge (wikipedia)



Naturalmente il danno biologico è soltanto una componente dei risarcimenti. Spese mediche sostenute dal danneggiato, danno patrimoniale (permanente o temporaneo) e talvolta, a discrezione delle corti, il cosiddetto danno morale sono le altre voci dei risarcimenti. Quando si arriva alla somma finale non sono infrequenti pagamenti a sei zeri.

Decreto Balduzzi, in arrivo il regolamento ministeriale

Fin qui i contenuti del decreto Balduzzi. Una bozza di regolamento pubblicata su alcune

riviste specializzate sembrerebbe chiarire alcuni aspetti applicativi dell'istituendo fondo così come richiesto dalla legge. L'accesso alla nuova cassa dovrebbe essere consentito agli esercenti le professioni sanitarie che in base al reddito non sono in grado di sostenere i costi per stipulare idonea copertura assicurativa ovvero che sono rifiutati dal mercato assicurativo. Al fine di agevolare l'ingresso dei professionisti al mercato del lavoro l'accesso al Fondo dovrebbe essere assicurato con priorità

TUTTE LE VOCI DEI RISARCIMENTI



ai professionisti più giovani”. Insomma sembrerebbe che medici agiati e celebri non potranno utilizzare la nuova opportunità che invece sarà preferibilmente accordata a beneficio dei medici più giovani. L'iscrizione al fondo dovrebbe comportare il pagamento di uno specifico contributo da parte dei sanitari iscritti, somma che, nei fatti, si aggiungerà al pagamento della polizza di r.c. professionale. Il fondo sarà gestito dalla Consap, l'ente pubblico per l'erogazione dei servizi assicurativi pubblici (vi fa capo ad esempio il fondo per le Vittime della strada). Il nuovo organismo non sottoscriverà direttamente le polizze di copertura. Sarà piuttosto un facilitatore con il compito – prevede la bozza

di regolamento - di garantire l'accesso alla copertura assicurativa, attraverso l'individuazione di idonea polizza qualora un medico abbia ricevuto nel mercato privato tre rifiuti a sottoscrivere coperture. In pratica sembrerebbe che il Fondo provvederà al rimborso all'assicurato dell'integrazione del premio versato nei limiti e nei termini definiti da un Comitato. del fondo La bozza di regolamento ministeriale stabilisce poi il contenuto tipo delle polizze di med-mal che dovrebbero avere un massimale minimo di 1 milione per ciascun sinistro e per ciascun anno, “fatta salva la possibilità di reintegrare il massimale secondo le condizioni previste dal contratto”. I sinistri oggetto della copertura, per

essere indennizzati, dovranno essere avvenuti entro il periodo di copertura indicato nelle polizze. Per le denunce presentate per la prima volta all'assicurato e denunciate all'assicuratore entro il periodo di validità del contratto stesso, la copertura dovrà prevedere un periodo di retroattività esteso dalla data di approvazione del Dpr che ha reso obbligatoria la copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità civile per i professionisti con il limite massimo di dieci anni, e di ultrattività estesa almeno a dieci anni in caso di cessazione attività. In questo modo i sanitari saranno maggiormente messi al riparo, progressivamente, dagli effetti dell'ampio periodo di prescrizione previsto in materia.

“A ogni scadenza contrattuale - stabilisce ancora la bozza ministeriale - deve essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di

tariffa in vigore all'atto dell'eventuale nuova stipulazione, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale. Le variazioni del

premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso.

PRESCRIZIONE DEL DANNO A GEOMETRIA VARIABILE

Indipendentemente da momento in cui il danno è avvenuto, ciò che importa è il momento in cui il paziente se ne è accorto. È questa la regola generale che si applica nel far decorrere i tempi della prescrizione decennale. Supponiamo che nel corso di un intervento chirurgico svolto nel dicembre del **2012** un chirurgo abbia lasciato per errore una pinza nell'addome di un paziente e questi se ne sia accorto nel gennaio del **2014** in occasione di esami di routine. Ebbene in quel momento è partito il timer della prescrizione e quel paziente avrà tempo fino al **2024** per poter richiedere un risarcimento. In caso di processo scatteranno poi gli specifici periodi di prescrizione contemplati dall'ordinamento giudiziario. In caso di sentenza avversa con il pagamento del risarcimento da parte dell'ospedale c'è infine da considerare i tempi di prescrizione in vigore nei procedimenti per il recupero del danno erariale da parte della Corte dei Conti. Per un periodo così

lungo un medico è dunque esposto a un rischio significativo. In che modo una polizza lo può mitigare? I contratti assicurativi, coprono normalmente i sinistri avvenuti e denunciati nel corso della vigenza del contratto (secondo la regola claim made, in uso nel mondo delle polizze). Di norma, però, prevedono una copertura più ampia allargata anche a eventi avvenuti prima della sottoscrizione della polizza, indicata nelle norme contrattuali. E non mancano casi di contratti con retroattività illimitata (ma non per le specializzazioni rischiose). Nel caso della r.c. medica, secondo quanto stabilito dal decreto Balduzzi, l'assicuratore pagherà risarcimenti per casi di malpractice accaduti almeno dal 6 agosto 2012. Tornando all'esempio precedente se un medico avesse stipulato una polizza triennale per il periodo 2013-2015 la compagnia avrebbe pagato quel sinistro anche se avvenuto al di fuori della vigenza contrattuale



medici e avvocati in guerra: il continuo aumento delle liti

La guerra è in pieno corso e si combatte senza esclusione di colpi, e anche di spot. Nella primi mesi del 2014 ha fatto scalpore sul web il video di Amami (“Associazione dei medici accusati ingiustamente”) con in primo piano la testa rapace di un avvoltoio a simboleggiare l’aggressione contro i professionisti della sanità portata avanti nei tribunali da avvocati e uffici di infortunistica. Veri predatori, a giudizio dei sanitari. Il video era la risposta polemica a un messaggio pubblicitario di “Obiettivo risarcimento” un portale di tutela dei pazienti colpiti da malasanità, nel quale si invitavano le vittime,

con tanto di megafono, a sfruttare in pieno i dieci anni del periodo di prescrizione per far valere i propri diritti in un tribunale.

Tra i due litiganti ci sono loro, i pazienti, che sopportano le conseguenze spesso inaccettabili della malasanità e che, rispetto al passato, sono molto più informati e sempre meno disposti a subire in silenzio la malcondotta altrui. E come dar loro torto, a leggere i tanti fatti di cronaca periodicamente riferiti dai giornali su trascuratezze e negligenze di cui i medici si rendono responsabili?

“Ogni anno sono 30mila le denunce contro i medici in Italia e solo uno su cento ri-

sulta colpevole” ha minimizzato nel febbraio 2014 Maurizio Maggiorotti, presidente di Amami nel corso di un convegno. E, intervenendo allo stesso dibattito Fabio De Giorgio (Università Cattolica del Sacro Cuore) ha aggiunto: “Solo a Roma negli ultimi dieci anni sono stati 3000 i procedimenti penali per presunti casi di malasanità, che coinvolgono nel complesso circa 2000 tra medici e personale sanitario, concludendosi però solo nell’1% dei casi con la condanna”.

A dispetto di una litigiosità in continua crescita il 77,9% delle richieste di risarcimento - segnala ultimo rapporto di Marsh sulla malpractice me-

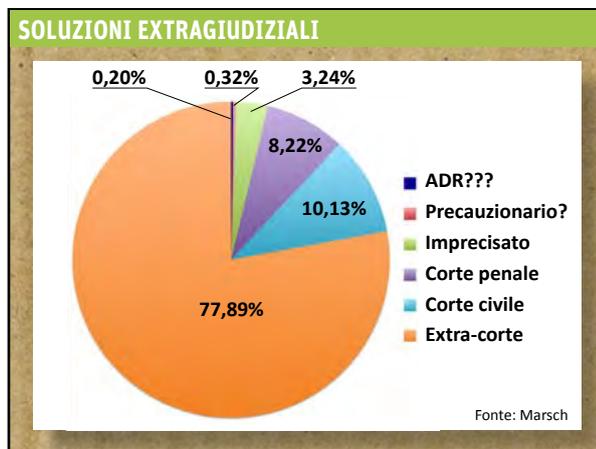
BOTTA E RISPOSTA TRA AVVOCATI E MEDICI A COLPI DI SPOT



dica (2013) - si risolve in via stragiudiziale. Il 10,13% da luogo a cause civili e soltanto nell'8,22% i contenziosi vengono portati di fronte a un giudice penale. Le conclusioni trovano una conferma anche nel report di Aon sullo stato del rischio clinico in Lombardia. Del gran numero di sinistri censiti nel periodo 1999-2012 - sono 29.500 in tutto - soltanto 1501 sono stati i procedimenti aperti in sede penale rilevati attraverso polizze che prevedevano la copertura delle spese legali.

I difficili rapporti tra ospedali e Corte dei Conti

Un aspetto particolarmente delicato nella malpractice medica sono i rapporti tra medici, ospedali e Corte dei Conti. Se vi è stato un errore medico e il paziente è stato risarcito si pone il problema di un danno erariale da rifondere allo stato da parte di quel sanitario. Le rivalse sono promosse direttamente dalle strutture sanitarie ma il compito di attivare i procedimenti e di incassare il dovuto spetta alla Corte dei Conti. Come in un gioco del domino l'onere dei sinistri, sostenuto in prima battuta da ospedali, finirebbe pertanto per abbattersi sulle spalle dei medici giudicati responsabili di quegli eventi avversi con conseguenze disastrose sulle loro finanze e sulla loro carriera professionale. Certo sarebbe un gioco del domino al rallentatore poiché, prima che quella minaccia si possa



concretizzare, il paziente dovrebbe prima avanzare una domanda di risarcimento e il suo iter concludersi con il pagamento del danno. Un tragitto che - abbiamo visto - può durare molti anni. Alla fine però arriverebbe il momento del *redde rationem*.

In realtà non accade così. Se la copertura del rischio di responsabilità civile è fornita da una polizza assicurativa alle strutture sanitarie pubbliche il tema è poco rilevante. Poiché il sinistro viene pagato dall'assicuratore non si configura un danno erariale a carico dallo stato. Inoltre il medico è chiamato direttamente in causa dai magistrati contabili non per sanare tutti i suoi errori ma soltanto quelli in cui si configura una colpa grave. E la Corte dei Conti finora ha agito con la mano leggera. "La nostra giurisprudenza in materia è piuttosto benevola", ha osservato Guido Carlino,

procuratore regionale per la Sicilia della Corte dei conti, in un'audizione parlamentare svolta nel 2012. "Perché si configuri la colpa grave non basta un comportamento non perfettamente corrispondente alle regole della scienza e dell'esperienza, ma occorre anche che il soggetto agente abbia avuto la possibilità quasi di prevedere e di prevenire l'evento. Occorre proprio un'inescusabile approssimazione nello svolgimento dell'attività professionale. In mancanza di questa non si configura danno erariale". Non solo. Il medico rimane esente anche quando si è in presenza - ha spiegato ancora Carlino - di una "colpa d'apparato. Essa sussiste quando l'amministrazione, per esempio, ha omissso di predisporre gli opportuni mezzi affinché il sanitario potesse svolgere nel miglior modo le sue attività". C'è infine un fatto pratico. Perché i

magistrati contabili possano intervenire è necessario che siano informati dei fatti. Raramente accade. Nel corso della sua audizione parlamentare Carlino non ha mancato di sottolineare il “rilevantissimo” il fenomeno delle omissioni di denuncia di danno erariale alla Corte dei Conti da parte delle strutture sanitarie. Queste insomma sarebbero più sensibili alle esigenze patrimoniali dei propri medici che a quelle del pubblico erario. E informerebbero i magistrati soltanto con il contagocce.

Sconfortanti conclusioni dell'indagine dell'Agenas

Più di recente con l'indagine condotta nel 2013 da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali), è giunta una conferma sulla mancanza di una comunicazione strutturata tra regioni e Corte dei Conti sui modelli di gestione dei sinistri. Ebbene soltanto Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta risultano aver preso provvedimenti per regolare le modalità di segnalazione alle sezioni regionali della Corte dei Conti dei sinistri con esborso a loro carico. Per le altre “non sono stati adottati provvedimenti al riguardo o sono stati messi a punto ma non ancora

perfezionati”. Nel frattempo il quadro di riferimento sta cambiando. Come verrà meglio chiarito nei successivi capitoli l'abbandono della malpractice da parte delle imprese di assicurazione con il progressivo affermarsi di un modello di autoassicurazione (totale o parziale) in capo alle regioni amplia il perimetro dei potenziali danni erariali da gestire con l'obbligo di recuperare i risarcimenti effettuati ai pazienti e questo perché non c'è più un assicuratore e assorbire i potenziali danni erariali.

In questo contesto le regioni mostrano un maggiore attivi-

RAPPORTI DIFFICILI TRA REGIONI E CORTE DEI CONTI

regione	Provvedimenti per segnalare alla Corte dei Conti dei sinistri	Richieste di documentazione da parte della Corte dei Conti	Aumento richieste negli ultimi 5 anni
Abruzzi	NO	NO	NO
Basilicata	SI	SI	-
Bolzano	NO	NO	NO
Calabria	NO	NO	-
Campania	-	-	-
Emilia Romagna	NO	SI	SI
Friuli Venezia Giulia	NO	SI	NO
Lazio	NO	NO	NO
Liguria	-	-	-
Lombardia	SI	SI	SI
Marche	-	-	-
Molise	NO	NO	NO
Piemonte	SI	SI	SI
Puglia	NO	-	-
Sardegna	NO	-	-
Sicilia	NO	NO	NO
Toscana	NO	SI	SI
Trento	NO	SI	SI
Umbria	NO	SI	SI
Valle d'Aosta	SI	SI	SI
Veneto	NO	NO	NO

Fonte: Agenas

simo. Ad esempio in Lombardia le segnalazioni ai magistrati contabili sono passate dagli otto casi del 2008 ai 41 del 2012 e ai 90 del 2012. E anche la Corte dei Conti si è fatta più intraprendente. Dalla medesima indagine dell'Agenas risulta che in otto regioni i magistrati hanno avanzato richieste di documentazione, che in sette questa attività è "notevolmente aumentata" negli ultimi cinque anni e, infine, che in otto regioni la Corte dei Conti ha promosso procedimenti di malpractice negli ultimi cinque anni. Tutto ciò sta delineando uno scenario più preoccupante a carico dei medici e c'è chi prefigura un futuro ancora più cupo. "Se infatti possiamo ragionevolmente presumere che 12mila così di contenziosi coinvolgono approssimativamente 15/20mila persone - osservò a fine 2013 l'allora presidente di Agenas Giovanni Bissoni - potremmo rischiare nel giro di qualche anno di mettere in mora tutti i professionisti coinvolti in questo percorso, migliaia di persone che ne subiscono gli effetti anche senza il presupposto della colpa grave o dolo".

Medicina difensiva per ridurre i rischi

La risposta dei medici ai rischi di malpractice è la medicina difensiva. Nel timore di dover essere portati in tribunale per pratiche considerate scorrette i sanitari, in pratica, prescrivono più medicine e analisi di quelle di cui un pa-

ziente avrebbe bisogno, consigliano inutili o addirittura dannose per lo stesso motivo e talvolta rifiutano le cure se un paziente è considerato "a rischio di lite".

All'ultimo congresso annuale delle Società italiana di radiologia medica (sirm), nel maggio 2014, si è parlato di esami che non servono. L'Italia è uno dei paesi al mondo dove si fanno più risonanze magnetiche: circa 9 milioni l'anno. Secondo molti medici almeno della metà si potrebbe fare tranquillamente a meno. "Le denunce sono in aumento - ha spiegato al giornale "La Repubblica" il radiologo Corrado Bibbolino - in tanti campano su quello che facciamo noi, sul minimo errore". Un esempio di medicina difensiva? "Guardi, poco fa ho visto una donna dopo un esame al seno. C'era un piccolo dubbio riguardo a una formazione mammaria e io ho chiesto comunque di fare l'ago aspirato. Qualche anno fa le avrei proposto di ripassare tra sei mesi per ripetere l'accertamento. Ma oggi in giro per l'Italia ci sono società che fanno pubblicità su tutti i muri proponendo ai cittadini di assisterli nelle cause contro i medici".

