

I costi dell'assicurazione sanitaria

Analisi delle cause e proposte di policy per un mercato più efficiente

Lucia Quaglino

Introduzione

I premi assicurativi per responsabilità medica sono in significativa crescita.

Tale incremento è condizionato non solo dalla litigiosità tipica del nostro Paese, responsabile dell'aumento del numero di contenziosi,¹ ma anche dalla giurisprudenza, che – occupandosi strutturalmente del caso singolo e non curandosi del calcolo costi/benefici a livello sociale dell'approccio – ha favorito il riconoscimento di nuove fattispecie a cui applicare il diritto al risarcimento e una crescita dei risarcimenti stessi dovuti ai pazienti; inoltre, l'evoluzione del concetto di responsabilità medica ha ridotto gli oneri probatori a carico di chi muove denuncia, a svantaggio dei medici.

L'ampliamento delle tipologie dei danni risarcibili, oltre che dell'ammontare dell'indennizzo, ha reso il settore sanitario sempre più rischioso e meno conveniente – ormai in perdita – per le compagnie assicurative. Considerata anche l'evidente natura specialistica e, quindi, le difficoltà tecniche dell'attività di assicurazione sanitaria, molte compagnie hanno deciso di ridurre la loro offerta o di ritirarsi.

Ma tale minore offerta ha anch'essa contribuito all'aumento dei premi, che in alcuni casi possono diventare insostenibili, in particolare per alcune categorie (tra cui chirurghi, ostetriche, ginecologi, anestesisti).

L'assicurazione è un'infrastruttura fondamentale per il funzionamento dei sistemi economici complessi come la sanità. Una dinamica come quella ora innestata per i casi di *malpractice* può avere effetti deleteri su tutto il sistema: può indurre una sopravvalutazione dei rischi da parte dei medici e ingenerare una spirale negativa dei costi, per le singole strutture e per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nel suo complesso.

Nel recente decreto Balduzzi² questo tema è stato finalmente preso in considerazione, ma le misure adottate non appaiono sufficienti e adeguate.

Di seguito, saranno analizzate le principali cause e conseguenze dell'aumento

1 Ania, "L'assicurazione italiana 2010/2011", Pubblicazioni Ania, 2012, http://www.ania.it/export/sites/default/documenti/f1c73faf-c420-11e1-a32b-f3c446ddba06_Lxas-sicurazione_italiana_2011-2012.pdf; Paolo Fantini – Silvia Giacomelli – Giuliana Palumbo – Gianluca Volpe, "La litigiosità presso giudici di pace: fisiologia e casi anomali", *Questioni di economia e finanza*, Occasional paper n. 92, 2011, http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/quest_ecofin_2/QF_92/QEF_92.pdf.

2 Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012, n. 189.

KEY FINDINGS

- I premi assicurativi per responsabilità medica sono in significativa crescita.
- Tale aumento è dovuto a diverse cause: la dilatazione della definizione della responsabilità del medico e dei diritti dei pazienti, l'aumento dell'entità dei risarcimenti e del numero di danni risarcibili, l'incertezza sull'evoluzione della giurisprudenza, la maggiore litigiosità e i lunghi tempi della giustizia.
- Questo può causare un incremento delle spese per il SSN e l'insostenibilità economica del business per le assicurazioni; inoltre induce un aumento del ricorso alla pratica della medicina difensiva, con un conseguente peggioramento del livello delle prestazioni mediche offerte, e una minor offerta assicurativa.
- Nel decreto Balduzzi viene affrontato tale problema, ma le soluzioni proposte non sono adeguate.
- Alcune proposte alternative includono la revisione del concetto di responsabilità; la limitazione dei danni non patrimoniali e standardizzazione dei criteri di valutazione dei danni; corsi di formazione per migliorare la comunicazione medico-paziente e la fiducia nel SSN; fondi per coprire i "cattivi rischi"; maggior ricorso a forme alternative di soluzione delle controversie e riforma della giustizia per ridurre numero e tempi dei processi.

Lucia Quaglino è Fellow dell'Istituto Bruno Leoni.

dei premi per l'assicurazione medica; quindi, anche in base ai confronti con l'organizzazione del sistema assicurativo sanitario degli altri Paesi, si valuteranno alcune proposte per fronteggiarne gli effetti.

1. Cause e conseguenze dell'aumento delle denunce per responsabilità medica

1.1 Le cause:

Le principali motivazioni dell'aumento dei premi sono riconducibili all'ampliamento della definizione della responsabilità del medico oltre che alla maggior litigiosità – dovuta anche a una crescente consapevolezza dei propri diritti da parte dei pazienti – che fanno aumentare la frequenza delle denunce dei sinistri; l'incremento dell'entità dei risarcimenti e l'ampliamento dei diritti e dei danni risarcibili da parte della giurisprudenza ne fanno invece aumentare il costo medio.

Negli ultimi anni la giurisprudenza ha avvantaggiato soprattutto i pazienti, che tendono a essere sempre più protetti. Da una parte, vi è stata la preferenza e l'ampliamento delle compensazioni per le vittime e/o i parenti delle vittime, dall'altra si è osservato uno spostamento dell'onere della prova della responsabilità dal paziente al medico.

Si distinguono due tipi di responsabilità nei confronti dei pazienti: la responsabilità della struttura sanitaria e quella del medico dipendente dalla struttura. La prima è di tipo contrattuale: l'accettazione in ospedale (sia pubblico che privato) del paziente – vuoi per ricovero vuoi per una visita – comporta la conclusione del contratto. Ha natura contrattuale anche l'obbligazione del medico che, tuttavia, non è fondata sul contratto ma sul “contatto sociale”, ossia un contratto d'opera, non necessariamente formale, nei confronti del paziente che cura. In tal modo viene contrattualizzata la responsabilità del medico, a fronte del quale dovrà garantire diligenza, prudenza e perizia³ nello svolgimento della propria professione. In caso di inosservanza di questi principi, scatta la responsabilità da inadempimento contrattuale.

Inizialmente, la responsabilità medica era di tipo extracontrattuale:⁴ l'accettazione del paziente nella struttura ospedaliera comportava la conclusione di un contratto di opera professionale tra il paziente e l'ente ospedaliero stesso.⁵ Nei casi di ricovero, non

3 “La diligenza individua il modello di precisione e abilità tecnica a cui il debitore deve uniformarsi e indica lo sforzo che deve profondere per adempiere esattamente; la perizia consiste nel complesso di cognizioni tecniche acquisite attraverso lo studio e l'esperienza, nonché nella capacità di metterle in atto nel momento opportuno; la prudenza fa riferimento a un criterio della condotta caratterizzato dall'agire dopo una conveniente riflessione preventiva, osservando le cautele del caso e tenendo in considerazione gli eventuali rischi che possono conseguire da una data condotta”.

4 In caso di illecito di natura extracontrattuale, definita anche aquiliana (regolata dalla norma di cui all'art. 2043 c.c.: “Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”, a cui si aggiungono condotte dolose, comportamenti di natura colposa caratterizzati da negligenza, imprudenza, imperizia ovvero da inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline) è imposto al danneggiato l'onere di dimostrare la colpa, il danno e il nesso di causalità. I termini della prescrizione sono quinquennali.

