



**Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del
sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica**

Audizione di Dario Focarelli

Direttore Generale ANIA

Commissioni riunite V (Bilancio) e XII (Affari sociali)

Camera dei Deputati

Roma, 10 settembre 2013

Signori Presidenti, Onorevoli Deputati, desideriamo ringraziarVi per aver voluto ascoltare l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.

A 35 anni dalla sua istituzione il Sistema Sanitario Nazionale rappresenta un pilastro fondamentale del nostro sistema di welfare. Pur con una marcata differenziazione geografica, in termini di qualità e accessibilità, esso ha garantito - e garantisce tuttora - a tutti gli italiani assistenza medica in infrastrutture diffuse sul territorio e dotate di professionalità di livello.

Il sistema, se confrontato con altre realtà internazionali, ha potuto unire efficacia d'azione, come confermano molti osservatori internazionali, ed efficienza di costo. La spesa sanitaria, misurata sia in percentuale rispetto al PIL sia in termini pro-capite, risulta infatti di poco al di sotto della media dei paesi sviluppati. Se è vero che nelle indagini internazionali il livello qualitativo della sanità pubblica è superiore alla media, sia pure con qualche peggioramento rispetto ai livelli di eccellenza di alcuni anni fa, è difficile argomentare che il nostro sistema sanitario abbia un livello di inefficienza e spreco molto elevato.

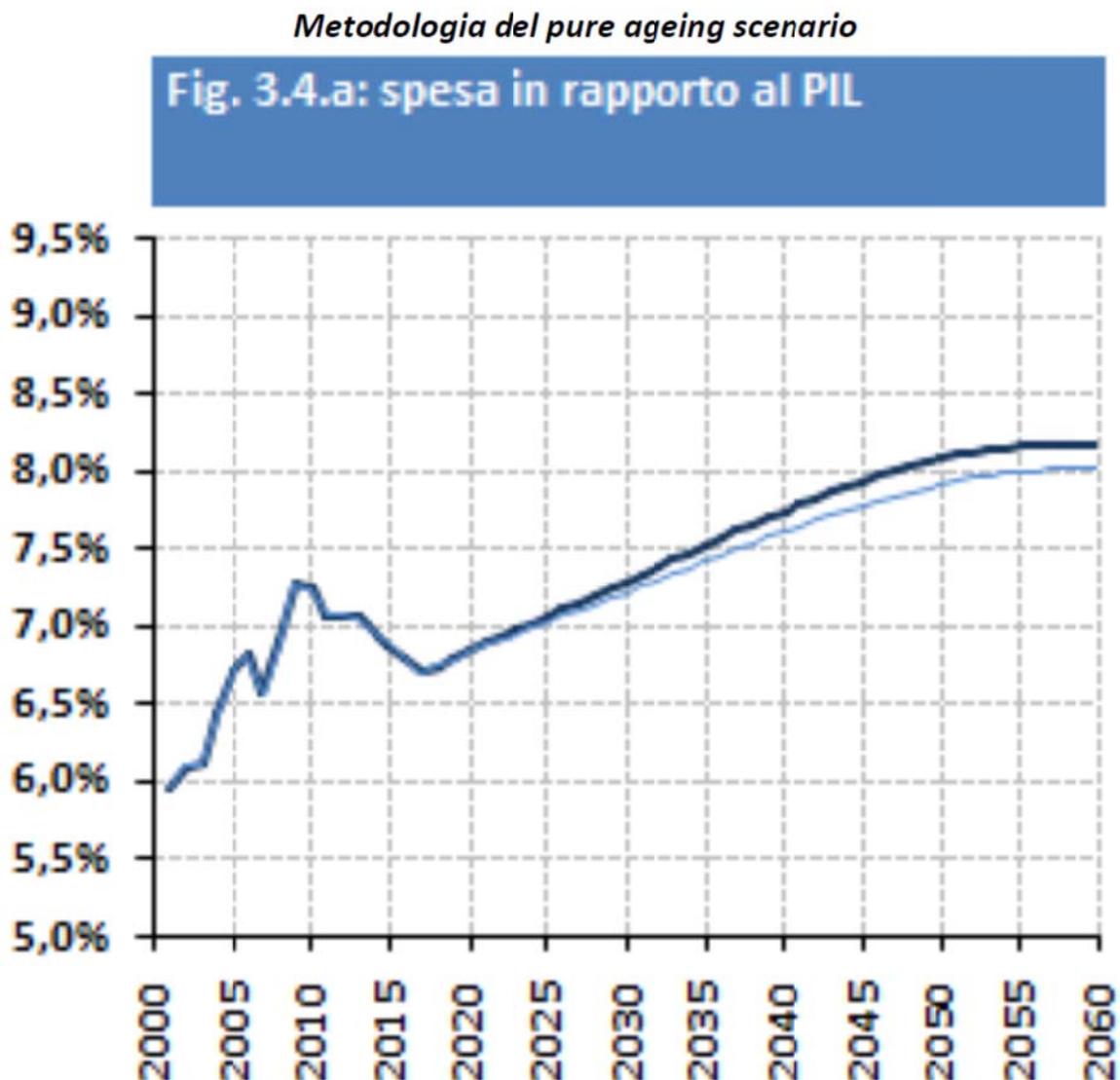
È per questo che preoccupano le recenti dinamiche, legate anche alla grave crisi economica, che stanno accentuando gli elementi strutturali di instabilità, soprattutto sul fronte della sostenibilità finanziaria nel medio-lungo periodo.