Benchè palpabile e riscontrabile nelle affermazioni degli stessi interessati la medicina difensiva è difficilmente quantificabile. O meglio. Nei convegni, nelle interviste e nelle indagini parlamentari tutti indicano tra i 10 e i 13 mi-



La parola

Medicina difensiva

“La medicina difensiva si verifica quando i medici ordinano test, procedure e visite, oppure evitano pazienti o procedure ad alto rischio, principalmente (ma non necessariamente) per ridurre la loro esposizione a un giudizio di responsabilità per malpractice. Quando i medici prescrivono extra test o procedure per ridurre la loro esposizione a un giudizio di responsabilità per malpractice, essi praticano una medicina difensiva positiva. Quando essi evitano certi pazienti o procedure, essi praticano una medicina difensiva negativa”
(OTA, Office of Technology assessment, USA)

liardi l'anno l'ammontare del fenomeno. Ma gli studi veri e proprio sono pochi. Quello a cui normalmente si fa maggiormente riferimento è stato condotto nel 2010, a livello nazionale, dall'Ordine dei medici di Roma utilizzando un campione di 2783 sanitari (odontoiatri esclusi). I risultati sono allarmanti:

Farmaci: circa il 53% dei medici dichiara di prescrivere farmaci per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni sono il 13% circa del totale. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici molto giovani, quelli di assistenza primaria, in chirurgia, ostetricia-ginecologia, ortopedia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Visite specialistiche: il 73% e oltre dei medici dichiara di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali

prescrizioni costituiscono il 21% di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici fino a 44 anni d'età, in assistenza primaria, medici ospedalieri, in medicina interna, in nefrologia-urologia, neurologia e neurochirurgia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina di urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Esami di laboratorio: circa il 71% dei medici dichiara di prescrivere esami di laboratorio per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono il 21% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici ospedalieri pubblici, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Esami strumentali: circa il 75,6% dei medici dichiara di prescrivere esami strumentali per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni rappresentano il 22,6 % circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici ospedalieri, in assistenza primaria, chirurgia, medicina interna, nefrologia-urologia, ortopedia, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole. Esiste qualche variazione se si guardano gli esami strumentali uno per uno.

Ricoveri: circa il 49,9% dei medici dichiara di prescrivere ricoveri per ragioni di medicina difensiva e, mediamente, tali prescrizioni costituiscono l'11% circa di tutte le prescrizioni. Il fenomeno è leggermente più accentuato presso i medici giovani, i medici di ospedale pubblico, in cardio-

UNIVERSITÀ DEL MICHIGAN: AMMETTERE GLI ERRORI COSTA DI MENO

In fondo è ancora una volta un problema di asimmetrie informative. Il fatto che i medici ammettano con franchezza i propri errori e si sforzano per rimediarli induce i malati a credere nella buona fede dei sanitari, sul fatto che non gli stiano nascondendo nulla, e li tiene lontani dai tribunali. È l'insegnamento che giunge dal sistema sanitario dell'università americana del Michigan (Umhs) che nel 2002 adottò una nuova policy in materia di medical malpractice superando l'approccio del "nega e difenditi". La nuova regola è divenuta quella del "scusati, capisci

quando sei in errore, spiega e difenditi vigorosamente quando hai ragione guardando ai tribunali solo come ultima risorsa". Il metodo di una franca ammissione di colpa, quando necessario, sembra aver funzionato. Nel periodo 2001-2007 gli ospedali che fanno capo all'università di Michigan hanno sperimentato una riduzione del contenzioso tra il 27 ed il 65%, i tempi di gestione delle richieste di risarcimento sono stati tagliati in media da 20 a 8 mesi e le riserve assicurative si sono ridotte di due terzi.

I COSTI DELLA MEDICINA DIFENSIVA

Incidenza economica della medicina difensiva praticata da tutti i medici (pubblici e privati) sulla spesa totale

Beni e servizi	n. medici che praticano la medicina difensiva	in % sul totale medici	incidenza spesa medicina difensiva su spesa totale (in %)
Farmaci	145.319	53,8	3,7
Visite	201.299	73	2,4
Laboratori	193.536	71,6	0,8
Esami	208.583	75,6	0,8
Ricoveri	138.622	49,9	3,2
totale			10,9

Fonte: Ordine provinciale di Roma dei medici chirurghi e degli odontoiatri

logia, chirurgia, medicina interna, ostetricia-ginecologia e medicina d'urgenza, residenti nelle regioni del sud e delle isole.

Nel complesso, il costo di simili pratiche sul Servizio Sanitario Nazionale è stato valutato in 13 miliardi di euro l'anno, pari all'11,8% della spesa sanitaria totale (pubblica e privata). Lo studio, come gli altri realizzati finora sul fenomeno, appare tuttavia viziato da un elemento, per così dire, psicologico. Le domande sono tutte del tipo: "nell'esercizio della tua pratica clinica con che frequenza ti è capitato di prescrivere farmaci o fare ricette in misura superiore a quella che ritenevi necessaria solo per non correre il rischio di un esposto?". Oppure: "con quale frequenza ti è capitato di escludere o non trattare pazienti a rischio oltre le

normali regole di prudenza?". Come si vede manca un elemento oggettivo con il quale confrontare i comportamenti, tutto è affidato a un'autonoma e soggettiva valutazione dei medici. Qui si può toccare con mano la mancanza di vere linee guida a cui riferirsi o almeno a una gerarchia di standard professionali che orientino i medici nella loro prassi. Non mancano anche aspetti contraddittori. Dalle risposte ai questionari si evince che l'85% degli intervistati segue "molto" o "abbastanza" "eventuali linee guida e/o protocolli o standard". Ma sono le stesse persone che, nel 73% dei casi, dichiarano di prescrivere visite specialistiche per ragioni di medicina difensiva. Qualcosa non funziona. O l'adesione alle best practice non è così diffusa o il gran numero di visite specialistiche

rientrano a pieno titolo negli standard. O infine - è forse la vera ragione - quelle regole di condotta non sono così chiare o cogenti.

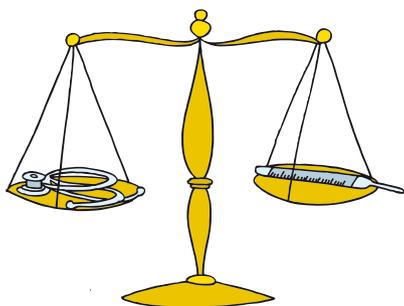
La medicina "giudiziaria"

In verità prassi operative esistono ma talvolta non sono dettate dalla professione medica. "A volte la giurisprudenza tende a imporre comportamenti che avrebbero consentito di neutralizzare interamente il rischio o comunque di controllarlo in termini pressoché assoluti, benché del tutto difformi rispetto alla prassi consolidata". (Fondazione Istud, studio sull'impatto della medicina difensiva 2012). Qui si fa strada un'interpretazione che, di nuovo, ripropone la responsabilità dei magistrati in quanto sta avvenendo nella malpratica medica italiana. I veri

standard, le vere linee guida che i sanitari sono indotti a seguire nel loro lavoro appaiono quelle dettate dalle corti quando condannano o mandano assolto un sanitario. Invece di medicina difensiva sarebbe dunque meglio chiamarla con il suo vero nome. Quello, sgradevole, di "medicina giudiziaria".

"Si alimenta un circolo vizioso", ha rimarcato il giurista Ombretta Di Giovine ("La responsabilità medica" - Giuffrè editore (2013)). "Una volta assunta la colpa nella sua dimensione normativa (fondata sull'osservanza di prassi piuttosto che su fattori di tipo psicologico legati alla riconoscibilità del pericolo in concreto) il manca-

to adeguamento agli standard di medicina difensiva potrà essere considerato dal giudice indice della responsabilità del sanitario". La conclusione è sconsolata. "Non è quindi affatto fantasiosa l'immagine di una spirale infinita la quale conduca a sempre crescenti innalzamenti delle pseudo-cautele doverose".



La grande **fuga** degli **assicuratori italiani**

È stata una bomba a scoppio ritardato. L'emergenza della malpractice, considerata dal punto di vista degli assicuratori, non si è scatenata all'improvviso per una causa imprevedibile. Non come un terremoto o un'inondazione. Si è prodotta piuttosto nel corso del tempo per ragioni ben conosciute ma che, non gestite, l'hanno resa ingovernabile. Le ragioni sono quelle di cui si è parlato nei precedenti capitoli: dilatazione del concetto di mad-mal operata dai tribunali che, negli anni, hanno inoltre continuamente incrementato il valore dei risarcimenti, scarsa prevenzione o risk management da parte degli ospedali, incremento esponenziale delle liti e crescente attivismo di strutture di infortunistica e legali. È stata una miscela esplosiva che ha continuamente incrementato nel tempo il costo dei risarcimenti e quando il conto è arrivato agli uffici sinistri delle compagnie imponendo vistosi ritocchi alle riserve assicurative costituite originariamente, le imprese sono corse ai ripari chiudendo le saracinesche a nuovi contratti.

Va subito precisato che la carenza dell'offerta assicurativa riguarda soprattutto la cosiddetta r.c. sanitaria, cioè la copertura della responsabilità civile per le strutture ospedaliere mentre le polizze di protezione dei medici (r.c. medica) sono normalmente reperibili senza particolari problemi. Le protezioni, in quest'ultimo caso, sono più circoscritte, riguardano quasi sempre l'eventualità di una colpa grave da parte del personale sanitario. Certamente per le professioni mediche più a rischio e quelle che si svolgono al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale i premi possono raggiungere importi elevati. Ma le polizze si trovano.

Le difficoltà si concentrano quasi per intero sulle strutture ospedaliere verso le quali, in prima battuta, si concentrano le richieste di risarcimenti. Soprattutto negli ultimi 4-5 anni le compagnie italiane hanno abbandonato il mercato, una dopo l'altra.

La "cacofonia risarcitoria"

A spaventare gli assicuratori non è stato soltanto il rapido incremento dei



costi ma, soprattutto la crescente complessità tecnica nel definire il giusto premio. Perché un rischio sia assicurabile è necessario poterlo stimare, cioè prevederne con buona approssimazione l'entità e la frequenza. È la regola base del mercato assicurativo che, nel caso della malpractice medica, è stato sempre più difficile poter rispettare a causa delle tante variabili che hanno reso sempre più incerta la valutazione dei rischi. L'iter dei sinistri nella malasanità può durare molti anni, anche per effetto della lunghezza dei processi che nei casi più gravi e controversi sono associati alle richieste di risarcimento. Ma i premi vengono pagati in anticipo. È pertanto necessaria una relativa stabilità nelle pronunce della magistratura (sull'esistenza di un danno da risarcire e sull'entità

del medesimo) che invece è mancata nel recente passato con pronunce che hanno quasi sempre incrementato il perimetro e l'entità dei risarcimenti. Per giunta i giudici non si sono attenuti in tutta Italia ai medesimi criteri con il risultato di creare - hanno osservato nel novembre 2013 le principali compagnie straniere attive nel mercato italiano (Amtrust, QBE e Newline) nel corso di un'audizione parlamentare - una "cacofonia risarcitoria" poiché lo stesso cittadino danneggiato e affetto dalla stessa invalidità si poteva veder riconoscere importi diversi a seconda del tribunale competente.

Come è già stato notato l'incremento dei costi è stato costante, anno dopo anno. Ad esempio per i sinistri protocollati nel 2002 le imprese di assicurazione (vedi tabel-



La parola

Combined ratio
il rapporto tra l'insieme delle spese e i premi incassati. È il principale indicatore gestionale di una compagnia assicurativa del ramo danni

la allegata) avevano stimato mediamente di pagare circa 20.157 euro alla fine dell'anno di protocollazione - attestano i dati dell'Ania - mentre

LA CASSA DEI LLOYDS PAGA PER LA MALPRACTICE ITALIANA

The screenshot shows the 'Insider' website interface. At the top, there's a navigation bar with 'HOME', 'LATEST ISSUE', 'BACK ISSUES', 'RESEARCH & SUPPLEMENTS', 'DOCUMENTS', 'EVENTS', and 'DATA ROOM'. Below this is a search bar and a 'Recent news' section. The main article is titled 'Marketform in fresh cash call as Italian med mal losses continue' and is dated '10 April 2012'. The article text reads: 'For the second time in three years Lloyd's business Marketform has been forced to make a cash call on its members to help it cover the cost of deterioration on its legacy book of Italian public hospital liability'. There are also social media icons for Twitter, LinkedIn, and Facebook.

a quattro anni di distanza la valutazione era già raddoppiata (intorno ai 40mila euro) per poi continuare a crescere e arrivare, a fine 2010, a un costo medio stimato di circa 47.000 euro. È una dinamica che è costata cara alle compagnie, non soltanto quelle italiane.

In dissesto un sindacato dei Lloyd's

L'8 agosto 2012 "The insurance insider", ascoltato magazine di notizie e indiscrezioni sul mercato assicurativo britannico, informava che la cassa centrale dei Lloyd's (il fondo di garanzia del mercato londinese) era dovuta intervenire per coprire le insolvenze subite dall'assicuratore dei Lloyd's Marketform per effetto dei disastrosi effetti della malpractice italiana. Sul piano pratico l'esborso della cassa era limitato a 10 milioni di sterline dei 30 richiesti ai soci di Marketform per ricapitalizzare la società. Ma l'evento era comunque eccezionale. Nei precedenti sei anni il fondo dei Lloyd's era intervenuto soltanto un'altra volta per evitare l'insolvenza di un membro del mercato. Già nel 2011 gli azionisti di Marketform avevano dovuto mettere mano al portafoglio con un'iniezione di cassa di 55 milioni di sterline. Le sue finanze erano infatti esauste dopo le continue perdite causate dagli ospedali italiani. Nel 2009 Marketform aveva riportato perdite per 90 milioni di sterline con

un disastroso combined ratio del 194,3 per cento.

I fallimenti del mercato: il caso Faro

Era una piccola compagnia locale. È divenuta in pochi anni un incubo per molti ospedali e regioni italiane che vi si erano affidati per coprire i rischi di med-mal. E che ora si ritrovano sulle spalle una lunga scia di sinistri (circa 10mila) solo in parte risarcibili da quel che resta della società. L'ascesa e la caduta della Faro come assicuratore della responsabilità civile sanitaria è stata assai rapida, dal 2006 al 2012, quando l'impresa è stata posta in liquidazione straordinaria. E proprio nel giugno del 2014 il commissario Andrea Grosso ha depositato in tribunale lo stato passivo della società con risarcimenti da pagare per 600 milioni ma che potrebbero giungere fino a un miliardo se tutte le richieste dei creditori fossero accolte. Tutto dipenderà dai sinistri in contenzioso (circa 1500) tuttora aperti nelle aule giudiziarie.

La vita della Faro non è mai stata molto tranquilla. Già finita in amministrazione straordinaria, la compagnia tornò in bonis nel 2006 e per circa 35 milioni fu rilevata da Pasquale Melito. Presidente emerito del Consiglio di Stato, una carriera da grand commis alle spalle - è stato tra l'altro capo di gabinetto ai ministeri del Bilancio, della Sanità, delle Finanze - Me-

lito si era già da anni riconvertito nel ruolo di finanziere. E con l'acquisto della Faro divenne assicuratore. L'inizio sembrò promettente con la decisione di potenziare quel ramo, la Rc sanitaria, dove gli ospedali avevano fame di polizze proprio quando i grandi gruppi assicurativi del paese iniziavano a rifiutarle. Il portafoglio premi della società si gonfiò dai 27 milioni del 2002 ai 79 del 2008 per poi raddoppiare in un solo anno ai 164 milioni del 2009, concentrati nel ramo della r.c. generale. Tra i nuovi affari faceva spicco la polizza stipulata con la regione Piemonte per tenere indenni gli ospedali regionali dai rischi della malasanità. Ma le strutture operative della compagnia - rilevò successivamente l'Isvap nelle sue ispezioni - erano del tutto insufficienti a gestire quel business così complesso e che si allargava in continuazione. Arrivarono le prime richieste di risarcimenti e poi la massa dei sinistri divenne esorbitante. Già nel 2010 la compagnia era con l'acqua alla gola e l'Isvap decise il blocco dei beni a carico degli amministratori. Ma non bastò. La situazione era arrivata a un punto di non ritorno e a fine novembre 2011 la società fu messa in liquidazione coatta amministrativa, non prima di un singolare ping pong. Un primo provvedimento di liquidazione, preso nel luglio di quell'anno dal Ministero dello Sviluppo Economico, fu sospeso dal Tar del

Lazo pochi mesi dopo (settembre 2011). Quindi successive pronunce, del Consiglio di Stato e ancora del Tar, ribadirono la decisione iniziale. Quando il commissario liquidatore Andrea Grosso fece il suo ingresso negli uffici della Faro a Genova si trovò a fronteggiare una situazione di reale mala gestione: un "buco" nelle attività di copertura delle riserve per 46 milioni, un patrimonio netto negativo per 11,8 milioni, un'organizzazione fatiscente, una debole struttura dei controlli interni, risorse societarie dissipate in operazioni in conflitto d'interesse (per decine di milioni). E anche una flotta di autovetture di lusso, tra le quali una Maserati, che Grosso si affrettò a vendere per fare cassa.