5 Si veda Corte di Cassazione, sez. III civ., sent. 24 marzo 1979, n. 1716, in *Riv. it. Med. leg.*, 1981, p. 880, che afferma: “L'accettazione del paziente nell'ospedale, ai fini del ricovero oppure di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto d'opera professionale tra il paziente e l'ente ospedaliero, il quale assume a proprio carico, nei confronti del paziente, l'obbligazione di svolgere l'attività diagnostica e la conseguente attività terapeutica in relazione alla specifica situazione del paziente preso in cura. Poiché a questo rapporto contrattuale non partecipa il

erano ipotizzabili rapporti contrattuali diretti del paziente con il sanitario professionista, poiché l'ente ospedaliero pubblico era privo di una propria soggettività giuridica; essendone il medico un dipendente, non erano presi in considerazione possibili rapporti privatistici diretti con i pazienti. Di conseguenza, spettavano al paziente gli oneri probatori relativi al nesso causale tra la patologia denunciata e la prestazione sanitaria ottenuta.

Successivamente, è stato invece riconosciuto che l'attività medica è riconducibile a quella di un libero professionista, per cui la responsabilità professionale medica è stata interpretata in modo analogo alle regole che disciplinano un contratto d'opera professionale:⁶ la Suprema Corte ha quindi adottato il contratto atipico di "spedalità" o di assistenza sanitaria, che prevede una responsabilità di tipo contrattuale⁷ in capo alla casa di cura o all'ente nei confronti del paziente, sia per fatti dolosi o colposi, che per danno ingiusto arrecato per omissione di diligenza nel fornire la prestazione sanitaria. Il medico e l'ospedale, quindi, rispondono a titolo contrattuale dei danni arrecati dal sanitario per il solo fatto del "contatto" intervenuto con il paziente. In virtù di questo nuovo tipo di rapporto, si invertono le posizioni delle parti: mentre il paziente deve dimostrare il contatto sociale con il dottore e il peggioramento della patologia o l'insorgere di un'affezione, spetta al medico provare di aver eseguito la prestazione professionale in modo diligente e dimostrare che non c'è stato inadempimento o che, seppur esistendo, non è stato eziologicamente rilevante.⁸ Questo aumenta le probabi-

medico dipendente, che provvede allo svolgimento dell'attività diagnostica e della conseguente attività terapeutica, quale organo dell'ente ospedaliero, la responsabilità del predetto sanitario verso il paziente per il danno cagionato da un suo errore diagnostico o terapeutico è soltanto extracontrattuale, con la conseguenza che il diritto al risarcimento del danno spettante al paziente nei confronti del medico si prescrive nel termine quinquennale stabilito dal comma 1 dell'art. 2947 c.c." Così anche C. Cass., sez. III civ., sent. 26 marzo 1990, n. 2428, in *Giust. civ. Mass.*, 1990, 3; C. Cass., sez. III civ., sent. 13 marzo 1998, n. 2750, in *Giur. it.*, 1999, pp. 2279 ss.

6 Ex multis, C. Cass., sez. III civ., sent. 29 settembre 2004, n. 19564, in *Giust. civ. Mass.* 2005, 4; C. Cass., sez. III civ., sent. 25 febbraio 2005, n. 4058, in *Giust. civ. Mass.*, 2005, 2; C. Cass., sez. III civ., sent. 26 gennaio 2006, n. 1698, in *Riv. it. Med. Sleg.*, 2006, 6, pp. 1223 ss.; C. Cass., sez. III civ., sent. 19 aprile 2006, n. 9085, in *Giust. civ. Mass.*, 2006, 4; C. Cass., sez. III civ., sent. 13 aprile 2007, n. 8826, in *Resp. civ. e prev.*, 2007, 9, p. 1824. A questa tesi hanno anche aderito le Sezioni Unite della Corte di Cassazione, intervenute recentemente sul tema con una serie di sentenze "gemelle". C. Cass., SS.UU., sent. 11 gennaio 2008, n. 577, in *Foro it.*, 2, c. 455 ss. C. Cass., SS.UU., sent. 11 gennaio 2008, n. 581, in *Foro it.*, 2, c. 453 ss.

7 In caso di illecito di natura contrattuale è richiesta al creditore solo la dimostrazione dell'esistenza dell'obbligazione e del suo mancato o inesatto adempimento. I termini di prescrizione del diritto al risarcimento del danno sono decennali.

8 Nella sentenza 22.1.1999, n. 589 della Corte di Cassazione, i rapporti tra il medico e il paziente sono definiti come "rapporti che nella previsione legale sono di origine contrattuale e tuttavia in concreto vengono costituiti senza una base negoziale e talvolta grazie al contatto sociale". Di conseguenza, la Suprema Corte ha stabilito che "l'obbligazione del medico dipendente del servizio sanitario per responsabilità professionale nei confronti del paziente, ancorché non fondata su contratto, ma sul "contatto sociale" connotato dall'affidamento che il malato pone nella professionalità dell'esercente una professione protetta, ha natura contrattuale: tale natura viene individuata non con riferimento alla fonte dell'obbligazione, ma al contenuto del rapporto".

Quindi nella Sentenza a Sezioni Unite n. 577/2008 della Cassazione: "In tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria e di responsabilità professionale da contatto sociale del medico, ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur

lità di vittoria per il paziente: ciò, a sua volta, ha effetto sulle aspettative e dunque sulla tendenza a presentare denuncia.

L'aumento dei danni risarcibili e dell'ammontare dei risarcimenti rappresenta un ulteriore incentivo alla litigiosità: all'aumento delle denunce per *malpractice* segue, oltre a un peggioramento del rapporto medico-paziente, un incremento dei costi della copertura.

Oltre ai due settori direttamente coinvolti, c'è anche un terzo settore – la giustizia – la cui inefficienza e disorganizzazione portano a un allungamento immotivato dei tempi dei processi,⁹ negando ai pazienti il diritto a risarcimenti in tempi brevi e certi.¹⁰

I lunghi tempi dei processi, oltre alla crescente mole di denunce, contribuiscono ad aumentare i costi dei premi: come si vedrà nel prossimo paragrafo, i maggiori costi impattano sul settore sanitario sia in modo diretto, per via dei crescenti prezzi delle polizze, che indiretto, per la pratica della cosiddetta medicina difensiva.¹¹ Inoltre hanno effetti anche sul settore assicurativo, a causa dei maggiori risarcimenti dovuti e delle più rilevanti spese necessarie ad affrontare i processi.

1.2. Le conseguenze

L'aumento dei sinistri fa crescere i premi e, di conseguenza, fa lievitare anche i costi nei settori sanitario e assicurativo.

Per quanto riguarda il primo, i medici devono sostenere dei costi di assicurazione molto elevati: per ridurre il rischio di essere denunciati e di subire un conseguente ulteriore aumento della polizza sanitaria, molti professionisti adottano la prassi della medicina difensiva, che consiste nella pratica di prescrivere esami diagnostici e misure terapeutiche inutili e/o eccessivi rispetto agli effettivi bisogni, ossia non finalizzati ad assicurare una miglior salute al paziente, ma a proteggere sé stessi dal rischio di cause legali per *malpractice*. La medicina difensiva può assumere anche carattere “negativo”, rappresentato dal tentativo di evitare di curare (ad esempio, escludendo alcuni pazienti “a rischio” da taluni trattamenti) i casi più complessi e i pazienti considerati a più alto rischio, che aumentano le probabilità di dover affrontare un contenzioso.

Da diversi studi¹² emerge che nella pratica clinica viene spesso usata la medicina difen-

esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante”. Quest'impostazione fu poi confermata da successive sentenze della Cassazione a Sezioni Semplici (ad esempio, la n. 15993/2011, la n. 1538/2010 e la n. 20101/2009).