Vogliamo, in particolare sottolineare due aspetti.

1) È prevista un'ulteriore, forte crescita della componente pubblica della spesa sanitaria in Italia, così come negli altri paesi industrializzati. La Ragioneria Generale dello Stato stima che nel 2060 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL sarà

pari all'8,2% solo per effetto dell'invecchiamento della popolazione (mantenendo cioè invariati i profili di spesa nelle distinte classi di età).

Fig. 3.4: spesa sanitaria pubblica – Scenario nazionale base e scenario EPC-WGA



Fonte: Ragioneria Generale dello Stato

È interessante notare che le previsioni della Ragioneria scontano fino al 2020 una riduzione della spesa pubblica sanitaria in rapporto al PIL di quasi mezzo punto percentuale (circa 10 miliardi a PIL costante) che per la verità appare di non semplice realizzazione.

In ogni caso, le previsioni della Ragioneria si pongono sul livello più basso dell'intervallo previsto invece dall'OCSE. Le stime di crescita elaborate nel 2012 dall'Organizzazione presentano notevoli variazioni a seconda dello scenario di previsione utilizzato. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL arriverebbe nel 2060 all'8,7% nello scenario *cost-containment*, ipotizzando cioè politiche attive di contenimento della spesa. In assenza di queste ultime (scenario *cost-pressure*) la spesa potrebbe raggiungere addirittura il 12,6%.