Melito fu anche colpito da una sanzione dell'Isvap per 100mila euro per aver avviato l'acquisto di un immobile contravvenendo al divieto di blocco dei beni disposto dall'authority di controllo. Iniziò la meticolosa valutazione dello stato passivo della Faro che si è appunto conclusa nel giugno del 2014 con il deposito in tribunale dell'elenco dei creditori. A mitigare una così ampia esposizione vi sono contratti in coassicurazione (ad esempio quello con la regione Piemonte sottoscritto anche dai Lloyd's) e i trattati riassicurativi che coprono una quota significativa del portafoglio. Difficilmente però, gli ospedali che si erano assicurati con la Fa-

PASSAPORTO EUROPEO DELLE POLIZZE

Le direttive europee, volte a creare un unico mercato europeo dei servizi assicurativi, hanno introdotto una sorta di "passaporto" con il quale le compagnie autorizzate in un paese dell'Unione europea possono operare liberamente anche in altri paesi del continente. Due sono le tipologie previste, la libera prestazione di servizi (Lps) e la libertà di stabilimento. La Lps è l'attività esercitata in Italia da una compagnia assicurativa senza disporre di una stabile organizzazione. Al maggio del 2014 l'elenco tenuto dall'Ivass comprendeva 984 soggetti. Questi sono soggetti alla vigilanza dall'authority del paese in cui hanno la sede sociale. Al regulator del Paese "ospitante" è dovuta soltanto una comunicazione. Il principio dello "home country control", cioè della vigilanza del paese d'origine, vale anche per le compagnie presenti in Italia in regime di libertà di stabilimento (97 nel maggio del 2014). In questo caso le compagnie estere hanno una sede secondaria stabile nel paese ospitante con a capo un rappresentante generale.

ro riusciranno a ottenere più del metà dei risarcimenti cui avrebbero avuto diritto.

City Insurance bloccata dal regulator

Il 2 luglio del 2012 l'Isvap (il regulator assicurativo) dispose il divieto di assumere nuovi affari alla compagnia rumena Societatea de Asigurare Reasigurare City Insurance S.A. (in breve, City Insurance), operante in Italia in libera prestazione di servizi. La notizia non colse di sorpresa gli osservatori. Da mesi infatti la stampa si interrogava su chi vi fosse dietro quella compagnia che aveva acquisito in poco tempo un portafoglio ingente di poliz-

ze fideiussorie e di copertura della r.c. sanitaria. Colpiro no invece le motivazioni del provvedimento. City insurance - spiegò l'authority italiana - era caratterizzata da una "una governance solo formale in Romania e una governance sostanziale della società, stabilmente insediata in Italia, e attuata attraverso l'attività di alcuni intermediari." In pratica la società risultava controllata da un azionista italiano, il napoletano Giuseppe De Cristoforo con una quota del 71,5 per cento. E, sempre in Italia si concentrava il 90% degli affari di City con garanzie caratterizzate "da elevati importi assicurati che, se non onorati,



che aveva portato a configurare l'ipotesi di illecito in una gara d'appalto nonché "la segnalazione di soggetti colle-

andrebbero a gravare sul bilancio dell'Amministrazione pubblica". L'Isvap, nel lamentare la mancata collaborazione con il regulator rumeno responsabile per la vigilanza della compagnia (l'Isic, Insurance Supervisory Commission), spiegava di ritenere "necessaria e indifferibile l'adozione di un intervento d'urgenza al fine d'impedire che siano compromessi gli interessi degli assicurati italiani". La questione, tra ricorsi al Tar e giudizio finale del Consiglio di stato (febbraio 2014) si trascinò fino al marzo di quest'anno quando l'lvass (l'authority che nel frattempo ha sostituito l'Isvap come regulator assicurativo) ha ribadito il suo divieto alla compagnia rumena.

Ma che ha fatto di così grave City Insurance per meritare una simile sanzione? La sentenza del Consiglio di Stato elencava una lunga serie di malefatte. Alla data del 30 settembre 2011 erano stati registrati premi per 8,4 milioni di euro non versati nelle casse della società ma rifluiti verso altre destinazioni. Ad esempio per 2,1 milioni risultavano destinati a favore dello stesso Giuseppe De Cri-

stofaro per l'acquisto di un albergo a Ischia e altre somme "convogliate verso una serie di imprese riconducibili al De Cristofaro e/o verso persone fisiche (tra i quali lo stesso De Cristofaro e i suoi figli Marcello e Alessio e altri soggetti), per essere impiegate in operazioni estranee e/o non immediatamente riconducibili all'attività assicurativa". Al luglio 2012, inoltre, City Insurance denunciava un valore del capitale di 3,7 milioni - si legge nella stessa sentenza - a fronte, tra l'altro, di garanzie per aiuti comunitari agli agricoltori prestate per 100 milioni. Lapidario era il giudizio dell'Isvap: "la società non ha un sistema di controllo interno adeguato, esponendosi a un rischio operativo, rischio di liquidità e rischio di credito elevato." Dai verbali dell'autorità di vigilanza risultava anche un profilo fiscale: "emerge la mancata trascrizione nel registro, al 31 marzo 2011, di premi lordi per 9,8 milioni relativi agli anni 2009 e 2010 di euro con conseguente ammanco di imposte, per circa 770.000 euro". Infine il dispositivo della sentenza faceva riferimento a un'ispezione della guardia di Finanza

gati alla società come riconducibili a clan camorristici". Ce n'era dunque abbastanza per intervenire. Il divieto di attività in Italia gettò nello sconcerto, tra gli altri, gli amministratori delle strutture sanitarie che si erano rivolte alla compagnia di De Cristoforo per coprire i rischi di mad-mal. La regione Veneto si affrettò a bloccare il versamento di premi per circa 76 milioni relativi a una gara vinta da City Insurance per l'assicurazione della responsabilità civile negli ospedali della regione. La stessa compagnia risultava poi essere subentrata a Fondiaria Sai nella copertura dei rischi di malpractice dell'ospedale San Raffaele di Milano e aveva sottoscritto polizze con strutture sanitarie cagliaritane, di Rimini e Ravenna. E anche con la Asl di Cesena che si era rivolta a City Insurance dopo essere rimasta scottata dall'esperienza di Faro (il precedente assicuratore). Finendo pertanto, come si dice, dalla palledella nella brace.

Le gare rimangono deserte

La crescente difficoltà del mercato assicurativo nel prezzare il rischio di malasanità ha avuto come immediata-

ta conseguenza il progressivo abbandono da parte delle stesse compagnie delle gare bandite dalle Asl per la copertura della r.c. sanitaria. "Alcune strutture sanitarie con elevata sinistrosità - hanno osservato le compagnie straniere nella loro audizione parlamentare - hanno indetto diversi bandi, andati tutti deserti, in quanto nessun assicuratore era disponibile ad assicurare la struttura se non dopo diverse variazioni di importo. Da segnalare il caso della Asl di Salerno che

dopo tre bandi andati deserti ha chiuso il bando con un premio di 7 milioni 350mila euro". Non sono stati soltanto i sinistri a tenere lontane le compagnie dalle gare ma, come si è detto, l'incapacità di stimare il rischio. In uno studio dedicato in generale alle problematiche delle gare sui servizi assicurativi, di cui la r.c. sanitaria rappresenta la prima voce, l'AVCP, autorità di vigilanza sui contratti pubblici, ha sottolineato che "di regola i bandi di gara non contengono le informazioni necessarie per un

corretto pricing. La necessità di migliorare il set informativo è un'esigenza manifestata da tutti gli operatori e, quindi, in considerazione dell'importanza del settore osservato, dei costi sostenuti dalle istituzioni pubbliche per l'acquisto di coperture assicurative e delle gravi conseguenze derivanti da gare deserte o da coperture insufficienti, si ritiene necessario adottare le misure idonee a superare tale criticità". È una patologia su cui concordano anche le aziende sanitarie. Il fenomeno delle gare de-

DAL BROKER ALLE COPERTURE, TUTTI GLI APPALTI DELLA MALPRACTICE

Normalmente le aziende si affidano a un broker per trovare la polizza migliore per la copertura dei propri rischi. Nella sanità c'è una difficoltà in più perché le amministrazioni pubbliche debbono ricorrere a una gara per assegnare le loro forniture e servizi. Pertanto si deve appaltare la ricerca di un broker e quindi procedere, sempre attraverso una gara, nella scelta della migliore compagnia alla quale rivolgersi. In questo caso il broker svolge soprattutto un'attività di consulenza. È possibile concentrare in un unico appalto i due momenti, scegliendo contemporaneamente il broker e la compagnia (giudicata la più adatta da quell'intermediario)? No, risponde la AVCP. "Tale comportamento - è sottolineato nel documento dell'authority - non risulta corretto, in quanto i due servizi (intermediazione e copertura assicurativa) appartengono a due mercati distinti, così come riconosciuto dalla generalità dei partecipanti alla consultazione. In altri termini, la richiesta congiunta dei due servizi risulta idonea a

escludere dal confronto concorrenziale imprese che potrebbero presentare offerte concorrenziali per uno solo dei due servizi". Ovviamente, qualora la gara per l'assegnazione di un polizza andasse a più riprese deserta il broker potrebbe decidere di cercare una copertura con una trattativa privata. Ma se le gare sono distinte un'ulteriore complessità da gestire riguarda la remunerazione del broker che normalmente ottiene un compenso espresso in percentuale rispetto al premio che l'impresa verserà per la polizza. Un valore che non è conosciuto al momento di scegliere l'intermediario. Sicché anche la remunerazione di quest'ultimo rimane indeterminata salvo inserire nel capitolato d'appalto l'indicazione di un onere massimo in percentuale o cifra assoluta). L'authority, al riguardo, propone un modello nel quale il broker viene pagato dalla stazione appaltante nel corso della prima gara e nulla gli è più dovuto dalla compagnia che si aggiudica il secondo appalto.

serte - ha ammesso la Fiaso, la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, in una consultazione promossa all'inizio del 2013 dalla stessa authority - "sembra anche riconducibile a un difetto informativo da parte delle stazioni appaltanti circa il proprio profilo di rischio e a una difficoltà comunicativa con le poche compagnie straniere che a oggi sono le uniche interessate al rischio sanità". Ma, proprio in relazione alla vicende di Faro e City Insurance la Fiaso ha aggiunto anche una richiesta, quella di "maggiori e più stringenti requisiti di partecipazione" in modo che alle gare prendano parte soltanto compagnie "solide finanziariamente, e come tali riconosciute da un rating affidabile o garantite da società altrettanto solide".

Una commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori medici, conclusa all'inizio del 2013, ha tra l'altro indagato sui motivi che hanno spinto le compagnie italiane ad allontanarsi dal mercato. Nel documento finale, frutto anche di un'indagine sul campo che ha coinvolto le aziende sanitarie della penisola, ha segnalato che una compagnia su tre aveva rifiutato alla scadenza il rinnovo delle polizze di copertura.

Tra i motivi del rifiuto c'erano l'andamento negativo della polizza (48% dei casi), il recesso o la disdetta a causa di un sinistro (22%) o la decisione dell'impresa assicurativa di uscire dal mercato dell'r.c.sanitaria (9%).

Un vuoto riempito a metà dalle compagnie straniere

Dopo l'abbandono delle compagnie italiane il mercato italiano della malpractice è stato occupato da compagnie straniere specializzate nel ramo della med-mal e operanti in libera prestazione di servizi (Lps) o libertà di stabilimento. Delle tre principali compagnie straniere presenti in Italia nella copertura della malpractice, Amtrust e Qbe risultano presenti nell'elenco delle imprese attive in libera prestazione di servizi e in libertà di stabilimento. La Newline opera soltanto in libera prestazione di servizi. Tutte e tre hanno la sede sociale in Gran Bretagna benché Amtrust faccia capo a una compagnia statunitense e

Qbe a un gruppo australiano. Nel corso degli anni, comunque, anche la presenza straniera nella malpractice italiana se è rarefatta a causa degli stessi problemi che hanno spinto le compagnie italiane a tenersi ai margini del mercato. Qbe, dal 2013, si limita a gestire il portafoglio esistente e non sottoscrive più nuovi contratti. E Newline, l'unico sindacato dei Lloyd's londinesi ancora attivo in Italia rispetto ai 4 presenti fino a qualche anno fa, ha comunque dimezzato la sua operatività.

Dati precisi su questa realtà, comunque, non sono disponibili. Il regime di libertà di prestazione o di stabilimento non impedirebbe all'Ivass, il regulator del settore, di attiva-

MALPRACTICE: LA CLASSIFICA DELLE COMPAGNIE

Lista, in base al numero dei contratti stipulati nell'arco degli anni presi in esame dal questionario (2006-2011) e per il 2012

**Anno 2014
la fotografia è
ancora attuale?**

AM Trust Europe
XL Insurance
QBE Insurance
City Insurance
Lloyd's of London
Generali Assicurazioni
Cattolica Assicurazioni
Carige Assicurazioni
INA Assitalia
Fondiarria SAI
HDI Gerling
Faro Assicurazioni

Fonte: indagine parlamentare gennaio 2013

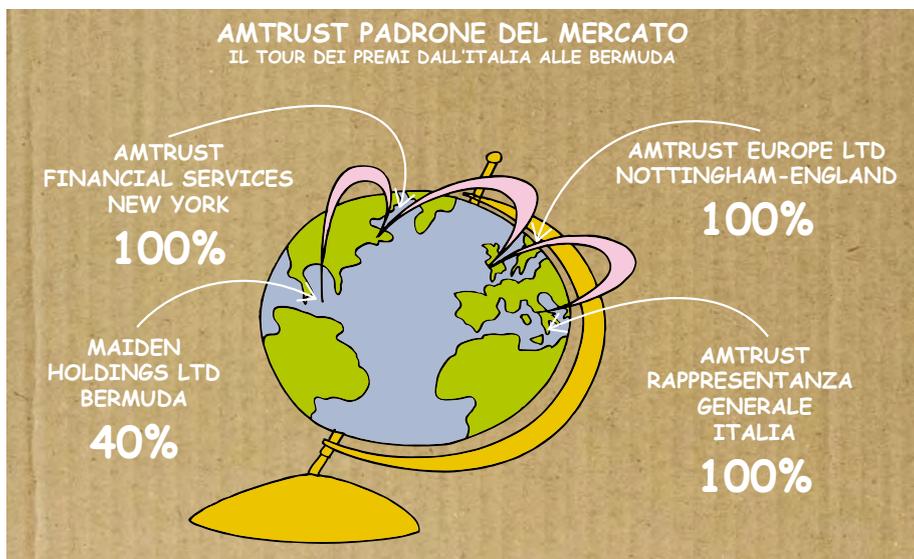
re la collaborazione con le altre authority europee (nel caso specifico quella inglese) per ottenere a fini statistici informazioni puntuali sulla raccolta, il pagamento dei sinistri e il contenzioso delle compagnie straniere presenti nella penisola. Una richiesta che, peraltro, sarebbe pienamente giustificata dal ruolo che simili operatori hanno raggiunto nella copertura della malpractice in Italia. E dai potenziali pericoli per i consumatori. C'è inoltre un altro aspetto che imporrebbe un maggiore attivismo da parte dell'autorità. Le compagnie italiane gestiscono le loro riserve assicurative nel corso del tempo verificandone annualmente la congruenza rispetto alle maggiori informazioni acquisite sui sinistri che dovranno pagare. In più, co-

me ulteriore criterio prudenziale, mettono a riserva il "costo ultimo" dei risarcimenti che in futuro saranno chiamati a pagare. Alcuni operatori stranieri invece - osserva un broker che preferisce rimanere anonimo - mantengono "al costo storico" le riserve costituite inizialmente salvo rettificarle in casi conclamati di perdite o al momento di effettuare i risarcimenti. Poiché l'iter di sinistri nella malasanità può durare molti anni è possibile che quelle compagnie sottostimino nei loro conti l'onere dei sinistri che saranno chiamati a pagare. Con l'entrata in vigore della nuova disciplina prudenziale del settore assicurativo, Solvency II, verranno armonizzate le metodologie per il calcolo delle riserve e queste differenze pertanto tenderanno a scom-

parire. In attesa che ciò accada, tuttavia, c'è da augurarsi che l'Ivass, il regulator italiano delle polizze, non abbassi la guardia. E anzi la rafforzi per non essere costretto a intervenire ex post - come è accaduto nel caso di City Insurance - una volta accertato l'uso scorretto del passaporto europeo conferito dalle istituzioni comunitarie.