Piero Calabro', “Responsabilità civile in materia sanitaria. Dall'evoluzione giurisprudenziale all'abnorme crescita dei casi giudiziari”, *Altalex*, 2009, <http://www.altalex.com/index.php?idnot=48364>; Chiara Molinari, “La natura della responsabilità civile del medico dipendente da una struttura sanitaria”, *Altalex*, 2010, <http://www.altalex.com/index.php?idnot=12466>.

9 La classifica mondiale Doing Business della World Bank mette l'Italia al 160° posto su 185 per la capacità di risoluzione delle controversie.

10 Istituto Bruno Leoni, *Liberare l'Italia. Manuale di riforme per la XVII legislatura*, Torino, IBL Libri, 2013.

11 “La medicina difensiva si verifica quando i medici prescrivono test, procedure diagnostiche o visite, oppure evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la loro esposizione ad un giudizio di responsabilità per *malpractice*. Quando i medici prescrivono extra test o procedure, essi praticano una medicina difensiva positiva; quando evitano certi pazienti o trattamenti, praticano una medicina difensiva negativa” (Definizione elaborata nel 1994 dall'OTA, Office of Technology Assessment, U.S. Congress).

12 Un'analisi del Centro Studi “Federico Stella” del 2008 sulla Giustizia penale e la Politica criminale

siva, soprattutto dai medici giovani, sebbene la frequenza di utilizzo sia indipendente dalle caratteristiche socio-anagrafiche. I motivi che li inducono ad adottarla sono riconducibili in larga misura al timore di ripercussioni legali.¹³

Questo fenomeno ha un impatto economico che corrisponde al 10,5% della spesa sanitaria totale;¹⁴ a questo potrebbe poi aggiungersi un aumento della spesa *out-of-pocket* dovuta al peggioramento della fiducia da parte dei pazienti nel sistema sanitario e nell'assistenza ricevuta.

Poiché si riduce sempre di più la convenienza economica per le assicurazioni a stipulare polizze con medici ed ospedali – come si vedrà in modo più approfondito nel paragrafo successivo – le assicurazioni si rifiutano di assicurarli, mentre molte strutture ospedaliere non sono in grado di sostenere i costi in aumento delle polizze assicurative. Un crescente numero di ospedali pubblici si trova quindi costretto ad auto-assicurarsi, ossia a rimborsare i casi di *malpractice* con i soldi pubblici.

Per quanto riguarda il mercato assicurativo, le compagnie devono sostenere gli ingenti costi dei sinistri delle strutture sanitarie (circa 72 euro per ricovero secondo un'indagine Marsh & McLennan):¹⁵ l'aumento, dell'8% tra il 2002 e il 2010 (quando i premi totali corrispondevano a circa 500 milioni di euro), della raccolta assicurativa sanitaria derivanti dai premi non è stato sufficiente a compensare le maggiori uscite (per le cause sopra descritte), per cui da oltre un decennio le compagnie del settore si trovano costrette ad operare in perdita, stimata intorno ai 250-300 milioni annui (che include solo il costo sinistri generato da responsabilità mediche accertate).

Il rapporto fra sinistri e premi per assicurare la copertura della responsabilità civile delle strutture sanitarie, nel 2010, era infatti pari al 159%: per ogni 100 euro di premi incassati, le compagnie hanno sostenuto costi corrispondenti a quasi 160 euro, solo per il pagamento dei sinistri (senza tener conto, dunque, delle altre spese relative all'assunzione e liquidazione dei danni, oltre che delle spese generali). Si tratta di livelli non più economicamente sostenibili.

La minore convenienza economica ad operare nel settore induce molte imprese del mercato assicurativo ad uscirne, riducendo l'offerta disponibile e portando, quindi, a un ulteriore aumento dei costi delle assicurazioni.

Di seguito, saranno analizzati alcuni dati sui costi dei sinistri e dei premi, tali in conse-

ha coinvolto 307 medici, con anzianità di servizio medio-alta, operativi soprattutto in ospedali pubblici. Un altro studio è stato condotto dall'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 2010, su un campione probabilistico di 2.783 medici, sia nel settore pubblico che privato, stratificato per età, area geografica, rappresentativo di tutte le categorie esclusi gli odontoiatri fino a 70 anni. Infine, è stato fatto uno studio sulla medicina d'urgenza del 2010 su 1.327 medici, operativi soprattutto in ospedali pubblici e proveniente da Lombardia e Piemonte, con età compresa tra i 37 e i 47 anni e tra i 48 e i 59 anni, con anzianità di servizio medio-alta.

13 Fondazione Istud, "Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti", Programma "Scienziati in Azienda" – XII Edizione, Stresa, 26 settembre 2011-16 luglio 2012, 1° Project Work, <http://www.fsk.it/eventi/documentieventi/2012-11-09c.pdf>.

14 Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, "Chi si difende da chi. E perché? I dati della prima ricerca nazionale della Medicina Difensiva", Roma, 23 novembre 2010, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9848861.pdf>.

15 Marsh & McLennan, "3° Edition medical claims analysis of Marsh clients public hospital", citato in Roberto Manzato, "Responsabilità sanitaria e assicurazioni: alcune criticità e possibili soluzioni", Convegno "Legge Balduzzi – cosa cambia nella valutazione della colpa", Ania, Milano, 12 dicembre 2012, http://www.cnpds.it/documenti/manzato_relazione.pdf.

guenza delle cause sopra analizzate.

1.3 L'assicurazione sanitaria italiana:

Nel 2010 (ultimo anno disponibile) il numero di sinistri delle strutture sanitarie è stato pari a 21.353, che rappresenta i due terzi circa dei sinistri denunciati per il totale settore della RC sanitaria, complessivamente pari a 34.000.

Rispetto all'anno precedente non si evidenziano grandi differenze (se non una lieve riduzione dello 0,6%), ma in confronto al 2008 si sono registrati aumenti, per lo più dovuti agli incrementi del contenzioso, che hanno portato il numero di denunce a riallinearsi ai livelli del 2000, vanificando così i miglioramenti che si erano registrati nel periodo 2000-2007 (tabella 1).

TABELLA 1 Numero dei sinistri denunciati – strutture sanitarie		
Anno di protocollazione	Numero di sinistri denunciati	Variazione (%)
1994	6345	
1995	11411	79.90%
1996	13028	14.20%
1997	18672	43.30%
1998	21678	16.10%
1999	23261	7.30%
2000	23249	0.00%
2001	21911	-5.80%
2002	19028	-13.20%
2003	16566	-12.90%
2004	16356	-1.30%
2005	16343	-0.10%
2006	16424	0.50%
2007	16128	-1.80%
2008	17746	10%
2009	21476	21%
2010	21353	-0.60%

Si tratta di una stima ANIA dei sinistri per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione rappresentanti circa il 32% della raccolta premi (nel 2010) del ramo RC Generale

Fonte: Ania

Per quanto riguarda il rapporto sinistri a premi, la media per le varie generazioni nel 2010 era pari al 175%, mentre per la generazione di sinistri protocollati nel 2010 corrispondeva al 159%. In particolare, all'aumentare del numero di sinistri e delle informazioni relative a questi, si osserva come le generazioni di sinistri protocollati dal 1994 al 2003 registrassero un rapporto sinistri a premi elevatissimo, che è arrivato a toccare punte pari al 469% nel 1998. Questo spiega il motivo per cui la media per le varie generazioni è maggiore di quella del 2010. Il trend di aumento si interrompe dal 2004, pur restando insostenibile: la riduzione dei livelli del rapporto sinistri a premi (tabella 2) è riconducibile al miglioramento della capacità di stima e previsione dei trend in atto del-

le imprese, sebbene rimanga problematica la stima dei costi medi, che nella maggior parte dei casi vengono sottostimati, anche a causa dei frequenti cambiamenti al rialzo della giurisprudenza in materia di entità del danno da risarcire.