Table 8. Projection scenarios for public health and long-term care spending

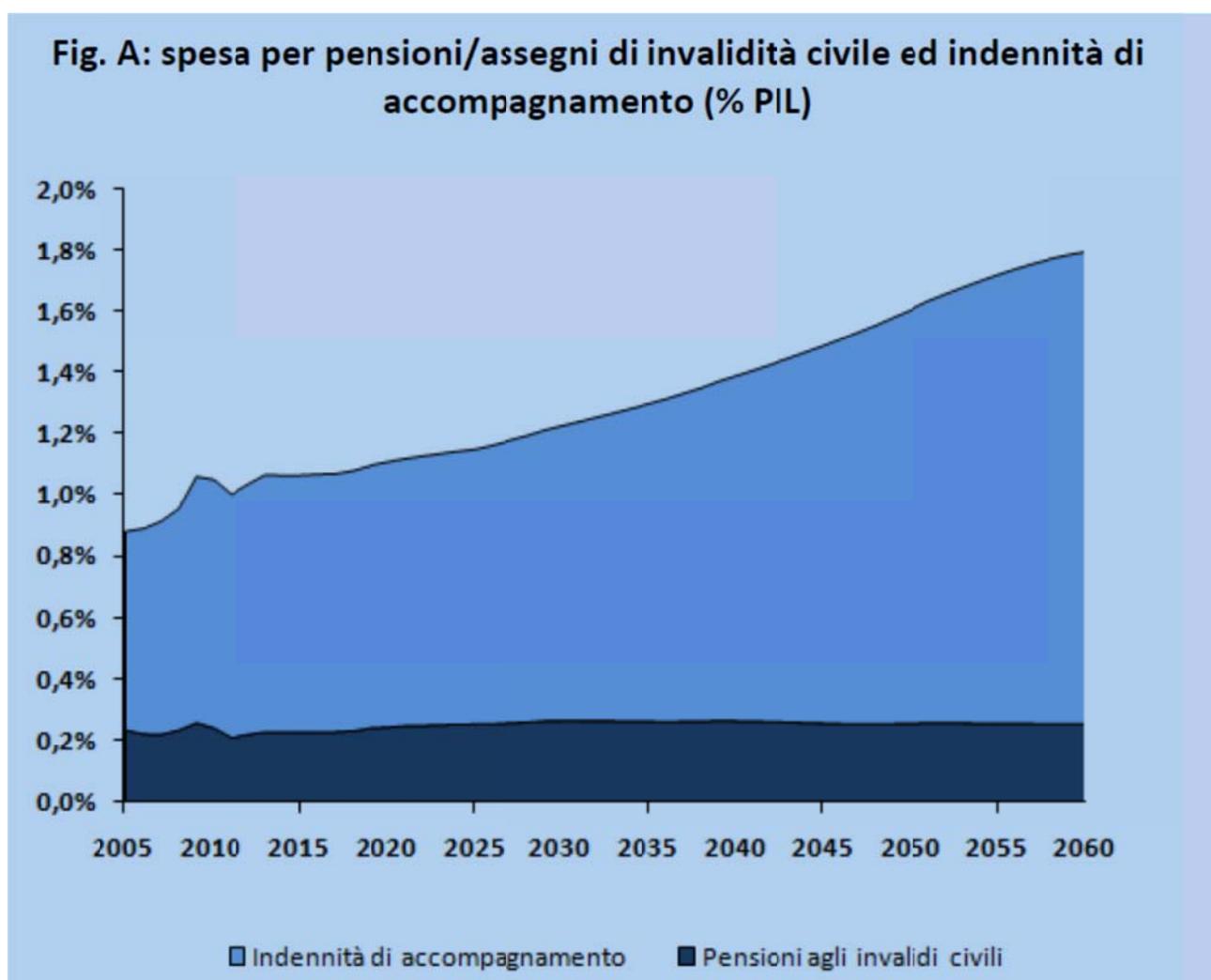
In % of GDP

	Health care			Long-term care			Total		
	Average 2006-2010	2060		Average 2006-2010	2060		Average 2006-2010	2060	
		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment		Cost- pressure	Cost- containment
Australia	5.6	12.0	8.1	0.0	1.4	0.8	5.7	13.3	8.9
Austria	6.6	12.9	9.1	1.1	2.2	1.8	7.8	15.1	10.8
Belgium	5.8	11.6	7.7	1.7	3.0	2.5	7.5	14.6	10.2
Canada	5.8	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	7.1	14.6	10.2
Chile	3.1	10.2	6.3	0.0	2.3	1.5	3.1	12.4	7.8
Czech Republic	5.5	11.6	7.7	0.3	1.9	1.1	5.8	13.5	8.9
Denmark	6.3	12.2	8.3	2.2	3.3	2.8	8.5	15.4	11.1
Estonia	4.3	10.1	6.2	0.2	2.2	1.1	4.5	12.3	7.4
Finland	5.2	11.2	7.3	0.8	1.8	1.3	6.0	13.0	8.6
France	7.4	13.5	9.6	1.1	2.1	1.7	8.5	15.5	11.3
Germany	7.3	13.5	9.6	0.9	2.1	1.6	8.2	15.5	11.2
Greece	5.4	11.8	7.9	0.5	1.9	1.5	5.9	13.7	9.3
Hungary	4.8	10.6	6.7	0.3	2.0	1.2	5.0	12.6	7.9
Iceland	5.8	11.7	7.8	1.7	2.7	2.2	7.6	14.4	10.0
Israel	4.0	10.4	6.6	0.5	1.5	1.2	4.5	11.9	7.7
Ireland	5.5	11.9	8.0	0.4	1.3	1.1	5.9	13.3	9.1
Italy	6.1	12.6	8.7	0.7	1.9	1.5	6.9	14.5	10.2
Japan	6.1	12.5	8.6	0.7	2.0	1.4	6.8	14.5	10.0
Korea	3.3	10.9	7.0	0.3	2.3	1.6	3.6	13.2	8.6
Luxembourg	4.4	11.3	7.4	0.9	1.7	1.7	5.3	13.0	9.1
Mexico	2.5	9.4	5.5	0.0	2.2	1.5	2.5	11.6	7.0
Netherlands	6.4	12.7	8.8	2.3	3.7	3.1	8.7	16.4	12.0
New Zealand	6.4	12.7	8.8	1.3	2.6	2.0	7.7	15.3	10.8
Norway	5.1	11.2	7.3	2.1	3.1	2.7	7.2	14.3	10.0
Poland	4.1	10.5	6.7	0.4	2.2	1.4	4.5	12.7	8.0
Portugal	6.5	13.0	9.1	0.1	1.4	0.9	6.6	14.3	9.9
Slovak Republic	5.4	11.9	8.0	0.0	1.9	1.1	5.4	13.9	9.2
Slovenia	5.2	11.8	7.9	0.7	2.2	1.5	5.8	14.0	9.4
Spain	5.6	12.3	8.5	0.5	2.0	1.6	6.1	14.3	10.0
Sweden	6.6	12.4	8.6	0.7	1.6	1.1	7.2	14.0	9.7
Switzerland	5.7	12.2	8.3	1.2	2.5	1.9	6.9	14.6	10.2
Turkey	3.8	10.9	7.0	0.0	2.3	1.6	3.8	13.2	8.6
United Kingdom	6.5	12.4	8.5	0.9	1.8	1.4	7.4	14.2	9.9
United States	7.1	13.2	9.3	0.6	1.3	1.0	7.6	14.5	10.3
OECD average¹	5.5	11.8	7.9	0.8	2.1	1.6	6.2	13.9	9.5
Brazil	3.7	10.7	6.8	0.0	1.3	0.9	3.7	11.9	7.7
China	1.9	8.3	4.4	0.1	2.1	1.2	2.0	10.4	5.6
India	1.2	6.7	2.8	0.1	1.6	0.9	1.3	8.3	3.7
Indonesia	1.2	7.3	3.5	0.1	1.7	1.0	1.2	9.0	4.5
Russia	3.1	8.6	4.7	0.2	1.0	0.7	3.4	9.7	5.4
South Africa	3.2	8.4	4.5	0.2	0.9	0.6	3.4	9.2	5.1
Non-OECD average¹	2.4	8.3	4.4	0.1	1.4	0.9	2.5	9.8	5.3
Total average¹	5.0	11.3	7.4	0.7	2.0	1.5	5.7	13.3	8.9