Amtrust padrone del mercato

Unica compagnia, italiana o estera, in controtendenza è Amtrust, propaggine italiana di un gruppo Usa quotato al Nasdaq che nel 2013 - si ricava sull'ultimo report annuale - ha raccolto in tutto il mondo premi per 4,1 miliardi di dollari. Il suo trend di crescita è stato molto rapido anche per effetto di ac-



quisizioni, in media del 28% l'anno nel periodo 2009-2013. La società esibisce una solidità attestata dal rating "A" di A.M. Best. Anche nel settore in cui è compresa la med-mal, quello delle Specialty risk and extended warranty, Amtrust ha marcato un incremento vertiginoso della raccolta, +35% a 1,5 miliardi di dollari soltanto per il 2013. Non solo. A dispetto di una crescita così vigorosa, che normalmente nel mondo assicurativo deteriora i saldi tecnici, il combined ratio del gruppo è continuamente migliorato nel corso degli anni passando dal 90,5% del 2011 all'85,8% del 2013. L'indicatore di efficienza gestionale non è disaggregato per aree geografiche ma, per l'Italia, è disponibile il dato della raccolta premi che, sempre nel 2013, si è attestata a 281 milioni di dollari, sostanzialmente stabile rispetto all'esercizio precedente. In una nota diffusa dalla società a fine dicembre 2013 si precisava che Amtrust a quella data aveva in essere circa 200 contratti con aziende sanitarie pubbliche e private e, nel complesso, assicurava 65mila medici.

La compagnia è attiva nella penisola attraverso la sua sussidiaria inglese (Amtrust Europe Ltd). Fin a poco tempo fa operava in libertà di prestazione ma nel 2013 ha costituito anche un'agenzia generale per l'Italia che fa capo al gruppo di brokeraggio Trust Risk Italia. I premi versati dagli ospedali italiani, per sottoscrivere le polizze della compagnia seguono il percorso opposto.



**Il presidente della Regione Sicilia
Rosario Crocetta**
www.radioradicale.it/scheda/399411

Dall'agenzia generale italiana affluiscono interamente alla sussidiaria inglese da dove attraversano l'Atlantico e, giunti in Usa, vengono per il 40% trasferiti alle Bermuda per effetto del trattato di riassicurazione in essere con il gruppo Maiden, applicato all'intero portafoglio dei rischi medici di Amtrust.

Clamore hanno suscitato a fine 2013 le polemiche seguite alla decisione della regione Sicilia di disdettare in anticipo la polizza triennale sottoscritta con Amtrust (per un importo di circa 45 milioni l'anno) per coprire dai rischi di malpractice delle 18 aziende sanitarie dell'isola. Ogni anno si verificano in Sicilia circa 1750 sinistri di malpractice e Amtrust aveva garantito una capacità assicurativa fino a un massimo di 540 milioni. La compagnia Usa si era aggiudicata una gara appena pochi mesi prima e il contratto, comunque disdettabile annualmente, prevedeva una franchigia per sinistri fino a un importo di 150mila euro. Nell'annunciare la disdetta il presiden-

te della regione Sicilia Rosario Crocetta ha tra l'altro tirato in ballo presunte irregolarità nello svolgimento della gara e anche indagini in corso in Usa sulla società (subito smentite, però, da quest'ultima). Lo stesso Crocetta ha preannunciato il passaggio degli ospedali siciliani all'autoassicurazione e la costituzione di un fondo di garanzia di 50 milioni. Secondo fonti di mercato la regione starebbe anche studiando la possibilità di coprire con una soluzione assicurativa i sinistri di grande entità, del valore di oltre 1,5 milioni di euro. Fatto sta che a fine maggio 2013, quando mancava appena un mese alla scadenza della polizza disdettata, le autorità dell'isola non avevano ancora annunciato in che modo pensano di provvedere per coprire i rischi delle proprie strutture sanitarie e dei medici che vi sono occupati. Il tema assume un indubbio rilievo per una regione che, a fine 2011, esibiva un indebitamento delle proprie aziende sanitarie di 4.444 milioni e che non mostrava certo un livello d'eccezionalità nel gestire il proprio contenzioso sanitario. "Molto spesso le aziende sottostimano le somme necessarie per far fronte i contenziosi civili - sottolineò a fine 2012 in un'audizione parlamentare Giovanni Di Pietro referendario della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per la Regione siciliana - e quindi poi si ritrovano in fase di consuntivo con dei buchi di bilancio assai rilevanti".

le **regioni** in ordine sparso verso l'**autoassicurazione**

Non tutte hanno ancora attraversato il Rubicone ma la direzione di marcia è chiara. Nella gestione della malpractice medica le regioni italiane si affidano sempre meno alle assicurazioni. Quand'anche non coprono integralmente i rischi per proprio conto - una scelta radicale compiuta soltanto da una minoranza di enti locali - utilizzano sempre più spesso una compagnia come una sorta di riassicuratore. La chiamano cioè a intervenire solo in caso di sinistri di elevata entità, con risarcimenti che in media superano i 250-500 mila euro. E l'asticella si sta alzando in continuazione. Vi sono trattati, già sottoscritti o in corso di negoziazione, che comportano franchigie fino a 1-1,5 milioni di euro. Più salgono le franchigie, minore è il costo dell'assicurazione.

Quello dei grandi sinistri rappresenta comunque una fetta consistente del mercato totale della malpractice. Secondo la stima del broker di assicurazione Marsh i risarcimenti con valore uguale o superiore

a 500.000 € sono 1.7% del totale ma assorbono il 38.2% dei costi. Al di sotto di queste soglie sono direttamente le singole Asl o fondi regionali che provvedono ai risarcimenti. Sul fronte opposto è ormai soltanto un manipolo di enti locali (Valle d'Aosta, provincia di Bolzano) che prevedono uno schema integralmente assicurativo.

La scelta del modo di coprire i rischi della malasanità spetta innanzitutto alle singole Aziende Sanitarie locali ma quasi sempre vi sono regolamentazioni regionali o comuni accordi quadro, realizzati

normalmente con l'assistenza di un broker, che debbono essere rispettati. Campania e Lazio non si comportano così e ogni Asl è lasciata libera di fare come meglio crede con il risultato di alimentare la confusione e la mancanza di disciplina all'interno dello stesso territorio regionale.

L'opzione dell'autoassicurazione è relativamente recente. In passato tutte le aziende sanitarie erano provviste di una polizza anche perché esisteva un esplicito obbligo di legge, introdotto nel 1969. "Le amministrazioni ospedaliere - precisava l'art.29 del





La citazione

**“Il passaggio all’autoassicurazione rappresenta spesso un salto nel buio”
(E.Trincherò,
Cergas-Bocconi)”**

Dpr n.130/69 - debbono garantire l'ente e il personale dipendente, mediante adeguata polizza di assicurazione per la responsabilità civile dalle eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie promosse da terzi, ivi comprese le spese di giudizio relativamente alla loro attività di servizio ospedaliero, senza diritto di rivalsa, salvo i casi di colpa grave o dolo". Ma dieci anni più tardi quell'obbligo era già divenuto una facoltà e l'iniziale "debbono" della legge era stato trasformato in un "possono" (Dpr n.761/79). E così, all'inizio in sordina poi con sempre maggiore determinazione, è iniziato l'abbandono dal mercato assicurativo. Il riferimento all'obbligo di una copertura assicurativa continua comunque a essere previsto in alcuni contratti di lavoro della sanità pubblica (art.17 accordo integrativo 2010 per la dirigenza sanitaria).

Si è trattato, per la verità, di una separazione consensuale poiché anche le compagnie - come s'è visto nel capitolo precedente - si sono ritirate dai rischi della malpractice per le forti perdite subite e la crescente difficoltà di valutare le effettive esposizioni. Ma, per gli enti locali, il passaggio all'autoassicurazione - ha scritto Elisabetta Trincherò del Cergas-Bocconi nel rapporto Oasi 2012 - rappresenta spesso "un salto nel vuoto, incorporando un grado d'incertezza molto elevato, che sconta l'attuale strutturale scarsità d'informazioni robuste, attendibili e appropriate da parte delle singole aziende e del sistema regionale nel suo complesso".

Le ragioni delle Regioni

Oltre che per la carenza di un'offerta assicurativa sono sostanzialmente due i motivi che spingono le regioni a scegliere altre strade. La prima è economica e riguarda il costante incremento dei premi richiesto dalle assicurazioni per

continuare a coprire i rischi di malpractice, a fronte di risarcimenti pagati dalle compagnie che gli enti locali ritengono troppo esigui "Nel 2011 - ha rimarcato "ER", il portale della Regione Emilia Romagna (ottobre 2012) - il costo sostenuto dal Servizio sanitario regionale per le assicurazioni ha toccato i 48 milioni di euro (considerando sia i premi effettivamente versati, pari a circa 46 milioni di euro, che i circa 2 milioni comunque pagati direttamente dalle Aziende sanitarie a causa delle franchigie previste dai contratti assicurativi), a fronte di risarcimenti effettivi da parte delle assicurazioni pari a circa 3 milioni di euro. Una "forbice" che resta significativa anche considerando un arco temporale più ampio. Dal 2006 al 2011, sommando premi e franchigie, la spesa per i costi assicurativi sostenuta dal Servizio sanitario regionale è stata di circa 260 milioni di euro, mentre le assicurazioni hanno liquidato risarcimenti per circa 40 milioni". Si tratta

DIFFERENZA TRA SINISTRI IN FRANCHIGIA E SIR (SELF INSURANCE RETENTION)

Oltre alle usuali limitazioni di polizza rappresentate dalla franchigia e dal massimale, la S.I.R. costituisce un ulteriore limite (rientrante o aggiuntivo rispetto alla franchigia), che comporta per la struttura assicurata anche un onere di gestione diretta del sinistro e corrispondente liquidazione dello stesso. Per gli eventi avversi rientranti al di sotto del valore indicato nella S.I.R., di conseguenza, sulla struttura non incombe neppure l'obbligo di denuncia del sinistro alla Compagnia di Assicurazione.

di dati fuorvianti. La regione Emilia Romagna è incorsa negli stessi errori segnalati in precedenza (cap.2) per la "Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo medico". Anche in questo caso nel calcolo delle somme liquidate dalle compagnie non sono stati incluse le riserve assicurative accantonate per i pagamenti futuri.

Nella scelta dell'autoassicurazione influiscono anche altre partite. Evitando di sottoscrivere una polizza, le Regioni risparmiano l'imposta sui contratti assicurativi (22,25% del premio pagato) che rappresenta una partita di giro per lo Stato ma non è indifferente per un bilancio regionale. Inoltre occorre considerare anche il taglio dei costi di distribuzione dei contratti assicurativi (5-10%), sostanzialmente riconducibile alla commissione per il broker, che ovviamente sono azzerati coprendo in proprio i rischi della malpractice.

Un diverso approccio si manifesta anche su un altro tema che periodicamente alimenta le polemiche tra enti locali e compagnie. Gli ospedali considerano sempre più il ricorso allo strumento assicurativo una sorta di delega in bianco che fa perdere loro il controllo dei rischi. In qualche misura la scelta dell'autoassicurazione è anche interpretata come una sorta di riappropriazione verso pratiche più corrette di gestione. "La delega totale al sistema assicurativo nella gestione dell'intero contenzioso che abbiamo praticato per

troppo tempo in questi anni - ha osservato l'ex-presidente di Agenas Giovanni Bissoni (Agenas, Monitor 34 - 2013) - ci ha fatto perdere elementi di conoscenza, di valutazione e credibilità verso pazienti e operatori".

"Con il ricorso alla compagnia assicurativa - ha spiegato Giampiero Cilione, responsabile delle relazioni con gli enti del SSR dell'Emilia Romagna - se qualcosa non è andato per il verso giusto le strutture non si fanno più carico dell'utente che viene lasciato da solo a gestirsi quanto accaduto attraverso legali e assicurazioni".

Le compagnie respingono le critiche al mittente osservando che una delle principali condizioni da sempre indicata per poter tornare a offrire polizze di copertura agli ospedali è proprio quella di poter contare su un'efficiente servizio di risk management da parte degli enti locali. Anche in questo caso le ragioni degli uni e degli altri si capiscono meglio osservando la loro diversa disposizione al tempo. La gestione dei sinistri di cui parlano gli enti locali si concentra nel momento successivo a quello della denuncia da parte di un paziente. Invece il risk management degli assicuratori svolge soprattutto una funzione preventiva, sono le pratiche da osservare per ridurre la frequenza dei sinistri. Ed è proprio nella mancanza di questo controllo dei rischi che, a giudizio delle compagnie, risiede una delle cause principali nel dilatarsi della

med-mal. Si tratta di un diverso approccio che si articola anche in differenti soluzioni contrattuali nel caso si pervenga a un sistema misto.

Non sembra comunque un contrasto insanabile poiché non c'è dubbio che una migliore gestione dei sinistri, un'analisi della loro genesi, porterebbe con sé anche migliori pratiche di prevenzione. Ma la strada è in salita. Marcello Crivellini, professore al Politecnico di Milano e da anni attento osservatore della materia punta l'indice contro la "casta" dei medici: "ricoverarsi in ospedale - spiega - significa entrare in un luogo pericolosissimo. Ho provato a fare inserire emendamenti per la gestione del rischio ma è stato fatto solo a livello facoltativo, le corporazioni mediche si sono sempre opposte. Gli studi internazionali mostrano che circa la metà degli incidenti potrebbe essere evitata con una efficiente gestione del rischio".



La citazione

Metà degli incidenti potrebbero essere evitati con un'efficiente gestione del rischio" (M.Crivellini, Politecnico di Milano)

LA MAPPA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME - 1

Ed ecco, sulla base delle informazioni disponibili - è una realtà in continuo movimento - la situazione esistente nelle diverse regioni italiane per la gestione della malpractice.

FRIULI VENEZIA GIULIA - La regione segue un modello di autogestione misto: fondo regionale + polizza rischi catastrofali. I sinistri fino a 500.000€ rimangono in carico al dipartimento che li copre attingendo allo specifico Fondo destinato dalla Regione allo scopo. Oltre a questa cifra interviene l'assicuratore.

BOLZANO - La provincia autonoma è in controtendenza rispetto al trend nazionale. La gestione dei sinistri è affidata a una compagnia di assicurazione; dal 2009 in poi non è più prevista nessuna franchigia all'interno di alcuni dei comprensori.

TRENTO - L'Azienda Sanitaria ha svolto nel 2013 con gara per la copertura assicurativa della Responsabilità civile dei propri ospedali. È prevista una franchigia di 500.000 euro.

VENETO - Entro l'importo di 500mila euro i sinistri sono gestiti in autoassicurazione dalle aziende sanitarie regionali. Oltre questo tetto interviene una polizza assicurativa. Una gara se l'era assicurata nel 2012 la compagnia rumena (ma con proprietari napoletani) City insurance e prevedeva un premio di 76 milioni. In seguito all'intervento dell'Isvap che ha bloccato l'operatività in Italia di City insurance la gara dovrà essere rifatta.

LOMBARDIA - È la regione che, nel panorama nazionale, ha il sistema più organizzato nella gestione della malpractice. Un corposo rapporto sul risk management nelle strutture sanitarie viene pubblicato ogni anno con indicazioni molto particolareggiate sugli incidenti che si verificano e sulla loro frequenza. La Lombardia è anche la regione che ha il rapporto più solido e duraturo nel tempo con il sistema assicurativo. Ma anche qui, in effetti, è in vigore un sistema misto. Uno schema regionale prevede un sistema di gestione diretta mista con una SIR di 250.000 euro e una copertura del rischio eccedente la con gare aziendali per il trasferimento al mercato assicurativo.