TABELLA 2
Rapporto "sinistri/premi" al 31/12/2010 – strutture sanitarie

Anno di protocollazione	Al 31/12/2002	Al 31/12/2004	Al 31/12/2005	Al 31/12/2006	Al 31/12/2007	Al 31/12/2008	Al 31/12/2009	Al 31/12/2010
1994	266%	333%	319%	311%	312%	315%	318%	311%
1995	210%	239%	245%	216%	217%	216%	218%	216%
1996	227%	227%	225%	222%	220%	227%	222%	222%
1997	262%	419%	396%	409%	366%	417%	409%	409%
1998	180%	444%	417%	469%	395%	477%	476%	469%
1999	198%	315%	315%	406%	302%	412%	408%	406%
2000	152%	228%	225%	247%	231%	260%	251%	247%
2001	165%	218%	212%	209%	196%	234%	225%	209%
2002	188%	228%	229%	310%	209%	224%	216%	310%
2003		180%	184%	214%	164%	173%	178%	214%
2004		129%	148%	154%	140%	138%	134%	154%
2005			155%	116%	142%	121%	125%	116%
2006				118%	143%	136%	135%	126%
2007					118%	112%	106%	96%
2008						100%	144%	137%
2009							159%	161%
2010								159%

Fonte: Ania

Il costo medio dei sinistri continua infatti a registrare aumenti, a conferma del carattere estremamente aleatorio, in termini di costi e tempi, dei risarcimenti (tabella 3). Ad esempio, nell'arco di 10-12 anni, la valutazione dei costi dei sinistri protocollati nel 1994 è quasi raddoppiata, passando da 16.410 euro a 28.023 euro, e trend simili sono osservabili per le altre generazioni di sinistri: quella del 2002, da 20.157 euro nel 2002, è arrivata a 42.371 nel 2010, registrando un tasso di crescita del 110%. Questo fenomeno (che tuttavia non è una peculiarità del mercato italiano e del settore sanitario), è dovuto alla complessità della valutazione: negli anni la giurisprudenza tende a riconoscere importi sempre più elevati – maggiori dell'indice di inflazione del costo della vita – per i danni che implicano delle lesioni fisiche.

TABELLA 3
Evoluzione del costo medio dei sinistri al 31/12/2010 – Totale RC Medica (Importi in milioni di euro)

	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1994	16410	30212	28989	29833	28421	28904	29012	28023
1995	14418	21464	21406	22976	22488	22687	22676	22190
1996	16961	23253	22000	21789	21622	23819	23493	23028
1997	25331	31082	29594	29214	28961	32948	31940	31950
1998	17939	24517	22474	30152	29966	34271	33924	33184
1999	22820	28144	28556	32063	32571	37281	36511	36584
2000	22254	32298	33887	37600	37634	39968	40605	40134
2001	21843	31675	33152	36757	35974	40042	40159	37457
2002	20157	33026	35298	39903	38490	42732	43196	42371
2003		30306	34379	39475	39080	44521	47241	46169
2004		22706	29755	36545	38349	44083	43304	43653
2005			26670	33174	35471	42383	42245	41277
2006				30659	33408	41476	42019	41779
2007					26670	38266	38816	39537
2008						29505	34067	39427
2009							25083	33225
2010								27689

Fonte: Ania

Dal 2009 al 2010 il costo delle polizze per la copertura del rischio derivante da denunce di *malpractice* è passato da 485 milioni di euro a 500; i premi complessivi nel decennio 2000-2010 sono aumentati del 7,8% (6,2% per le strutture sanitarie e 10,5% per i professionisti).

Infine, secondo un'indagine sulle strutture sanitarie pubbliche in Italia condotta dalla Marsh & McLennan¹⁶ (“3° Edition medical claims analysis of Marsh clients public hospital”), il costo sinistri sarebbe pari a 72 euro per ricovero (131 euro per le cliniche ortopediche, 67 euro per gli ospedali universitari); 2,688 euro per numero di letti; 4,569 euro per numero di medici; 1,959 euro per numero di infermieri.

Il costo sinistri è la variabile che incide maggiormente (stimabile intorno al 75% prima delle imposte) sul costo del premio totale, mentre le altre variabili (imposta sul premio – pari a ben il 22,5% – provvigioni, spese sanitarie, interessi su riserve e capitale, costo del capitale e tasse sul reddito dell'impresa) sono poco rilevanti o sono esogene o comunque facilmente prevedibili e poco volatili e, quindi, non direttamente controllabili dall'impresa di assicurazione.¹⁷

Nei paragrafi che seguono si analizzeranno alcune proposte finalizzate a ridurre il costo dei sinistri.

16 Marsh & McLennan, “3° Edition medical claims analysis of Marsh clients public hospital”, citato in Roberto Manzato, “Responsabilità sanitaria e assicurazioni: alcune criticità e possibili soluzioni”, Convegno “Legge Balduzzi – cosa cambia nella valutazione della colpa”, Ania, Milano, 12 dicembre 2012, http://www.cnpds.it/documenti/manzato_relazione.pdf

17 Roberto Manzato, “Responsabilità sanitaria e assicurazioni: alcune criticità e possibili soluzioni”, Convegno “Legge Balduzzi – cosa cambia nella valutazione della colpa”, Ania, Milano, 12 dicembre 2012, http://www.cnpds.it/documenti/manzato_relazione.pdf.

2. Indicazioni di policy: gli esempi internazionali

Le varie soluzioni adottate all'estero suggeriscono come siano necessari diversi tipi di intervento per mitigare il rischio di *malpractice* medica e ridurre il costo sinistri, così da incrementare la disponibilità di coperture a parità di budget complessivo. Sulla base dei confronti internazionali, saranno quindi formulate alcune proposte per il mercato italiano.

In molti Paesi è stato adottato l'approccio della gestione integrata del rischio (*risk-management*): a tal fine, sono stati creati dei veri e propri organismi per l'analisi e il monitoraggio dei rischi sanitari (ad esempio, in Francia, esiste l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Si tratta di istituzioni indipendenti, così che i medici si sentano liberi di fornire le informazioni necessarie, senza il timore che queste possano essere usate contro di loro o, comunque, a loro svantaggio.

Le agenzie sono responsabili della raccolta di dati e informazioni necessarie ad analizzare e monitorare gli errori medici, sulla base delle quali formulano raccomandazioni e linee guida che consentano di evitare gli errori più frequenti e di migliorare la qualità delle cure senza ricorrere a strumenti legislativi. Tra queste, l'associazione francese Arres (Anesthésie Réanimation Risque et Solution) e l'American Society of Anaesthesiologists negli USA, che sono state in grado di migliorare le condizioni assicurative degli anestesisti.

Un altro strumento è quello dei fondi a garanzia di assicuratori e assicurati, in alcuni Paesi pubblici, in altri pubblici-privati, per supportare il settore assicurativo nei tipi di rischio più costosi, quelli difficilmente collocabili sul mercato nazionale e internazionale (quali le infezioni diffuse).

In Francia, ad esempio, esistono diversi Fondi: il Fondo ONIAM, controllato dal Ministero della Sanità, per risarcire ai pazienti, al superamento di certe soglie e in base a rimborsi standard, il danno senza colpa subito dai pazienti, così da garantire loro rimborsi certi. Il Fondo di garanzia FAPDS, costituito da contributi annui forfettari dei medici, integra i danni eccedenti il massimale garantito dall'assicurazione obbligatoria privata. Infine, il Fondo di garanzia (FGAO), in cui confluiscono i contributi di compagnie e assicurati, interviene nei casi di non assicurazione e insolvenza.