VALLE D'AOSTA - È stata sottoscritta una polizza per i rischi della Responsabilità civile che prevede franchigia per sinistro pari a 26.250 euro, a esclusione delle specializzazioni Ortopedia e Ginecologia, per le quali il rischio aumenta e che hanno franchigie decisamente più alte.

PIEMONTE - Il programma per la gestione dei rischi sanitari della Regione è attualmente costituito da un fondo speciale regionale (26 milioni di euro per il 2013) cui sono affiancate due polizze assicurative. Il fondo speciale regionale è destinato al finanziamento per risarcimenti di sinistri di valore compreso tra Euro 5 mila e Euro 500 mila per sinistro. Sono poi previsti due livelli assicurativi: polizza "Primary" per sinistri di valore tra Euro 500 mila (eccetto i sinistri riconducibili a ostetricia e ginecologia o a eventi sentinella) e 5 milioni di Euro per sinistro; polizza "Excess" per i rischi di dimensione superiore.

LIGURIA - Dal 2012 la regione ha adottato un sistema integrale di autoassicurazione, istituendo tra l'altro un comitato regionale dei sinistri.

LA MAPPA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME - 2

TOSCANA - È la regione portabandiera del modello di autogestione, adottato fin dal 2010. In ogni struttura sanitaria è stato costituito un comitato aziendale per la gestione dei sinistri le cui attività riportano a un Comitato regionale per la valutazione dei sinistri. Non è stato costituito alcun fondo rischi o specifici accantonamenti. Le spese per il pagamento dei sinistri vengono iscritte nel bilancio regionale. Inoltre nel bilancio preventivo della regione è stimato il corso della med-mal per l'anno successivo.

EMILIA ROMAGNA - Dal 2013 il modello utilizzato è di tipo misto. Per sinistri fino a 100mila pagano le singole strutture sanitarie, da 10mila a 1,5 milioni interviene la regione e, oltre questa soglia, il risarcimento è a carico di una compagnia d'assicurazione. La regione ha poi istituito un fondo regionale per il pagamento dei sinistri a essa spettanti e della polizza assicurativa. Nelle linee programmatiche della sanità approvate dalla regione per il 2013, il fondo è stato costituito con un importo di 13,081 milioni.

MARCHE - Un'azienda sanitaria opera in gestione diretta e altre due con coperture assicurative con franchigia.

UMBRIA - Recentemente la regione è passata da un sistema assicurativo a uno misto strutturato in tre fasce: I° fascia a gestione aziendale; II° fascia a gestione sovraziendale; III° fascia per i cosiddetti rischi catastrofali per i quali è stata acquisita con gara una Polizza assicurativa. I risarcimenti per i sinistri di II° e III° fascia sono finanziati con fondo regionale mentre quelli di I° fascia con il fondo aziendale.

LAZIO - La regione ha lasciato una piena libertà di scelta alle Asl di contrarre una polizza assicurativa oppure di optare per l'autoassicurazione. Neppure è armonizzata la decisione di costituire accantonamenti per i sinistri in franchigia o in autoassicurazione.

CAMPANIA - Le aziende sottoscrivono polizze ma alcune di esse stanno passando in autoassicurazione per l'eccessiva onerosità dei contratti assicurativi. Anche in questo caso manca un'indicazione di policy regionale.

PUGLIA - Dal 2013 il sistema sta passando in autoassicurazione. È stato costituito un fondo regionale di ammontare pari alla somma dei premi pagati in precedenza alle compagnie.

MOLISE - Nel 2013 l'azienda sanitaria regionale del molise (Asrem) ha stipulato una polizza che prevede un premio di 30 milioni con una franchigia aggregata di 2 milioni.

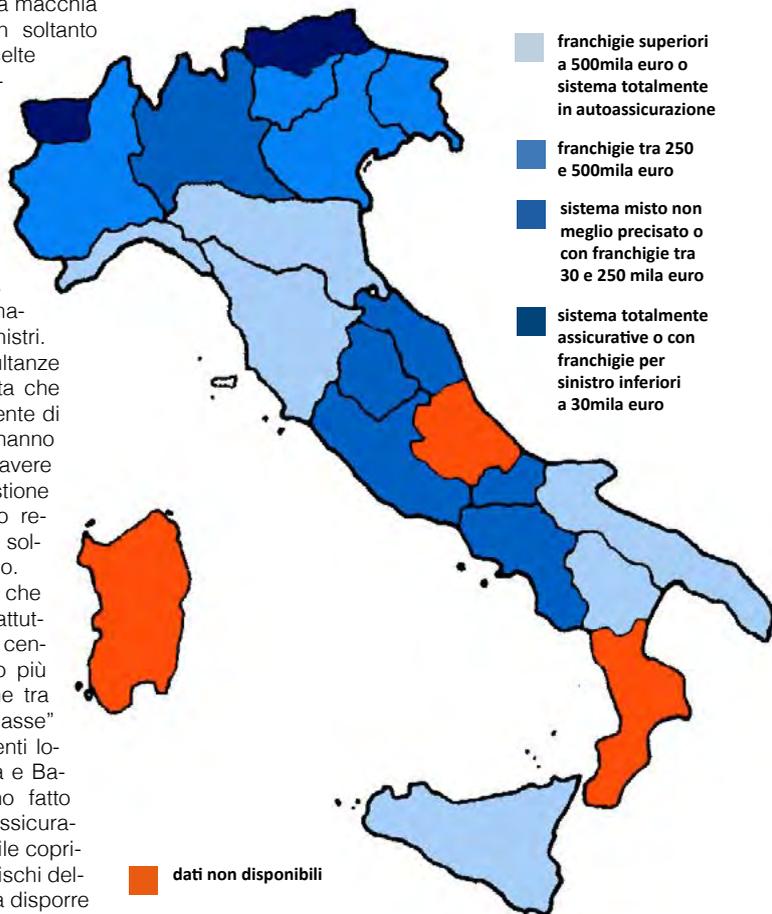
BASILICATA - La Regione Basilicata ha adottato un modello sperimentale di gestione diretta dei sinistri.

SICILIA - A fine 2013 è stata disdettata la polizza in vigore con Amtrust che prevedeva un premio annuale da 50 milioni. Il Presidente della Regione Rosario Crocetta ha annunciato il passaggio all'autoassicurazione con la costituzione di un fondo regionale di 50 milioni.

La sfida dell'efficienza

La via regionale alla gestione della malpractice appare come una pelle a macchia di leopardo e non soltanto per le differenti scelte operate dagli enti locali. Le Regioni presentano livelli di efficienza assai diversi tra loro come si evince anche dall'indagine condotta dall'Agenas sui modelli regionali di gestione dei sinistri. Ebbene, dalle risultanze ai questionari risulta che un numero consistente di enti locali (ben 12) hanno dichiarato di non avere un sistema di gestione dei sinistri a livello regionale o di averlo soltanto in fase di avvio. È una condizione che accomuna soprattutto le regioni del centro sud. Ma il dato più sorprendente è che tra i "peggiori della classe" sono alcuni degli enti locali (Liguria, Puglia e Basilicata) che hanno fatto la scelta dell'autoassicurazione. Ma è possibile coprire efficacemente i rischi della malasanità senza disporre neppure di una rete informativa efficiente a livello regionale? "Mi sembra difficile", ammette con sincerità Riccardo Tartaglia, responsabile del Centro rischio clinico della Regione Toscana, che guida la new wave dell'autoassicurazione in Italia.

LE REGIONI TRA COPERTURE ASSICURATIVE E AUTOASSICURAZIONE



La grande maggioranza delle stesse Regioni hanno anche dichiarato di non essere adeguate alle disposizioni in materia di mediazione civile e quasi nessuna dispone di un sistema di monitoraggio della risoluzione del contenzioso

attraverso la mediazione civile. Anche quest'ultimo rappresenta un dato significativo perché la mediazione rappresenta, almeno nelle aspettative, uno strumento per ridurre il contenzioso nella malpractice e, pertanto, anche il costo.

L'esperienza Toscana

Un dato tutto da interpretare nell'esperienza pilota della Toscana riguarda la maggiore velocità nel gestire i sinistri che caratterizzerebbe l'autoassicurazione rispetto al precedente sistema basato sulle polizze assicurative. Interveneva nell'ottobre 2013 a un convegno dell'Agenas, Tartaglia ha sottolineato che il numero delle pratiche definite è passato dalle 99 del 2008 (gestione "assicurativa") alle 848 e 884 rispettivamente del 2010 e del 2011, i primi due anni dell'autoassicurazione. Con un tempo medio di definizione delle pratiche che è letteralmente crollato, nello stesso periodo, da 433 a 157-158 giorni. I tecnici della regione argomentano che, rispetto al modello assicurativo, le strutture incaricate di gestire i sinistri lo fanno con maggiore reattività ma non spiegano il perché della supposta maggiore passività delle strutture liquidative delle compagnie. Anch'esse, in effetti, si gioverebbero di una maggiore velocità nella gestione dei sinistri. Forse una possibile spiegazione sta nel fatto che le strutture sanitarie regionali sono informate più rapidamente di quanto è accaduto rispetto alle compagnie - queste debbono svolgere verifiche preliminari prima di aprire un sinistro - e possono pertanto agire più tempestivamente. Un aperto scetticismo sull'esperienza della Toscana è stato manifestato, in un'audizione parlamentare, dalle

TOSCANA: CONFRONTO TRA GESTIONE ASSICURATIVA E GESTIONE DIRETTA

	2008*	2010*	2011*
numero richieste risarcimento	1.538	1.598	1.631
numero eventi	1.546	1.359	1.239
numero richieste definite (liquidate, respinte o senza seguito)	99	848	884
tempo medio di definizione (gg. lavorativi)	433	158	157

(*) definiti nel settembre dell'anno successivo

Fonte: Regione Toscana

compagnie estere presenti in Italia in Libera prestazione di servizi. "È curioso evidenziare come alcune delle regioni che adottano il modello di autoassicurazione (ad esempio la Toscana), che il regime di assicurazione hanno determinato perdite per decine di milioni nei confronti dei loro assicuratori, da un giorno all'altro (dal 31 dicembre 2009 all'1 gennaio 2010, primo giorno del nuovo sistema) siano diventate "virtuose", con frequenze ed entità dei sinistri improvvisamente ridotte". Di tutt'altro segno è il bilancio che giunge dalle autorità regionali. Nel triennio 2010-2012 il costo regionale della malpractice gestita in autoassicurazione - è sottolineato in un documento interno della regione - si è attestato a 103 milioni tra sinistri già liquidati (50 milioni) e le stime sui costi futuri dei sinistri da risarcire (53 milioni). La Regione ha condotto una stima dei costi assicurativi che avrebbe dovuto sostenere per coprire gli stessi eventi (180

milioni nello stesso periodo) giungendo alla conclusione che è stato conseguito un significativo risparmio. Tuttavia sono legittimi i dubbi su simili stime considerando che la regione non costituisce riserve di garanzia sul tipo di quelle assicurative.

L'incognita della Corte dei Conti

Un elemento che preoccupa i medici nella scelta dell'autoassicurazione riguarda i possibili contenziosi con la Corte di Conti. L'ombrello rappresentato da una polizza assicurativa tiene infatti i sanitari, in caso di sinistro, immuni dal rischio di procedimenti attivati dalla Corte dei conti per danno erariale. Questo non si materializzerebbe per il semplice fatto che, a pagare per la malasana, sarebbe un assicuratore privato e non un'amministrazione pubblica. Già attualmente i medici e il personale sanitario impiegato negli ospedali pubblici con contratti provvisori o irregola-

CON LA MALPRACTICE UN NUOVO BUCO?



ri non può avvalersi di questo ombrello. Ma il problema è destinato ad aggravarsi notevolmente nel caso di una gestione in proprio della malpractice, anche attraverso intese stragiudiziali. In questo caso la Corte dei Conti potrebbe imporre alle aziende la rivalsa sui professionisti riconosciuti responsabili di colpa grave.

A ben vedere questi casi sono piuttosto rari anche perché le sentenze della magistratura sui casi di colpa grave nella malpractice si contano con le dita di una mano (nel periodo 2006-2012 la regione Toscana ne ha registrati appena tre con due sentenze di condanna e una di assoluzione). Nonostante questo i medici si preoccupano e chiedono che una specifica esenzione venga stabilita per legge.

Senza accantonamenti le regioni rischiano un nuovo "caso derivati"

Negli ultimi anni l'acquisto di contratti derivati senza comprenderne bene il funzionamento ha esposto comuni e regioni italiane al rischio di forti perdite potenziali (4 miliardi a fine 2011 scesi a circa 1 miliardo a fine 2013). Accadrà lo stesso anche per la malpractice?

Nelle pagine precedenti sono stati analizzati i motivi delle diverse percezioni che assicuratori ed enti locali hanno sui costi della med-mal. Un gap riconducibile nel fatto - giova ripeterlo - che soltanto una modesta percentuale di sinistri viene risarcita nel corso dell'anno di accadimento. Spesso sono necessari molti anni per concludere l'iter delle pratiche.

Gli assicuratori circoscrivono il rischio di un simile lag temporale costituendo riserve adeguate. Le regioni che hanno intrapreso la strada dell'autossicurazione fanno altrettanto? La risposta non è univoca. Alcuni enti locali (Friuli, Puglia, Piemonte, Emilia Romagna, Umbria) hanno costituito simili fondi rischi ma altre (ad esempio la Toscana, alcune importanti Asl del Lazio) non l'hanno fatto. Si limitano a indicare in bilancio le uscite per risarcimenti dell'anno e a stimare (nel bilancio preventivo) quelle dei dodici mesi successivi. Ciò che le espone a un forte rischio perché quando il flusso dei risarcimenti andrà a regime i pagamenti per i sinistri dell'ultima annualità si sommeranno a quelli delle annualità precedenti producendo forti uscite di cassa. Se le perdite medie che espongono gli assicuratori (50% dei premi incassati) fossero generalizzate all'intero mercato della med-mal sarebbero sufficienti pochi anni per creare un disavanzo paragonabile appunto a quello dei derivati. "È una strada da cui poi non si può più tornare indietro", osserva Carlo Faina country manager per l'Italia del fondo americano Berkshire Hathaway, attivo nelle coperture della malpractice italiana. Una regione che intendesse tornare a una gestione assicurativa dovrebbe infatti trovare in primo luogo le risorse necessarie per coprire le passività delle precedenti annualità.

Neppure è chiaro se vi sia un obbligo a costituire accantonamenti per la malpractice, vista l'indeterminatezza che caratterizza i principi contabili della pubblica amministrazione. Alberto Tita, of counsel dello studio legale Lexellent, ha recentemente sottolineato ("Medical malpractice insurance: il punto su mercato e regole al 2014") come il decreto legislativo n.118/2011 sull'armonizzazione degli schemi di bilancio degli enti locali abbia innovato "in maniera significativa la formazione dei bilanci regionali, disponendo criteri di imputazione contabile della spesa, sulla base di esercizi per competenza e non solo per cassa". In sostanza gli enti locali dovrebbero indicare in bilancio la stima dei risarcimenti generati in un determinato esercizio (e che dovranno comunque essere pagate) e non soltanto gli esborsi effettuati. Con la conseguenza di costituire fondi rischi adeguati, sul modello delle riserve assicurative. Si tratta di un approccio più severo di cui Tita ha trovato traccia anche nella requisitoria pronunciata nel 2013 dal Procuratore della Corte dei Conti presso la regione Piemonte nella quale è stato stigmatizzato "l'onerare connesso alla gestione del rischio correlato a errori sanitari" e la "mancanza di criteri professionali e di indirizzi metodologici che consentano una proficua gestione del rischio". Tuttavia, a leggere il testo del citato decreto legislativo nella parte relativa ai conti delle aziende sanitarie, c'è soltan-

to un pallido riferimento all'esigenza di costituire dei presidi patrimoniali. Laddove si sottolinea in generale che "lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti". E, quanto alla "rampognata" del procuratore della Corte dei conti torinese, questa si conclude con l'invito al legislatore a intervenire. Un segno di come le regole attuali siano considerate insufficienti. Del resto non si ha noti-

zia di impugnative della Corte dei conti per bilanci regionali che non prevedano accantonamenti per la malpractice. "Un obbligo a costituire riserve non c'è", commenta amaramente Marco Campari, partner di PwC, che rincara: "per i bilanci della sanità non ci sono neppure norme perentorie che impongano di iscrivere ammortamenti per le spese di attrezzature ed edifici. Così che poi mancano in bilancio le risorse per ricomprare le attrezzature vetuste o ristrutturare gli edifici. Non è grave?"