Sotto il profilo giuridico, soprattutto i Paesi nordici hanno preferito al sistema a responsabilità ("tort system"), dove la compagnia assicuratrice risponde per il danno causato dal suo assicurato, uno "no fault", che prevede un risarcimento standardizzato senza l'attribuzione della colpa, ma solo in base al fatto che ci sia stato un danno per il paziente o che il danno sarebbe potuto essere evitato. Più che trovare il responsabile, come nel primo caso, si tende a favorire il risarcimento per il danneggiato.

Esso andrebbe applicato a circoscritte categorie di eventi, per cui la somma dei costi diretti per il contenzioso e di quelli indiretti (medicina difensiva, lunghi tempi di risarcimenti legati ai tempi della giustizia, difficoltà alla creazione di un database uniforme per l'analisi dei dati), risulta sproporzionata rispetto all'ammontare del risarcimento riconosciuto ai danneggiati. Tuttavia, a fronte di una riduzione dei costi, ci si imbattebbe in svantaggi riconducibili alla deresponsabilizzazione degli operatori, che potrebbe portare a una minor capacità di selezione dei soggetti che commettono meno frequentemente errori, al riconoscimento di risarcimenti anche per i casi dove invece non sussiste l'errore e a un peggioramento della qualità delle cure fornite (*moral hazard*): se, infatti, il risarcimento è indipendente dall'attribuzione della colpa, i medici hanno meno incentivi a fare bene il proprio mestiere. Questa soluzione andrebbe quindi presa in considerazione solo se i costi per affrontare il contenzioso nel sistema

a responsabilità superassero i benefici legati ai risarcimenti delle vittime nel modello “no fault”.¹⁸

Dagli esempi analizzati emerge che non esiste un unico approccio standard ideale, bensì sono possibili diverse soluzioni, che coinvolgono tanto gli attori pubblici quanto quelli privati, che vanno adattate alle diverse circostanze e peculiarità nazionali. Prima di valutare quali potrebbero essere in Italia le *policies* più efficaci per definire una miglior sistema di identificazione e risarcimento per i danni, oltre a limitare gli errori medici, nel prossimo paragrafo si analizzano le misure in materia prese in considerazione nel decreto Balduzzi del 2012, a cui va riconosciuto il merito di aver affrontato questo problema, sebbene le soluzioni adottate non sembrano ancora essere sufficienti.

3. Il decreto Balduzzi: pro e contro

Recentemente il problema delle assicurazioni sanitarie è stato affrontato nel decreto Balduzzi (decreto-legge n. 158/2012), in particolare all'articolo 3, dove si definisce la “Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie”. Tuttavia, tale intervento normativo non sembra intervenire in modo efficace sui costi delle polizze, come si vedrà di seguito in dettaglio.

3.1 Responsabilità penale:

Al comma 1¹⁹ si esonerano dalla responsabilità penale per colpa lieve coloro che si sono attenuti alle linee guida e buone pratiche. Tuttavia è il piano civile a far aumentare l'entità dei risarcimenti: sebbene, quindi, sul piano penale il medico potrebbe uscirne senza responsabilità, va comunque determinato e risarcito il danno per responsabilità civile.

3.2 Fondo per alcune categorie professionali

Al comma 2²⁰ si propone la costituzione di un fondo per coprire alcune categorie professionali. A tale fondo dovrebbero contribuire i professionisti per una misura fissata tramite la contrattazione collettiva, e le imprese assicurative, per una quota non maggiore

18 Ania, “Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali”, Roma, 31 ottobre 2012, http://www.ania.it/export/sites/default/documenti/8f029184-2450-11e2-b408-f3c446ddba06_CAMERA-Audizione_rc_sanitaria_-31.10.12.pdf; Maria Bianca Farina, “Dalle ragioni di tutti ad una soluzione condivisa”, Convegno “La salute: assicurare la medicina e proteggere i cittadini”, Ania, Roma, 29 novembre 2012; Oecd, “Medical *Malpractice*. Prevention, Insurance and coverage option”, *Policy Issue in Insurance*, n. 11, Oecd Publishing, 2006, <http://www.aemh.org/pdf/OECDMedicalMalpractice.pdf>.

19 “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”.

20 “(...) al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti, in conformità ai seguenti criteri: a) determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta (in misura definita in sede di contrattazione collettiva), e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso (...)”.

al 4% dei premi del settore RC sanitaria. C'è l'elevato rischio – per non dire certezza – che tale quota trovi copertura tramite gli aumenti dei prezzi delle polizze; inoltre, non è chiaro di quali casi si occuperà il fondo, se solo quelli dove ha effettivamente senso l'intervento pubblico (ad esempio, per evitare che i cattivi rischi si concentrino in capo a pochi soggetti), o se invece si amplierà il suo margine d'intervento, così da diventare una forma di sussidio alle imprese del settore, soprattutto per i risarcimenti al di fuori dei mercati assicurativi.

3.3 Clausole bonus-malus

Lo stesso comma, alla lettera c,²¹ prevede l'introduzione di clausole contrattuali “bonus malus”, sul modello di quello delle polizze RC auto, in modo che il premio aumenti o diminuisca in base ai sinistri commessi dai singoli dottori: chi non ne ha compiuti non subirebbe l'incremento delle tariffe. Tuttavia, *già oggi i prezzi delle polizze tengono conto della sinistrosità degli assicurati, quindi tale proposta non sarebbe particolarmente incisiva.*

3.4 Disdetta

La disdetta sarebbe poi possibile solo per “reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario (accertata con sentenza definitiva)”: se da una parte porre dei limiti alla disdetta disincentiva la volontà a contrarre, dall'altra potrebbe avere solo limitati effetti sui costi perché ciò che influenza i costi assicurativi non è tanto la condotta colposa, quanto il dover effettivamente sostenere la spesa per l'erogazione di un risarcimento, che può avvenire anche in fase transattiva.

3.5 Danno biologico:

Il comma 3²² prevede il risarcimento per il danno biologico²³ cagionato dai professionisti sanitari, sulla base di una tabella nazionale unica che risulta essere inesistente.²⁴

3.6 Risk-management

Infine, l'art. 3 bis²⁵ intende incentivare l'analisi e la ricerca di soluzioni per ridurre i

21 “c) prevedere che i contratti di assicurazione debbano essere stipulati anche in base a condizioni che dispongano alla scadenza la variazione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri e subordinare comunque la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario (accertata con sentenza definitiva)”.

22 “Il danno biologico conseguente all'attività dell' esercente della professione sanitaria e' risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo”.

23 “Consiste nella lesione dell'interesse, costituzionalmente garantito (art. 32 Cost.), all'integrità fisica della persona. Questo sussiste in presenza di una lesione fisica o psichica della persona”.

24 Sembra che, data la lontananza delle posizioni degli attori coinvolti, il Dpr di regolamentazione, atteso dal 2005, sarà ulteriormente rimandato al prossimo governo. “Per le tabelle nazionali si fa strada la revisione”, Il Sole 24 Ore – Motori 24, 17 aprile 2013, <http://www.motori24.ilsole24ore.com/Norme-Fisco/2013/04/danno-biologico-tabelle-nazionali-revisione.php?uuid=87a7b996-a768-11e2-82ba-89cca4ad5083>

25 “Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi

costi per la gestione e monitoraggio dei rischi sanitari senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Per poter far questo, sarebbe necessaria un'attenta e seria revisione della spesa sanitaria: in seguito ai tagli, le priorità del servizio sanitario nazionale sarebbero però altre rispetto al *risk-management* (*in primis*, il mantenimento di un elevato standard di cure), lasciando così poche speranze sulla sua effettiva implementazione.