NESSUNA GUERRA DI RELIGIONE

Un aiuto alle regioni per gestire in proprio i rischi della malasanità senza delegarli alle assicurazioni può venire proprio... dalle assicurazioni. L'industria delle polizze può contribuire non poco a risolvere i punti critici connessi alla scelta di autoassicurazione verso la quale un numero crescente enti locali si stanno indirizzando senza possedere, spesso, sufficienti esperienze di risk management. Già attualmente i broker assistono le regioni nel trovare la migliore combinazione tra strumenti assicurativi e "fai da te" per affrontare le incongnite della medical malpractice. E intermediari specializzati nella gestione dei sinistri, i loss adjuster, sono spesso al lavoro nel supportare gli enti locali nell'analisi e nell'iter delle pratiche di risarcimento. Ma anche le compagnie potrebbero su richiesta scendere in campo per offrire servizi attuariali di valutazione della congruità dei fondi rischi regionali qualora, per motivi prudenziali, fossero costituiti sul modello delle riserve assicurative. E i loro uffici liquidativi potrebbero, sempre su richiesta, supportare gli assessorati alla salute nella valutazione dei danni e nello sbrigare le pratiche liquidative. In questo modo le compagnie non assumerebbero un rischio diretto in un mercato che finora ha loro procurato soltanto perdite. E con il tempo, acquisendo una migliore conoscenza sull'attività degli ospedali e enti regionali, mostrerebbero maggiore interesse nell'offrire coperture.

che fanno **all'estero**

Stati Uniti d'America

Nel 2001 lo scenario della med-mal per gli assicuratori statunitensi presentava non pochi punti di contatto con l'attuale situazione italiana: rapida crescita dei sinistri e delle spese per risarcimento; sentenze dei tribunali a senso unico; maggiori costi legali, deficienza di riserve e riduzione nei guadagni d'investimento. In quell'anno le compagnie Usa specializzate nel ramo incassarono premi per 7,6 miliardi di dollari e ne spesero 8,9 miliardi per risarcimenti e spese di gestione. La risposta fu energica. Nel corso del 2003 le legislazioni di almeno 30 stati (respon-

sabili per i temi riguardanti la malpractice medica) vararono riforme per ridurre i costi della med-mal. Furono posti tetti (normalmente collocati tra 250 mila a 350mila dollari) al risarcimento dei danni non patrimoniali subiti dai pazienti - in Italia, per fare un confronto, queste spese possono incidere per diversi milioni - e introdotti limiti agli onorari che possono essere corrisposti agli avvocati, così da limitare le cause temerarie. Si è poi fatto ricorso a meccanismi di mediazione dei conflitti per contenere i costi legali. Le compagnie e gli ospedali hanno introdotto procedure più severe di risk mana-

gement. Il risultato è stato un rapido miglioramento della situazione con il loss ratio (rapporto tra sinistri e premi) sceso dal 126,8 del 2001 al 51% del 2010. Poi il trend si è invertito, con una riduzione dei premi incassati e un aumento dei risarcimenti. Nel 2012 il loss ratio del mercato si è collocato al 60,4%, comunque in territorio ancora ampiamente positivo. In questa ripresa dei costi hanno pesato anche le decisioni delle supreme corti di alcuni stati (tra gli altri Georgia, Illinois, Missouri) che hanno giudicato anticostituzionale il tetto ai risarcimenti non patrimoniali. Nel dibattito che ne è scaturito



to si è affacciata anche la proposta di passare dall'attuale sistema di responsabilità dei medici, che si affida alle coperture del mercato assicurativo, a un sistema "no fault" che prevede ai risarcimenti indipendentemente dall'accertamento di una colpa dei sanitari. Ciò che le casse degli stati spenderebbero in più per i sinistri lo recupererebbero con gli interessi - questo è il ragionamento - riducendo i costi della medicina difensiva alla quale i medici fanno ricorso per contenere le proprie responsabilità. Nell'immediato, comunque, le maggiori discussioni si concentrano sui potenziali effetti sulla medical della riforma del sistema sanitario americano voluta dal presidente Barak Obama (la Aca, Affordable Care Act). Vi sono infatti alcuni aspetti della riforma che potrebbero avere un effetto diretto sulla medical malpractice (ad esempio le azioni positive per ridurre l'impatto della medicina difensiva). Nella nuova legge è poi compreso il finanziamento di alcuni progetti pilota per valutare le riforme sulla malasani- tà approvate a livello statale.

Gran Bretagna

Non c'è alcun schema obbligatorio. La copertura della r.c. medica è assicurata da un organismo (National Health System Litigation Authority - <http://www.nhsa.com>) cui sono iscritti volontariamente i medici del servizio sanitario inglese. La sua principale atti-

vità è gestire i sinistri, provvedendo ai risarcimenti, e difendendo il personale sanitario in caso di improprie richieste di danni. Per limitare i costi dei pagamenti il Nhsa evita il più possibile il ricorso ai tribunali. Il 96% dei sinistri è risolto al di fuori delle corti di giustizia. Il finanziamento del sistema è assicurato dal Clinical Negligence Scheme for Trust (CNST) uno schema a ripartizione che raccoglie dagli iscritti le risorse occorrenti per pagare i sinistri previsti. Per l'esercizio 2014-2015 l'ammontare della cassa è stato

fissato in 1.050 milioni di sterline, con un incremento del 5% rispetto a quello precedente. Il contributo individuale da parte di ciascun medico è stabilito in relazione al livello e al rischio della sua attività, e ai sinistri in cui è stato coinvolto nel passato. Nell'ultimo anno per il quale sono stati forniti i dati (2012-2013) il Nhsa ha gestito 10.129 sinistri sanitari. Il tempo medio di gestione è di 1,29 anni.

Irlanda

La gestione della medical malpractice fa parte di un più

I CASI DI MALPRACTICE IN GRAN BRETAGNA

numero di richieste di risarcimento per negligenza clinica classificate per anno di accadimento - al 31-3-2013

Periodo	numero
2000-2001	5773
2001-2002	5398
2002-2003	5733
2003-2004	5779
2004-2005	5571
2005-2006	5989
2006-2007	6088
2007-2008	6518
2008-2009	7104
2009-2010	6785
2010-2011	5169
2011-2012	3033
2012-2013	754

Fonte: Nhsa

generale sistema di indennizzo dei danni a persone e cose causati da pubbliche amministrazioni. Tutto è gestito dalla State Claims Agency (Sca), un'autorità pubblica al cui interno una specifica unità si occupa di Clinical Indemnity Scheme (Cis). A questo assetto si è giunti nel 2002 trasferendo a carico dell'autorità pubblica la gestione della r.c. professionale. Il motivo del cambiamento: le difficoltà di reperire coperture assicurative per alcune tipologie di medici particolarmente a rischio, ad esempio i ginecologi, oltre alla complessità e i costi dei contenziosi legali in capo a diversi soggetti (medici strutture sanitarie, consulenti etc). Con il Cis lo stato ha assunto una piena responsabilità per

l'identificazione e la gestione di tutti i casi di negligenza clinica, inclusi quelli collegati alla nascita. I costi del Cis sono gestiti a ripartizione e sono supportati dal Department of Health & children. A fine 2012 lo Sca aveva in gestione 2.652 sinistri clinici con una spesa stimata di 969,8 milioni di sterline. Nello schema sanitario rientrano le seguenti categorie di sanitari:

- tutte le strutture che fanno parte dell'Health Service Executive, gli ospedali pubblici e altri enti che erogano servizi clinici;
- medici ospedalieri non specialisti, infermieri e altro personale clinico impiegato presso Aziende sanitarie, siano essi a tempo determinato o indeterminato;

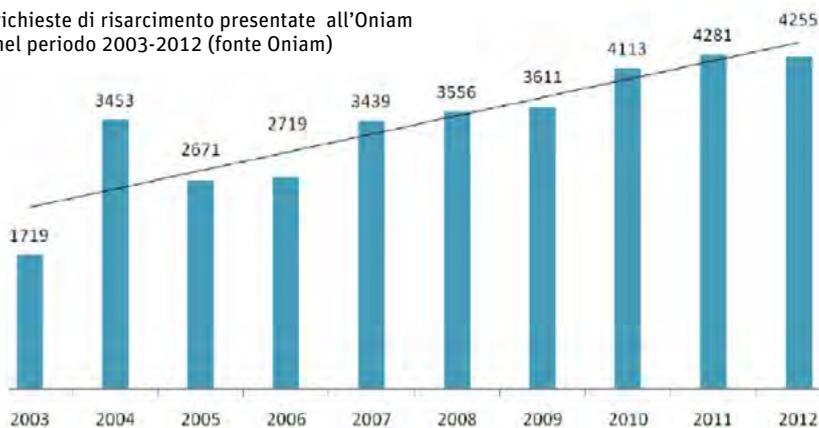
- medici ospedalieri specialisti (a partire dal 1° febbraio 2004) relativamente a presunte negligenze cliniche verificatesi a partire da tale data;
- personale clinico di supporto alle unità di patologia e radiologia;
- attività cliniche di medici del Ssn, infermieri e altro personale clinico di comunità;
- dentisti che operano nel settore pubblico;
- alcuni provider che erogano servizi ausiliari.

Francia

L'attuale assetto è stato disegnato con la legge n. 303 del 4 marzo 2002 con la quale il sistema di responsabilità civile è stato affiancato a un sistema "no fault" a carico dello stato per alcune ti-

FRANCIA, UNA CRESCITA COSTANTE

richieste di risarcimento presentate all'Oniam nel periodo 2003-2012 (fonte Oniam)



pologie di danni medici sostanzialmente riconducibili a infezioni nosocomiali, contaminazioni del virus dell'epatite C nell'ambito di trasfusioni sanguigne, danni causati da terapie mediche d'urgenza, vaccinazioni obbligatorie. A gestire le richieste di risarcimento per questo tipo di sinistri è stato istituito un fondo per il risarcimento di incidenti medici (Oniam, Office national d'indemnisation des accidents médicaux). Periti giudiziari specializzati stabiliscono l'entità dei risarcimenti. Con la stessa legge è stata disposto un obbligo di assicurazione per tutte le strutture sanitarie pubbliche e priva-

te nonché per i medici liberi professionisti. Per rendere effettivo l'obbligo di assicurazione è stato previsto l'intervento del Bureau central de Tarification al quale può rivolgersi un medico a cui è stata rifiutata una copertura assicurativa nel mercato privato. C'è poi un'Alta autorità per la salute che si occupa di prevenzione, pubblica linee guida e analizza gli errori professionali. Secondo fonti assicurative i medici che sono certificati professionalmente in base ai programmi dell'autorità della salute hanno il 20% di incidenti in meno. Sono state istituite camere di conciliazione e di indennizzo

per risolvere le controversie ed evitare al massimo il ricorso ai tribunali. La legge finanziaria del 2012 ha infine introdotto un fondo di garanzia.

Germania

Nel Paese dove è nato il primo sistema sanitario pubblico al mondo anche la gestione della malpractice dei medici ha forti connotati pubblicistici. Il fatto che sia comunque la sicurezza sociale tedesca a coprire i costi delle disabilità conseguenti ai sinistri limita l'onere a carico dei singoli medici. In Germania non c'è un'obbligo di assicurazione anche se questa è assai diffusa e coinvolge sia i sanita-



ri operanti nelle strutture pubbliche sia quelli che esercitano privatamente la propria attività. Normalmente sono le stesse organizzazioni mediche a contrattare con le compagnie di assicurazione i premi e le condizioni delle polizze collettive per la Responsabilità civile alle quali possono aderire i singoli individui, ciò che facilita anche la ricerca di coperture e la possibilità di utilizzare lo strumento della mutualità assicurativa all'interno di una stessa categoria di assicurati. Il fenomeno della med-mal, peraltro, non è di entità trascurabile. Una ricerca svolta nel 2007 stimò in circa 500mila persone l'anno i pazienti coinvolti in eventi avversi e in circa 17mila casi i decessi connessi. E ogni anno sono circa 40mila le richieste di risarcimento per malpractice. A contenerne il costo sociale c'è l'obbligo di riportare inizialmente le controversie a un comitato di mediazione formato da esperti indicati dal sindacato dei medici. Se poi la disputa non si risolve e il caso finisce di fronte a un tribunale, il giudice stabilisce l'entità dei pagamenti non patrimoniali sulla base di tavole risarcitorie standardizzate.

Sistemi "no fault"

A tracciare una nuova strada nella gestione della malpractice medica fu la Nuova Zelanda che già nel 1974 inaugurò l'era dei sistemi no-fault ("nessuna colpa"), in cui ciò che importa è sana-

re le conseguenze di un infortunio e di ricercarne la causa, più che trovare chi ne sia responsabile. Da allora, in pratica, è in vigore un sistema pubblico di indennizzo globale degli infortuni (nel lavoro, nell'attività ricreativa e sportiva, nella guida di un mezzo di trasporto) per tutti i cittadini neozelandesi e anche, con alcune limitazioni, per i turisti che viaggiano nell'isola. Il sistema è finanziato attraverso le tasse, le accise sulla benzina, le fee sulle licenze di guida, etc. In questo contesto le assicurazioni private svolgono un ruolo limitato poiché, ad esempio, nella r.c. auto una polizza copre soltanto la ripara-zione delle vetture in seguito a un incidente ma non i danni fisici che invece sono a carico del sistema pubblico. Il programma è gestito dall'Accident Compensation Corporation (Acc), una sorta di grande Inail, che svolge compiti di indennizzo e di prevenzione degli incidenti. Gli eventi avversi nella sanità gestiti da questo organismo, che nel linguaggio "no-fault" neozelandese non si chiamano più sinistri ma "disavventure" - sono stati 4.789 nel periodo luglio 2012-giugno 2013, in crescita rispetto ai 3.838 casi del periodo luglio 2008-giugno 2009. Includendo anche il numero di "disavventure" accadute nell'assistenza sociale il numero di richieste di indennizzo pervenute all'Acc nell'ul-



La parola

Sistemi no fault

Pro: risarcimento più rapidi e certi. Minore ricorso alla medicina difensiva

Contro: Rischio di minore responsabilità dei medici

timo esercizio sale a 8.297 casi. Inizialmente Acc gestiva i risarcimenti con un meccanismo a ripartizione (i contributi incassati erano utilizzati per il pagamento degli indennizzi) ma da alcuni anni è stato adottato un modello di tipo assicurativo con la costituzione di riserve congrue a finanziarie le richieste di indennizzo che ogni anno vengono avanzate.

In anni successivi il sistema no-fault neozelandese è stato esportato anche altrove e ha attecchito soprattutto in alcuni paesi del nord Europa (Svezia, Danimarca, Finlandia).

"I pazienti, vittime di accertati errori clinici - è scritto nella ricerca "Sanità pubblica e assicurazioni", promossa da Aiba, Consap e Università la Sapienza di Roma - Cedam

(2012) - sono indennizzati da programmi pubblici senza che i medici responsabili dell'accaduto supportino alcuna conseguenza legale o economica. In particolare, i sistemi svedese e danese si basano su uno schema assicurativo obbligatorio delle strutture sanitarie attraverso il quale sono indennizzabili sia i danni fisici che psicologici, anche se sono previsti tetti massimi per le varie voci di danno risarcibili. I pazienti che ritengono di aver subito un danno iatrogeno, sono incoraggiati a sporgere denuncia e a chiedere un risarcimento, compilando un modulo disponibile presso cliniche e ospedali, in ciò supportati da medici e infermieri. Il sistema svedese è basato sul principio della evitabilità dell'errore affermato dal Patient Injury Act.

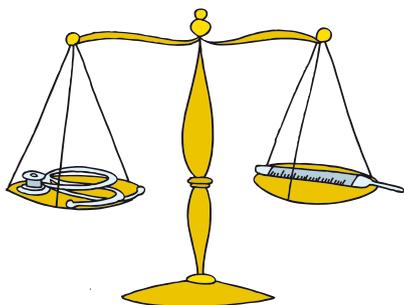
Coloro i quali sono preposti all'esame delle richieste devono analizzarle a partire da tre punti:

1. se la lesione derivi dal trattamento medico,
2. se il trattamento risulti giustificato,
3. se il risultato risulti inevitabile.

Se la risposta alla prima domanda è positiva, e le risposte alla seconda e/o alla terza sono negative, il paziente riceve il risarcimento. Sono previste tecniche amministrative per la gestione delle richieste di minor conto. La richiesta di risarcimento deve essere presentata, a pena di inammissibilità, entro tre anni dalla conoscenza del danno, e comunque entro dieci anni dal fatto dannoso". Il costo medio per ciascun cittadino svedese - è emerso nel corso di un convegno svoltosi a Mo-

dena nel 2014 - è di circa 70 euro l'anno. Nel 2010 il sistema ha gestito 200mila richieste di indennizzo di cui il 30% accettate.

I sistemi no-fault sono nati per rendere gli indennizzi più rapidi, riducendo i potenziali conflitti tra pazienti e strutture sanitarie, e le spese legali a essi collegati. Soprattutto consentono di ridurre sostanzialmente i costi della medicina difensiva perché i medici non sono esposti al rischio di pagare di persona per i propri errori. Ma, tutto questo, costituisce anche il loro limite poiché il personale sanitario non ha un vero incentivo a prevenire casi di malpractice. Un aspetto delicato riguarda poi la governance degli organismi chiamati a gestire il sistema e l'efficienza delle strutture peritali cui è affidata l'ammissibilità degli indennizzi e la loro stima.



che fare? **parlamento** e **lobby** al lavoro

Anche se una legge vera e propria deve ancora vedere la luce (escludendo il decreto Balduzzi, di iniziativa governativa) non si può certo criticare il legislatore di disattenzione nei confronti della malasani- tà. Nelle ultime due legislature si sono svolte altrettante indagini parlamentari e at-

tualmente, tra Camera e Senato, risultano depositati 10 progetti di legge che affrontano la med-mal.

Tanta attenzione si giustifica con il rilievo sociale del problema e, forse, anche con il significativo numero di medici e paramedici presenti nelle aule parlamentari, una lobby potente che conta 51

esponenti in confronto ai 110 avvocati, 9 magistrati e 6 esponenti del mondo assicurativo. La pressione è andata crescendo negli ultimi anni con l'aggravarsi del fenomeno e la maggiore difficoltà di medici e strutture ospedaliere di gestirlo con gli strumenti forniti dall'attuale cornice legislativa.



I progetti provengono da quasi tutte le forze politiche e attualmente la commissione Affari Sociali di Montecitorio, dove sono state presentate nove delle dieci proposte, è al lavoro per giungere a un testo unificato. O, quantomeno, a consolidare in un primo provvedimento quei punti su cui esistono i maggiori consensi. Non tutti gli articolati legislativi vanno alla ricerca delle cause della malpractice medica per porvi rimedio. Spesso i parlamentari sembrano maggiormente interessati alla ricerca di scorciatoie. Come il progetto del deputato Marco Di Lello (gruppo misto) il cui unico articolo dispone l'esonero dall'obbligo di assicurazio-

ne r.c. professionale per i giovani professionisti (per i primi cinque anni di attività), medici compresi. Non pagherebbero polizze ma, così facendo, sarebbero lasciati privi di qualunque ombrello protettivo in un momento in cui la mancanza di esperienza li espone maggiormente ai rischi professionali. Ed ecco, sui principali temi della malpractice, le proposte dei parlamentari.

Assicurazione obbligatoria per le strutture sanitarie

Tutti i progetti di legge attribuiscono la Responsabilità civile delle prestazioni mediche alle strutture sanitarie, pubbliche e private, cui viene imposto un obbligo di as-

sicurazione. Si differenziano in parte i progetti presentati dal Pd alla Camera (Miotto) e al Senato da Amedeo Bianco (anche presidente della Federazione nazionale degli ordini dei medici) i quali, mantenendo l'opzione assicurativa consentono però alle strutture sanitarie di percorrere la strada alternativa dell'autoassicurazione. In questo caso è prevista la costituzione di un fondo di garanzia su base regionale o provinciale a copertura dei rischi. Nella prima fase di avvio l'ammontare annuo del fondo non potrà essere inferiore all'1,5% delle spese sostenute dagli enti locali per il personale sanitario. Fatti i conti se tutte le regioni

TUTTI I PROGETTI DI LEGGE SULLA MALPRACTICE

	Gruppo	firmatari	aula	numero
1	Misto	Di Lello, Di Gioia Pastorelli, Locatelli	Camera	C.1423
2	Pd	Bianco, Maturani, De Biasi, Dirindin, Granaiola, Padua, Mattesini e Silvestro	Senato	S.1134
3	Pd	Miotto, Lenzi, Amato, Bellanova Beni, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, Murer, Patriarca, Piccione e Sbrolini	Camera	C.1769
4	Scelta civica	Vargiu, Binetti, Gigli e Monchiero	Camera	C.1581
5	Nuovo Centro-destra	Calabrè, Fucci e Elvira Savino	Camera	C.1324
6	Cinque stelle	Di Vita, Lorefice, Mantero, Barone, Silvia Giordano	Camera	C.1312
7	Forza Italia	Fucci	Camera	C.262
8	Forza Italia	Fucci	Camera	C.259
9	Scelta civica	Binettim Matarrese, Gigli	Camera	C.1902
10	Scelta civica	Mazziotti, Di Cento	Camera	C.1497

optassero per l'autoassicurazione ogni anno dovrebbero accantonare risorse per 540 milioni che, detto di passata, corrisponde all'incirca all'ammontare dei premi raccolti ogni anno dal mercato assicurativo per la copertura delle r.c. sanitaria e r.c. medica, secondo la stima dell'Ania. La scelta dell'autoassicurazione è contemplata anche nel progetto Vargiu (Scelta civica) ma senza prevedere alcun fondo di garanzia.

Pd: accantonamenti fino a 540 milioni l'anno per finanziare i fondi regionali

I progetti del Pd si distinguono anche perché sono gli unici a disciplinare con precisione la natura della responsabilità penale e civile della med-mal. La morte o lesione come conseguenza di condotta colposa in ambito sanitario medico divengono oggetto di un nuovo articolo del codice penale. Il personale medico è punibile solo in caso di colpa o dolo. In particolare la colpa è accertata quando "l'inosservanza delle buone pratiche e delle regole dell'arte crei un rischio irragionevole e inescusabile per la salute del paziente, concretizzatosi nell'evento". Anche nel codice civile viene introdotto uno specifico articolo in cui la responsabilità del personale sanitario è collegata a un danno subito da

un paziente in conseguenza di colpa grave o dolo. La colpa grave è ravvisabile quando l'errore è determinato da una "inescusabile negligenza dell'operatore" o da "imprudente osservanza delle regole dell'arte, dei regolamenti e delle leggi" o, infine, "da grave imperizia".

È da rilevare, in questo approccio, la esclusione della colpa lieve tra le condotte rilevanti per la responsabilità civile e, soprattutto, l'aver stabilito un legame causale tra i comportamenti dei medici e il danno subito da un paziente. Ciò che ricondurrebbe l'intera materia nell'ambito della responsabilità aquiliana. Si tratta di due aspetti che, se trovassero posto in una legge, ridurrebbero significativamente il contenzioso sulla malpractice in Italia.

Limitata possibilità di rivalsa per gli ospedali

Se in prima battuta sono ospedali e strutture mediche a sopportare le conseguenze della malasanità quest'ultimi possono tuttavia rivalersi nei confronti dei medici responsabili delle condotte censurabili attraverso il meccanismo delle rivalse.

Attualmente strutture sanitarie vi fanno normalmente ricorso ma solo quando, nella prestazione di un sanitario, si configura l'evidenza di una colpa grave o di un dolo. I casi di med-mal causati da una colpa lieve di un medico o generati da una cattiva organizzazione della struttura

sanitaria rimangono generalmente in capo a quest'ultima. Nella quasi totalità dei progetti di legge in discussione in Parlamento il possibile ricorso alla rivalsa diverrebbe ancora più circoscritto. La proposta di Grillo (movimento 5 Stelle) consente l'esercizio della rivalsa in caso di dolo (con sentenza passata in giudicato) o di colpa grave ma soltanto se "indotta dall'assunzione di sostanze stupefacenti". Il che rappresenta una stranezza perché, nel considerare gli effetti di una condotta negligente, nulla importa che un medico o un infermiere siano sotto l'effetto di una droga la quale, semmai, può rappresentare soltanto un'aggravante. Negli altri casi di imperizia o negligenza accertata da sentenza passata in giudicato l'eventuale azione di rivalsa - stabilisce il medesimo progetto di legge - verrebbe decisa dal direttore sanitario della struttura e l'ammontare non supererebbe comunque un quinto dello stipendio per un massimo di cinque anni. Il riferimento a sentenze passate in giudicato (conclusi i tre livelli del giudizio) rappresenta un ulteriore "sconto"

Nella proposta dei 5stelle medici a rischio di rivalsa solo per colpa grave indotta dall'assunzione di sostanze stupefacenti

perché possono trascorrere diversi anni tra il momento in cui l'amministrazione ha pagato il sinistro e il momento in cui, concluso l'iter giudiziario del medico, l'ospedale può avviare una rivalsa nei suoi confronti.

Altri progetti di legge sono più severi al riguardo. In quelli del deputato Miotto o del senatore Bianco, del PD, la rivalsa è promossa entro un anno dal risarcimento effettuato dalla struttura sanitaria al paziente danneggiato, sia in seguito a un procedimento giudiziario che in seguito ad accorto extragiudiziale.

Nelle proposte di Monchiero e di Vargiu, entrambi di Scelta Civica, e di Calabrò (Nuovo Centro Destra) la rivalsa può essere attivata in caso di dolo o di colpa grave attestati da sentenze passate in giudicato. Pertanto gli accordi stragiudiziali terrebbero comunque esenti da conseguenze i medici che sono stati responsabili dei relativi "eventi avversi".

Ancora più protettivo nei confronti dei medici è il progetto Fucci (Forza Italia) che non prevede la possibilità di rivalsa da parte delle strutture sanitarie che rispondono interamente "dei danni subiti dai pazienti a causa di imperizia da parte del personale sanitario". E le medesime strutture dovrebbero addirittura sottoscrivere una polizza per coprire le eventuali azioni di rivalsa avviate per danno all'immagine da parte della corte dei Conti nei confronti

del personale medico negligente. I medici che soltanto in caso di dolo - precisa il progetto - potrebbero essere chiamati a partecipare ai maggiori costi delle coperture assicurative subiti dalle proprie strutture sanitarie per i danni che la loro condotta negligente ha causato a un paziente. Un leggero scappellotto.

Anche laddove non si arriva a tanto, l'ammontare massimo della rivalsa che gli ospedali possono richiedere ai medici responsabili di sinistri è comunque modesto in relazione a sinistri spesso milionari posti a carico alle strutture sanitarie. Nelle proposte di legge di Grillo, Monchiero, Vargiu e Calabrò le richieste di compartecipazione non possono superare un quinto dello stipendio per una durata massima di cinque anni; nei progetti di Bianco e Miotto non possono superare i tre anni di stipendio.

A fronte di un rischio così modesto i medici non avrebbero alcuna difficoltà a trovare un assicuratore disposto a offrirgli a buon mercato una polizza di copertura. E per quelli che agiscono privatamente, al di fuori del SSN? Vi sarebbe sempre la possibilità di far intervenire uno speciale fondo di "mutualità forzata a carico del mercato assicurativo" appositamente istituito nei progetti Monchiero e Vargiu (Scelta civica). Comunque vada, insomma, il medico sarebbe salvo.

Riduzione del premio di almeno il 10% in caso di riduzione della sinistrosità (5Stelle)

Premi e massimali delle polizze decise dal Governo

Il principale limite che accomuna molti dei progetti parlamentari sulla malpractice è l'intenzione del legislatore di regolamentare rigidamente le caratteristiche e financo i premi di quelle polizze assicurative obbligatorie stipulate dalle strutture sanitarie per coprire i rischi della madmal. Ad esempio il progetto Grillo (5Stelle), se approvato, imporrebbe alle compagnie l'obbligo di rinnovare i contratti alla scadenza con un tetto del 5% a possibili rincari e con una riduzione "forzosa" del premio di almeno il 10% in caso di riduzione della sinistrosità. I progetti di Monchiero e Vargiu (Scelta Civica) non sono da meno affidando al Ministro della Salute il compito di fissare massimali e premi delle polizze assicurative.

Si tratta di proposte incompatibili con l'esistenza di un libero mercato assicurativo e denotano, da parte dei proponenti, anche una scarsa conoscenza della legislazione comunitaria (prevalente su quella nazionale in queste materie) le cui direttive ac-

cordano alle imprese di assicurazione una piena libertà tariffaria. Se pertanto il Parlamento italiano dovesse approvare simili norme, queste sarebbero irrimediabilmente cassate dalla Corte di Giustizia europea. Per giunta, poiché quei progetti di legge impongono un obbligo d'assicurazione a carico delle strutture sanitarie ma non un obbligo a contrarre a carico delle compagnie, ben difficilmente si troverebbe un'impresa assicurativa disposta a sottoscrivere polizze con premi e massimali imposti politicamente dall'alto.

**Nelle proposte
di Scelta Civica
massimali e premi
delle polizze
fissati per decreto**

Termini di prescrizione ridotti

Un'altra misura convergente nelle proposte di legge sulla malpractice presentate in Parlamento riguarda la riduzione dei termini di prescrizione per i risarcimenti della malasanità. Attualmente, a causa dell'interpretazione della Corte di Cassazione in merito alla responsabilità contrattuale della med-mal, un soggetto che si ritiene danneggiato per malpractice può presentare una richiesta di risarcimento fino a dieci anni dal momento in cui ne ha

acquisito conoscenza. Tutto ciò naturalmente pone medici e strutture sanitarie nella necessità di dover gestire un rischio di Responsabilità Civile per un lungo periodo di tempo, anche di decenni considerando il momento di accadimento dell'evento. Al fine di circoscrivere un'alea che in effetti è assai ampia e per la quale non sono sempre disponibili soluzioni assicurative di trasferimento del rischio, molti dei progetti di legge in discussione contengono una riduzione significativa dei tempi di prescrizione. Questi sono stati rimodulati a cinque anni nelle proposte di Vargiu, Calabrò e Monchiero e scendono a due anni in quelle di Miotto e Bianco.

Se questi sono i principali punti in discussione in Parlamento per mettere ordine nella malpractice medica, i progetti presentati dalle diverse forze politiche contengono anche dell'altro. Ad esempio, meccanismi di conciliazione per ridurre il contenzioso o norme per promuovere una gestione del rischio più accurata da parte di strutture sanitarie e medici. O per circoscrivere l'entità dei risarcimenti attraverso l'utilizzo di nuove tabelle risarcitorie dei gravi danni fisici, una misura già contemplata dal decreto Balduzzi. Si tratta di utili suggerimenti che tuttavia non appaiono sufficienti a superare il limite maggiore di buona parte di quei disegni di riforma (non di tutti), consistente nella ricerca di

scorciatoie per alleggerire la responsabilità dei medici, addossando alla collettività il costo maggiore della malpractice. Tra le diverse proposte fa poi capolino il modello "no fault" caratteristico di alcuni paesi del Nord Europa. A esso guarda, in particolare la proposta di legge Vargiu che istituisce un "fondo di solidarietà" destinato alla erogazione di indennizzi "per danni derivanti da prestazioni sanitarie prodottisi in assenza di un errore personale di un sanitario". La nuova cassa verrebbe finanziata da contributi provenienti dallo stato e anche dal settore assicurativo. Ma con il sostentamento del sistema no fault all'italiana da parte dell'industria delle polizze si smarrirebbe la finalità di un simile cambiamento. Se infatti i premi pagati per la r.c. professionale dovesse provvedere, anche se in parte, al pagamento dei sinistri "no fault" nella sostanza poco cambierebbe, a parte la nascita di un nuovo carrozzone pubblico.