3.7 Onere della prova

Un altro tema non affrontato è quello dell'inversione dell'onere della prova, stabilito dalla Cassazione, per cui è in capo al medico l'onere di dimostrare che ciò che è accaduto in seguito ad un intervento non è colpa sua. Tuttavia, non è sempre possibile determinare e identificare le cause di complicazioni e problemi verificatosi durante gli interventi: ad esempio, in seguito ad un intervento di protesi all'anca, può lesionarsi il nervo sciatico. La letteratura medica, tuttavia, considera questa una casistica frequente ma non evitabile, in quanto non è in grado di identificarne una ragione. In tutti questi casi, il medico non è nella condizione di poter dimostrare di non aver colpa, quindi tutti i danni diventano potenzialmente risarcibili.

Peraltro, questo rende anche impossibile la disdetta per “reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario (accertata con sentenza definitiva)”, ai sensi del comma 2, lettera 3 del decreto Balduzzi, in quanto non è verificabile con certezza l'evidenza dell'errore medico.

Le recenti misure normative sembrano quindi aver riconosciuto e individuato il problema e, sotto certi punti di vista, paiono aver imboccato il giusto sentiero verso il miglioramento del modello. Tuttavia, sono ancora insufficienti e inadeguate a ridurre il rischio di *malpractice*, contenere i costi e aumentare la disponibilità di coperture assicurative.²⁶

Di seguito, si analizzano alcune proposte alternative e/o correttive.

4. Proposte

Gli interventi necessari a ridurre i costi da *malpractice* e, quindi, quelli delle polizze, coinvolgono sia il settore sanitario che il modello assicurativo attuale, oltre alla giustizia, che va resa più efficiente per ridurre le spese processuali. Devono essere finalizzati a monitorare e limitare il rischio medico senza peggiorare la qualità delle cure fornite e prevedere meccanismi di compensazione rapidi e non eccessivamente onerosi.

4.1 I settori assicurativo e sanitario

Rimanendo all'interno di un sistema a responsabilità, qual è già quello attuale, si potrebbe:

- ridefinire i concetti di colpa ed errore: bisognerebbe monitorare con costanza i rischi sanitari, individuando le pratiche sanitarie più soggette a rischio di esito non ottimale per motivazioni “esogene”, ossia non direttamente controllabili e imputabili ai medici, riconoscendo loro le dovute attenuanti;
- analizzare e dare una migliore definizione e delimitazione dei danni che possono al rischio clinico”.

²⁶ Roberto Manzato, “Responsabilità sanitaria e assicurazioni: alcune criticità e possibili soluzioni”, Convegno “Legge Balduzzi – cosa cambia nella valutazione della colpa”, Ania, Milano, 12 dicembre 2012, http://www.cnpds.it/documenti/manzato_relazione.pdf.

essere ricompensati, soprattutto per quanto riguarda quelli non economici, basati per lo più su criteri soggettivi;

- prevedere dei corsi di formazione per il personale sanitario, focalizzati sulla prevenzione dei danni da *malpractice* e minimizzazione degli eventuali danni, oltre che finalizzati a migliorare la comunicazione medico-paziente, in modo da migliorare il rapporto e la fiducia tra i due soggetti e ridurre la litigiosità;
- stabilire dei criteri precisi oggettivi ed ex lege per valutare il danno economico (ad esempio, tassi di disabilità armonizzati);
- creare un fondo di perequazione dei rischi per i “cattivi rischi”, così da ridurre le barriere all’ingresso di potenziali nuovi competitori scoraggiati dall’eventualità che tali rischi possano concentrarsi in capo a pochi soggetti specializzati. Grazie ai fondi si garantirebbe una copertura ai professionisti che devono sottoscrivere le polizze per i rischi più elevati, evitando così la concentrazione di elevati costi su un gruppo ristretto di compagnie assicurative, con il rischio di rendere meno attraente per queste ultime il settore e limitarne ulteriormente la crescita. Il fondo di perequazione consentirebbe infatti di spalmare su un numero maggiore di soggetti il “cattivo rischio” e il relativo costo: il costo marginale si ridurrebbe all’aumentare delle compagnie, rendendo così sempre più attraente l’ingresso.
- i fondi potrebbero essere finanziati tramite la fiscalità generale oppure tramite fondi consortili obbligatori: nel primo caso, si sposterebbe il rischio dai medici e dai loro pazienti alla totalità dei contribuenti; nel secondo caso, si limiterebbe la libertà delle imprese assicuratrici ma, a fronte di un limitato impatto sulle loro finanze, si garantirebbe una copertura anche per i rischi più gravi;
- prevedere, per gli ospedali, la possibilità di *opt-out* con eventuale possibilità di auto-assicurazione, a condizione che dimostrino che quest’ultima opzione è quella più conveniente dal punto di vista economico, ossia quella che pesa meno sulla finanza pubblica.

Un ultimo settore su cui è necessario intervenire è quello della giustizia, che sarà approfondito nel prossimo paragrafo.

4.2 La giustizia

La giustizia italiana va resa più efficiente: una giustizia più produttiva è infatti una giustizia meno costosa, che rende meno onerosi anche i costi dell’assicurazione.

Oggi ci scontriamo invece con una legislazione ipertrofica, poco chiara, a cui si aggiunge la relativa burocrazia attuativa, che richiedono costi – sia in termini di tempo (i processi sono molto lunghi) che economici (per sostenere le lunghe cause, oltre che in termini di impatto sul Pil, come dimostrano, tra gli altri, gli studi della Banca d’Italia e Confindustria) – per interpretare e dare attuazione agli obblighi di legge.

I rapporti nazionali e internazionali parlano chiaro da questo punto di vista: secondo il “Doing Business 2012” della World Bank, in Italia servono 1.210 giorni per tutelare un contratto (394 in Germania, 389 in Gran Bretagna e 331 in Francia), un valore quasi doppio rispetto ai 692 giorni della media dei paesi Ocse. L’incertezza che ne consegue, oltre a compromettere il funzionamento della giustizia, ha anche impatti economici, che la Banca d’Italia stima pari a un punto percentuale di Pil. Secondo il Centro Studi Confindustria l’abbattimento del 10% dei tempi della giustizia civile consentirebbe di guadagnare lo 0,8% del Pil annuo, mentre se si smaltissero le cause pendenti si arriverebbe al 4,9% del Pil.

Il Consiglio europeo sull’efficienza della giustizia calcola che lo Stato italiano spende

per tale settore quasi 73 euro per abitante – a fronte dei 64 della Finlandia e dei 60,5 della Francia – e ha il più alto numero di avvocati per 100.000 abitanti (349,6; in Francia, 79,6; in Finlandia 35,2), eppure ci impiega 493 giorni a concludere un processo (a fronte dei 279 in Francia e dei 259 in Finlandia).²⁷ È quindi un problema evidente quello dell'inefficace utilizzo delle risorse a disposizione: eppure, regolamentazioni e legislazioni più produttive, cioè di qualità migliore, rendono più comprensibili, oltre che facilmente e velocemente attuabili, le regole, generando così maggior fiducia e stabilità in esse, oltre che una crescente certezza e determinatezza dei rapporti giuridici.

In particolare, per quanto riguarda i settori oggetto del presente studio, è opportuno intervenire per disincentivare le cause pretestuose, smaltire il pregresso e ridurre la durata dei processi.

Per contenere la domanda di giustizia serve un sistema di arbitrato che renda giustizia in tempi rapidi ed eviti il ricorso al penale. A tal fine, può essere ulteriormente favorita l'adozione dell'ADR (Alternative Dispute Resolution), già oggi ampiamente utilizzata. Tuttavia, serve un maggior sforzo di sensibilizzazione per incentivare le parti, fin dalla stipula dei contratti, a prevedere il ricorso ai sistemi alternativi, sia nella fase di accertamento che in quella di giudizio.²⁸ La Commissione europea, in un rapporto sul funzionamento dei sistemi giudiziari, per migliorarne la produttività consiglia di aumentare la raccolta di dati sulle esperienze di ADR in corso.

Per quanto riguarda le cause pretestuose, uno strumento potenzialmente utile è rappresentato dalla migliore definizione della lite temeraria,²⁹ riformata per ben tre volte tra il 2009 e il 2011. In tal caso, è prevista la responsabilità aggravata, che comporta il risarcimento di tutti i danni alla parte lesa dovuti alla partecipazione a un processo immotivato. Nella sua formulazione originaria, tale norma era rimasta “lettera morta”,³⁰ tuttavia anche la stratificazione di regole che si sono susseguite sembra aver creato un'incertezza che ne ha disincentivato l'utilizzo,³¹ come suggerisce l'elevatissimo livello di litigiosità del nostro Paese.³² Eppure un diffuso utilizzo di questo strumento potrebbe disincentivare coloro che, attirati dagli ingenti risarcimenti, intentano giudizio nella speranza di vincere, pur senza reali motivazioni, riducendo così la domanda di processi non giustificata da cause fondate e contenendo il tasso di litigiosità.

27 Council of Europe, “European Judicial systems. Edition 2012 (2010 data). Efficiency and quality of justice. An overview”, European Commission for the efficiency of justice (CEPEJ), 2012, http://www.coe.int/T/dghl/cooperation/cepej/evaluation/2012/Synthese_Version_finale_en.pdf.

28 Istituto Bruno Leoni, *Liberare l'Italia. Manuale di riforme per la XVII legislatura*, Torino, IBL Libri, 2013.

29 Viene definita “lite temeraria” la pratica di agire in giudizio con mala fede o colpa grave, ossia con la consapevolezza del proprio torto.

30 Maccario Federica, “L'art. 96 c.p.c. e la condanna al risarcimento solo “su istanza dell'altra parte”: ombre di incostituzionalità (e recenti modifiche normative)”, in *Giur. It.*, 2009, 2243.

31 Marco Lipari, “La nuova sanzione per “lite temeraria” nel decreto sviluppo e nel correttivo al codice del processo amministrativo: un istituto di dubbia utilità”, Testo della relazione sul tema “Contratti pubblici e contenzioso: effettività della tutela e interessi generali dopo il “Decreto Sviluppo”, Convegno “Appalto pubblico: chance di sviluppo efficiente”, Ravello, 14 e 15 ottobre 2011, http://www.giustizia-amministrativa.it/documentazione/studi_contributi/Lipari_Correttivo_al_codice.htm.

32 Secondo la Corte di Cassazione l'Italia è il secondo Paese, dopo la Russia, nel primato mondiale di contenzioso civile. Ernesto Lupo, “Relazione sull'amministrazione della giustizia nell'anno 2011”, Roma, 26 gennaio 2012, http://www.cortedicassazione.it/Documenti/Relazione%20anno%20giudiziario_2011.pdf.

Infine, sullo sfondo resta il tema della produttività della giustizia, per ridurre i tempi dei procedimenti. Tale tema esula dai confini di questo paper: si rimanda pertanto al capitolo sulla giustizia di “Liberare l’Italia. Manuale di riforme per la XVII legislatura”.

Con le misure proposte sia nei settori sanitario e assicurativo che in quello della giustizia, si intende generare un circolo virtuoso finalizzato a migliorare la qualità del servizio offerto a beneficio di tutti gli *stakeholders* coinvolti: per quanto riguarda il sistema sanitario, definendo in modo migliore le buone pratiche, il concetto di colpa ed errore e limitando i danni che possono essere ricompensati, si riduce la litigiosità e, quindi, si tutela la professionalità e reputazione dei medici, che sarebbero meno incentivati ad adottare la costosa pratica della medicina difensiva. Di conseguenza, si migliora anche il rapporto con i pazienti e la fiducia nel sistema sanitario, che dovrebbero diminuire le denunce di *malpractice* riducendo anche i costi delle assicurazioni.

Un ulteriore limite alle spese può essere garantito, oltre che dal minor numero di denunce, da una riforma della giustizia che renda più brevi, e dunque meno costosi, i processi, garantendo così anche alle assicurazioni una miglior sostenibilità e convenienza economica: se si riducono i costi, si limitano le barriere all’ingresso di eventuali nuove compagnie interessate a operare in tale settore.

Conclusioni

Il problema dell’aumento del costo delle assicurazioni sanitarie per *malpractice* è un fenomeno in crescente espansione: la dilatazione della definizione della responsabilità del medico e dei diritti dei pazienti, l’aumento dell’entità dei risarcimenti e del numero di danni risarcibili, l’incertezza sull’evoluzione della giurisprudenza, la maggiore litigiosità e i lunghi tempi della giustizia ne sono le principali cause.

Le conseguenze possono essere sia dirette, ossia l’aumento delle spese per il servizio sanitario nazionale e l’insostenibilità economica del business per le assicurazioni, che indirette, con un aumento del ricorso alla pratica della medicina difensiva e, quindi, un peggioramento del livello delle prestazioni mediche offerte, e una minor offerta assicurativa.

Le recenti proposte contenute nel decreto Balduzzi riconoscono l’esistenza del problema, ma le soluzioni proposte non sono adeguate a risolverlo. Prendendo spunto dagli esempi internazionali, vengono suggerite proposte che, oltre a tutelarli, coinvolgono e responsabilizzano tutti gli *stakeholders*:

- la revisione del concetto di responsabilità, ad esempio, esonerando gli operatori dalla responsabilità se sono in grado di dimostrare di aver seguito correttamente dei protocolli medici;
- per quanto riguarda i criteri di liquidazione, si propone la limitazione dei danni non patrimoniali e standardizzazione dei criteri di valutazione dei danni;
- potrebbero essere previsti corsi di formazione per migliorare la comunicazione medico-paziente e la fiducia nel sistema sanitario nazionale;
- si possono creare dei fondi per coprire i “cattivi rischi” e i casi in cui non è possibile, o è troppo complesso, identificare un responsabile;
- infine, va incoraggiato il ricorso a forme alternative di soluzione delle controversie per ridurre il numero di processi e va riformata la giustizia per abbreviare i tempi dei processi.