**Nelle diverse proposte
di legge riduzione dei
tempi di prescrizione
per le richieste
di risarcimento
dagli attuali 10 anni
fino a 5-2 anni**

Si muovono le regioni

Se l'obbligo di assicurazione delle strutture sanitarie rappresenta il tratto comune dei progetti legislativi, quella proposta non incontra tuttavia il consenso degli enti che dovrebbero in primo luogo applicarla, le regioni. A loro fa capo l'organizzazione dei servizi sanitari e, quasi sempre, intervengono (o direttamente o attraverso accordi-quadro) nel gestire le coperture per il rischio di med-mal. L'assicurazione obbligatoria della r.c. medica - è detto in un documento della Conferenza delle Regioni illustrato nel gennaio 2014 in un'audizione parlamentare - non rappresenta "la panacea di tutti i mali". E, se anche fosse così, "i costi sarebbero così elevati, e stanti così le cose, pressoché insostenibili per professionisti e strutture, sempre ammesso che vi siano reperibili assicurazioni disponibili a contrarre, delle quali ci si possa fidare (vale a dire solvibili e affidabili)". Cosa fare allora? La via d'uscita, per le strutture sanitarie, è quella della "gestione diretta dei sinistri, perché ne impone l'analisi sistematica e stimola l'individuazione dei possibili correttivi". Tra le cause della malpractice le regioni individuano proprio la eccessiva delega alle assicurazioni che negli ultimi anni avrebbe, a loro dire, fatto abbassare il livello di guardia delle strutture sanitarie sui rischi della malasanità. Quella funzione di risk management deve pertanto tornare sotto il pieno controllo

delle ASL. E poiché i costi delle coperture assicurative sono "elevati", l'indicazione è quella di puntare sulla autoassicurazione "almeno per quanto attiene ai danni 'non catastrofali' per i quali invece si può prevedere una copertura assicurativa gestibile a livello regionale". A regime "la naturale evoluzione sarebbe il rientro in seno alle aziende della gestione di tutti i sinistri, anche di notevole entità".

**“La ricetta delle regioni:
autoassicurazione
e sistema no-fault
finanziato dai cittadini.
Nessun riferimento alla
obbligatoria costituzione
di fondi regionali per
coprire i rischi”**

Le regioni, insomma, concordano sul fatto che le strutture sanitarie abbiano "l'obbligo di avere una copertura assicurativa adeguata" ma quest'obbligo va gestito "in proprio e/o attraverso una copertura assicurativa". Quanto all'estensione del perimetro delle coperture gli enti locali propendono per "un sistema misto, risarcitorio e indennitario, in maniera da tutelare le persone danneggiate da eventi avversi correlati all'attività sanitaria, indipendentemente dal riconoscimento o meno di una responsabilità individuale".

Torna così a fare capolino la proposta di un sistema "no fault" contenuta nel progetto Vargiu ma è diversamente articolata: "tutti i cittadini versano un contributo per assicurarsi contro il rischio di eventi indesiderati da trattamento sanitario non derivanti da responsabilità di alcuno che possa dar luogo a eventuale indennizzo (c.d. "assicurazione del malato")".

Tale fondo può essere gestito a livello nazionale con articolazioni regionali (come accade, per esempio, per l'Inail) con gestione, però, da parte del servizio sanitario regionale". Nella principale indicazione operativa delle regioni, quella relativa all'autoassicurazione, manca poi un componente fondamentale: l'obbligo, da parte delle strutture che seguono questa strada, di costituire fondi-rischio adeguati sul modello delle riserve assicurative. Come si è visto nei capitoli precedenti il tema è delicato. Alcune regioni accantonano fondi ma altre no, i principi contabili in materia sono vaghi e vi sarebbe la necessità di renderli più stringenti per evitare che, nel tempo, si accumulino un rilevante deficit implicito a carico degli enti locali. Ma, sul punto, la Conferenza delle Regioni non ha detto alcunché.

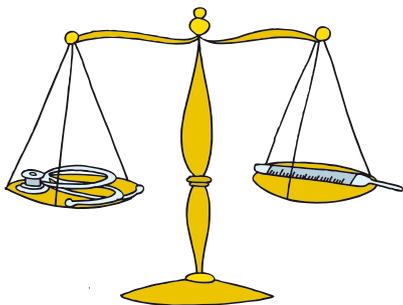
Le critiche degli avvocati alle proposte di riforma

Le audizioni parlamentari svolte a fine 2013 dalla commissione Affari Sociali della Camera sulle proposte di leg-

ge presentate sulla malpractice sono state l'occasione per un pubblico confronto tra i diversi interessi in campo. Se, nel complesso, le associazioni dei medici si sono riconosciute nella sostanza dei progetti presentati dai parlamentari diverso è stato l'orientamento espresso dal Consiglio Nazionale forense in rappresentanza degli avvocati. Questi sono del tutto contrari all'orientamento dal legislatore di concentrare la responsabilità civile dei casi di malpractice sulle strutture sanitarie limitando invece quella dei medici. In questo modo "il paziente - è sottolineato in una memoria presentata dal Consiglio Nazionale Forense - vedrebbe drasticamente ridotta la compagine dei soggetti verso cui indirizzare le pretese risarcitorie in caso di danno". Il salvacon-

dotto offerto ai medici potrebbe indurre quest'ultimi "a una minore soglia di attenzione, diligenza e perizia con evidente pericolo per i pazienti che entrano in contatto con loro". Per le stesse ragioni gli avvocati sono contrari a limitare l'esercizio delle rivalse nei confronti dei medici ai casi di dolo o colpa grave, ciò che "potrebbe favorire ulteriormente il rischioso processo di deresponsabilizzazione professionale del personale sanitario". Anche la riduzione del termine prescrizione da 10 a 5 anni (previsto in alcune proposte di legge) "costituirebbe una riduzione drastica degli spazi di tutela del cittadino". Contrarietà è stata infine espressa anche sulla proposta di disciplinare per iscritto il contratto tra medico e paziente, così da ridurre la litigiosità. Per gli av-

vocati è sufficiente l'obbligo generale di "protezione del professionista nei confronti del paziente" sancito dalla magistratura. Volerne scrivere i contenuti nero su bianco potrebbe "comportare insidie non evidenti per il cittadino" come ad esempio clausole per restringere le responsabilità delle strutture sanitarie o dei medici. Già, però non si è mai visto (con l'eccezione italiana della malpractice medica) un contratto non scritto che riposa su un principio tanto generale/generico. Sembra fatto apposta, quell'atipico contratto, per moltiplicare la litigiosità tra pazienti e medici a tutto vantaggio della categoria forense per la quale, evidentemente, la situazione attuale appare il migliore dei mondi possibile. Al punto da non richiedere cambiamenti sostanziali.



LE PROPOSTE DEGLI ASSICURATORI



ROBERTO MANZATO, Direttore
Centrale Vita, Danni e Servizi - Ania

La problematica della cosiddetta malpractice medica, a volte e da qualcuno, viene identificata con quella dell'elevato costo e carenza di soluzioni assicurative per alcune strutture sanitarie e specializzazioni mediche a elevato rischio. Così facendo, però, si rischia di focalizzare l'attenzione sugli effetti e non sulle cause della problematica rendendo più difficile l'adozione di un approccio razionale alla soluzione della criticità riscontrate.

L'assicurazione, infatti, oltre a essere uno strumento di trasferimento del rischio rappresenta, attraverso il suo prezzo e la sua disponibilità, una misura utile dell'entità del rischio e quando i prezzi salgono e l'offerta diventa più rarefatta bisogna cogliere il segnale che c'è qualcosa nella gestione del fenomeno

sottostante che deve essere gestito e forse riconsiderato.

Va detto preliminarmente che la medical malpractice non è un fenomeno esclusivamente italiano, anzi, in Italia esso si è manifestato temporalmente dopo rispetto ad altri Paesi sviluppati. Naturalmente, la medicina attuale, dal punto di vista della rischiosità, non è peggio di quella passata anzi, è presumibile che sia vero esattamente il contrario, quindi le cause risiedono in aspetti socioeconomici e giurisprudenziali: escalation degli importi stabiliti dai tribunali a favore dei danneggiati, creazione di nuovi diritti e maggior consapevolezza dei pazienti sugli stessi ed, infine, maggiore interesse da parte di alcune categorie di fornitori di servizi legali che incentrano la propria attività economica sulle richieste di risarcimento danni da errori medici.

Per il sistema sanitario le conseguenze economiche delle tendenze in atto appena citate sono i maggiori costi diretti che possono essere assicurativi o afferenti ai risarcimenti in caso di auto-assicurazione e i costi indiretti relativi alla cosiddetta medicina difensiva come ben argomentato nel presente dossier. È naturale quindi chiedersi quali possano essere le soluzioni di policy per mitigare il fenomeno e comprimerne i relativi costi economici. Dal punto di vista assicurativo, va semplicemente, considerato che il premio complessivo che si va a pagare serve a finanziare il costo dei risarcimenti e a remunerare i fattori produttivi del servizio. La tassazione inoltre, come già ricordato nel dossier, ha un certo peso sull'importo finale del premio pagato. Dal momento che in un mercato competitivo i costi dei fattori produttivi tendono a essere minimizzati dalla competizione fra operatori le vere aree di intervento risiedono nel cercare di ridurre il costo sinistri, che peraltro rappresenta normalmente circa i quattro quinti del premio assicurativo di equilibrio, e abbassare la tassazione se la finanza pubblica lo consentisse.

Guardando alle esperienze internazionali si nota che esistono misure utili per mitigare il rischio di errore, come, per esempio, la creazione di organismi indipendenti, con il compito di raccogliere e analizzare gli errori o i "quasi errori" medici (cioè, gli eventi riportati dai medici che avrebbero potuto causare un danno) al fine di formulare procedure e prassi utili a prevenire il

LE PROPOSTE DEGLI ASSICURATORI



verificarsi degli errori. L'implementazione di rigorosi processi di risk management anche sfruttando la tecnologia è efficace nel ridurre la frequenza e il costo dei sinistri.

In altri paesi, inoltre, ove si sono verificate delle carenze di coperture assicurative da parte del settore privato sono stati costituiti dei fondi pubblici o misti con la partecipazione anche dei privati per assicurare i cosiddetti bad risks, cioè rischi che per la loro natura o dimensione non trovano adeguata copertura

sul mercato privato. Si pensi ai rischi seriali come quelli derivanti da eventuali danni cagionati da trasfusioni oppure a specializzazioni mediche altamente a rischio o che fanno uso di tecniche sperimentali.

Va detto che in un sistema come il nostro, basato sulla responsabilità, c'è anche l'opzione di passare a un sistema no-fault, come, per esempio, nei Paesi scandinavi, dove evidentemente si è valutato che i costi indiretti e i costi del contenzioso, fossero elevati rispetto ai valori effettivamente erogati a titolo di risarcimento ai danneggiati rendendo il sistema inefficiente rispetto all'obiettivo di fornire un equo risarcimento. Un tale sistema prevedrebbe che, a determinate condizioni, ci sia un indennizzo senza la ricerca di una responsabilità. Naturalmente esistono anche degli aspetti problematici in tali sistemi come il timore di una sorta di deresponsabilizzazione o la difficoltà di definire con chiarezza il perimetro dell'intervento risarcitorio.

Restando in un sistema basato sulla responsabilità le misure più utili ad affrontare gli effetti indesiderati del fenomeno sono sostanzialmente quelli di rivedere il concetto di responsabilità della struttura e dell'esercente la professione sanitaria in modo chiaro e fissare dei criteri di valutazione del danno rendendoli certi e omogenei su tutto il territorio nazionale e non lasciarli a una eccessiva discrezionalità dell'organo giudicante. Le tecniche per raggiungere l'obiettivo di delimitare chiaramente la responsabilità possono essere diverse, dalla riconduzione a un concetto di responsabilità Aquiliana alla formalizzazione di protocolli o buone pratiche che se seguite correttamente fungano da esimente della responsabilità salvo prova contraria. L'importante in questo caso è fornire regole certe e ragionevoli nella consapevolezza che nelle attività umane molte regole sono convenzionali e è velleitario cercare la regola "giusta".

Per quanto riguarda la valutazione del danno è naturale pensare a una sua standardizzazione. Infatti, per gli infortuni sul lavoro esiste una tabella che standardizza i risarcimenti, anche per l'assicurazione RC-Auto, che è obbligatoria, si è deciso di formulare una tabella standard per il danno biologico, anche se i cittadini e gli assicuratori stanno aspettando l'emanazione della tabella relativa alle lesioni superiori al 10% già da svariati anni. Anche nei danni da responsabilità medica si è deciso, giustamente, di adottare la tabella prevista per la RC Auto. Si spera pertanto che venga finalmente emanata.

Roberto Manzato
Direttore Centrale Vita, Danni e Servizi - Ania

documenti e link

Introduzione

- M.Crivellini - “Quanti morti per la malasanità” (2013)
- Ministero della Salute - “Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella” (2013)
- Tartaglia & altri - “Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani”

Capitolo 1 - Un mercato frammentato

- IBL - “I costi dell’assicurazione sanitaria” (2013)
- Agenas - “Monitor n.34” (2013)
- Agenas - “Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze” (2013)
- Camera dei Deputati - “Commissione parlamentare d’inchiesta sugli errori in campo sanitario: relazione conclusiva” (2013)

Capitolo 2 - Incidenti medici. Le analisi dei broker

- Marsh risk consulting - “Medical malpractice claims analysis V edizione” (2014)
- Regione Lombardia- “Mappatura del rischio del sistema regionale IX Edizione” (2013)

Capitolo 3 - Med-mal una difficile classificazione

- Cassazione (sezione III) - Sentenza - “Responsabilità professionale del sanitario” (1999)
- Zeno Zencovich – “Responsabilità medica in Europa” (2014)

Capitolo 4 - La riforma a metà del decreto Balduzzi

- Aran - “Raccolta sistematica delle disposizioni contrattuali” (2013)
- Aran . “Ccnl dirigenza ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del SSN” (2005)
- Testo coordinato DI n.158/2012 (Decreto Balduzzi)
- DI Misure urgenti per la semplificazione e per la crescita del paese” (2014)

Capitolo 5 - Medici e avvocati in guerra

- Senato - “I dati della prima ricerca nazionale sulla Medicina difensiva” (2010)
- Fondazione Istud- “Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti” (2012)
- Video “Obiettivo risarcimento”
<https://www.youtube.com/watch?v=U2ZMNLwnSS0>
- Video “Amami” - <https://www.youtube.com/watch?v=oUwPS45gt5Q>

Capitolo 6 - La grande fuga degli assicuratori italiani

- Amtrust - “Annual report 2013” (2014)
- Amtrust - “Investor presentation 4°quarter 2013” (2014)
- Camera dei Deputati – “Audizione informale QBE-Amtrust- Newline” (2013)
- Avcp - “Questioni interpretative concernenti l’affidamento dei servizi assicurativi e di intermediazione assicurativa” (2013)
- Consiglio di Stato - “Sentenza su City Insurance” (2013)

- Camera dei Deputati – “Risposta del ministro del Lavoro Elsa Fornero sulla vicenda Faro Assicurazioni” (2012)
- Isvap - “Provvedimento n.2988 su City Insurance” (2012)

Capitolo 7 - Le regioni in ordine sparso verso l'autoassicurazione

- Decreto legislativo n.118/2011 su “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi” (2011)
- Procura regionale Piemonte della Corte dei Conti – “Intervento del Procuratore regionale Piero Floreani” (2013)
- Regione Toscana - “Esperienze regionali di gestione dei risarcimenti e rapporti con la Corte dei Conti” (2013)
- A.Tita:”Medical malpractice insurance: il punto su mercato e regole” prima parte (2014)
- A.Tita:”Medical malpractice insurance: il punto su mercato e regole” seconda parte (2014)

Capitolo 8 - Le regioni in ordine sparso verso l'autoassicurazione

- OECD - “Medical malpractice” (2006)
- Information Insurance Institute - “Medical malpractice” (2014)
- Council of Europe - “Report on medical liability in Council of Europe member states” (2005)
- Injuries Board - “Strategic plan 2012-2016” (2012)
- Accidente Compensation Corporation – “Annual report 2013” (2014)

Capitolo 9 - Parlamento e lobby al lavoro

- **proposta di legge Di Lello (Gruppo misto) c.1423**
- **proposta di legge Giovanni Monchiero (SC) c.1902**
- **proposta di legge Pierpaolo Vargiu (SC) c.1581**
- **proposta di legge Giulia Grillo (5S) c.1312**
- **proposta di legge Giulio Sottanelli (SC) c.1497**
- **proposta di legge Amedeo Bianco (Pd)s.1134**
- **proposta di legge Raffaele Calabrò (Ncd) c.1324**
- **proposta di legge Benedetto Fucci (Fi) c.262**
- **Proposta di legge Benedetto Fucci (FI) c.259**

[Clicca qui per scaricare il file contenente tutti i documenti](#)

Ania

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici

www.ania.it