Riferimenti bibliografici:

- Ania, “Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali”, Roma, 31 ottobre 2012, http://www.ania.it/export/sites/default/documenti/8f029184-2450-11e2-b408-f3c446ddba06_CAMERA_Audizione_rc_sanitaria_-31.10.12.pdf.
- Ania, “L’assicurazione italiana 2010/2011”, Pubblicazioni Ania, 2012, http://www.ania.it/export/sites/default/documenti/f1c73faf-c420-11e1-a32b-f3c446ddba06_Lxassicurazione_italiana_2011-2012.pdf.
- Banca d’Italia, “Considerazioni finali. Assemblea ordinaria dei partecipanti”, 31 maggio 2011, http://www.bancaditalia.it/interventi/integov/2012/cf_11/cf_11/CF_11considerazioni_finali.pdf.
- Piero Calabrò, “Responsabilità civile in materia sanitaria. Dall’evoluzione giurisprudenziale all’abnorme crescita dei casi giudiziari”, Altalex, 2009, <http://www.altalex.com/index.php?idnot=48364>
- Maurizio Catino – Chiara Locatelli, “Il problema della medicina difensiva nell’urgenza”, Dipartimento di sociologia e ricerca sociale, Università degli studi di Milano-Bicocca, 2010.
- Centro Studi Confindustria, “La giustizia più veloce accelera l’economia”, in Scenari economici n. 11, giugno 2011, http://www.mondobancario.it/la_giustizia_piu_veloce_accelera_l_economia_da_un_circolo_vizioso_ad_uno_virtuoso.html.
- Centro Studi Federico Stella sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale, “Il problema della medicina difensiva. Una proposta di riforma in materia di responsabilità penale nell’ambito dell’attività sanitaria e gestione del contenzioso legato al rischio clinico”, a cura di Maurizio Catino, Francesco D’Alessandro, Gabrio Forti, Claudio Mazzucato e Gianluca Varraso, 2010.
- Council of Europe, “Cepej 2010 Report (2008 data). Study on 16 comparable countries”, 2010.
- Council of Europe, “European Judicial systems. Edition 2012 (2010 data). Efficiency and quality of justice. An overview”, European Commission for the efficiency of justice (CEPEJ), 2012, http://www.coe.int/T/dghl/cooperation/cepej/evaluation/2012/Synthese_Version_finale_en.pdf.
- Eric Dubois – Christel Schurrer – Marco Velicogna, “The functioning of judicial systems and the situation of the economy in the European Union Member States”, Report prepared for the European Commission (Directorate General JUSTICE), Strasbourg, 15 January 2013, http://ec.europa.eu/justice/effective-justice/files/cepej_study_justice_scoreboard_en.pdf.
- Paolo Fantini – Silvia Giacomelli – Giuliana Palumbo – Gianluca Volpe, “La litigiosità presso giudici di pace: fisiologia e casi anomali”, Questioni di economia e finanza, Occasional paper n. 92, 2011, http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/econo/quest_ecofin_2/QF_92/QEF_92.pdf.
- Maria Bianca Farina, “Dalle ragioni di tutti ad una soluzione condivisa”, Convegno “La salute: assicurare la medicina e proteggere i cittadini”, Ania, Roma, 29 novembre 2012, http://www.ania.it/export/sites/default/documenti/40794711-3a3a-11e2-b5af-f3c446ddba06_Intervento_Maria_Bianca_Farina_vicepresidente_ANIAx_Convegno_xLa_salutex_assicurare_la_medicina_e_proteggere_i_cittadinix_29_11_2012._Il_programma.pdf.
- Fondazione Istud, “Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti”, Programma “Scienziati in Azienda” – XII Edizione, Stresa, 26 settembre 2011 – 16 luglio 2012, 1° Project Work, <http://www.fsk.it/eventi/documentieventi/2012-11-09c.pdf>.
- Michele Grisafi, “Errore medico e onere della prova: ultime novità a favore del paziente danneggiato”, 2013.
- HHS (US Department of Health and Human Services), “Confronting the New Health Care Crisis: Improving health care quality and lowering costs by fixing our medical liability system”, 24 luglio 2002, <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/litrefm.htm>.
- Il Sole 24 Ore*, “Per le tabelle nazionali si fa strada la revisione”, *Motori24*, 17 aprile 2013, <http://www.motori24.ilsole24ore.com/Norme-Fisco/2013/04/danno-biologico-tabelle-nazionali-revisione.php?uuid=87a7b996-a768-11e2-82ba-89cca4ad5083>.

- Insurance Daily*, “Il decreto Balduzzi non risolve il nodo della RC Medica”, *Insurance Daily* n. 155, 2012, http://www.insurancetrade.it/YES/155_lunedì24settembre.pdf.
- Istituto Bruno Leoni, *Dopo! Come ripartire dopo la crisi*, a cura di Piercamillo Falasca, Torino, IBL Libri, 2009
- Istituto Bruno Leoni, *Liberare l'Italia. Manuale di riforme per la XVII legislatura*, Torino, IBL Libri, 2013.
- Marco Lipari, “La nuova sanzione per “lite temeraria” nel decreto sviluppo e nel correttivo al codice del processo amministrativo: un istituto di dubbia utilità”, Testo della relazione sul tema “Contratti pubblici e contenzioso: effettività della tutela e interessi generali dopo il “Decreto Sviluppo”, Convegno “Appalto pubblico: chance di sviluppo efficiente”, Ravello, 14 e 15 ottobre 2011, http://www.giustizia-amministrativa.it/documentazione/studi_contributi/Lipari_Correttivo_al_codice.htm.
- Ernesto Lupo, “Relazione sull'amministrazione della giustizia nell'anno 2011”, Roma, 26 gennaio 2012, http://www.cortedicassazione.it/Documenti/Relazione%20anno%20giudiziario_2011.pdf.
- Maccario Federica, “L'art. 96 c.p.c. e la condanna al risarcimento solo “su istanza dell'altra parte”: ombre di incostituzionalità (e recenti modifiche normative)”, in *Giur. It.*, 2009, 2243.
- Roberto Manzato, “Responsabilità sanitaria e assicurazioni: alcune criticità e possibili soluzioni”, Convegno “Legge Balduzzi – cosa cambia nella valutazione della colpa”, *Ania*, Milano, 12 dicembre 2012, http://www.cnpds.it/documenti/manzato_relazione.pdf.
- Chiara Molinari, “La natura della responsabilità civile del medico dipendente da una struttura sanitaria”, *Altalex*, 2010, <http://www.altalex.com/index.php?idnot=12466>.
- Oecd, “Medical Malpractice. Prevention, Insurance and coverage option”, *Policy Issue in Insurance*, n. 11, Oecd Publishing, 2006, <http://www.aemh.org/pdf/OECDMedicalMalpractice.pdf>.
- Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, “Chi si difende da chi. E perché? I dati della prima ricerca nazionale della Medicina Difensiva”, Roma, 23 novembre 2010, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9848861.pdf>.
- Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Roma, “La medicina difensiva in Italia in un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze”, 2008, <http://www.fsk.it/eventi/documentieventi/2012-11-20m.pdf>.
- Quotidiano Sanità* (2012), “Contenzioso medico. Aogoi: “Decreto Balduzzi non risolve problemi. Serve nuova legge”, 27 novembre 2012, http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=12171.
- World Bank, “Doing Business in a more transparent world”, 2012, [http://www.doingbusiness.org/~media/FPDKM/Doing%20Business/Documents/Annual-Reports/English/DB12-FullReport.pdf](http://www.doingbusiness.org/~/media/FPDKM/Doing%20Business/Documents/Annual-Reports/English/DB12-FullReport.pdf).

IBL Briefing Paper

CHI SIAMO

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

COSA VOGLIAMO

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.

I BRIEFING PAPER

I "Briefing Papers" dell'Istituto Bruno Leoni vogliono mettere a disposizione di tutti, e in particolare dei professionisti dell'informazione, un punto di vista originale e coerentemente liberale su questioni d'attualità di sicuro interesse. I Briefing Papers vengono pubblicati e divulgati ogni mese. Essi sono liberamente scaricabili dal sito www.brunoleoni.it.