1. Unweighted average.
Source: Authors' calculations.

Fonte: de la Maissonneuve and Oliveira Martins (2013), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections, OECD Economic Policy Papers n. 06.

Il tema è ancor più drammatico se consideriamo la spesa per la non autosufficienza. Infatti nelle previsioni della RGS la spesa pubblica per l'indennità di accompagnamento e per pensioni/assegni di invalidità civile è destinata a raddoppiarsi salendo dallo 0,8% del PIL all'1,7%.



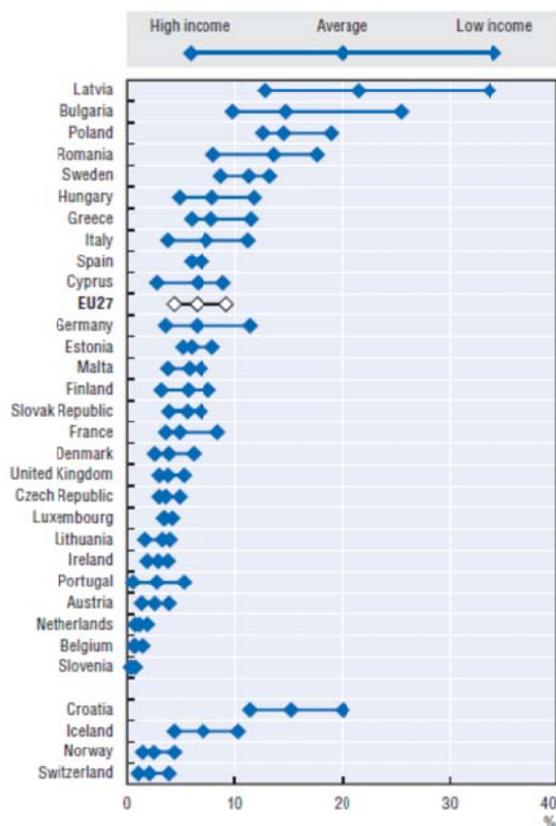
Fonte: Ragioneria Generale dello Stato

Solo a titolo riassuntivo, le previsioni dell'OCSE scontano un aumento della spesa pubblica in sanità e non autosufficienza in una forchetta al cui estremo inferiore c'è una crescita di oltre 3 punti di PIL (in linea con le previsioni della RGS) e a quello superiore un aumento di oltre 7 punti di PIL. Ci sembra ci siano pochi dubbi che si tratti di aumenti insostenibili per i nostri conti pubblici.

2) Già nel 2010, ossia prima della recente stretta della spesa pubblica, l'Italia era tra i grandi paesi europei quello con la più elevata percentuale di razionamento dei servizi sanitari.

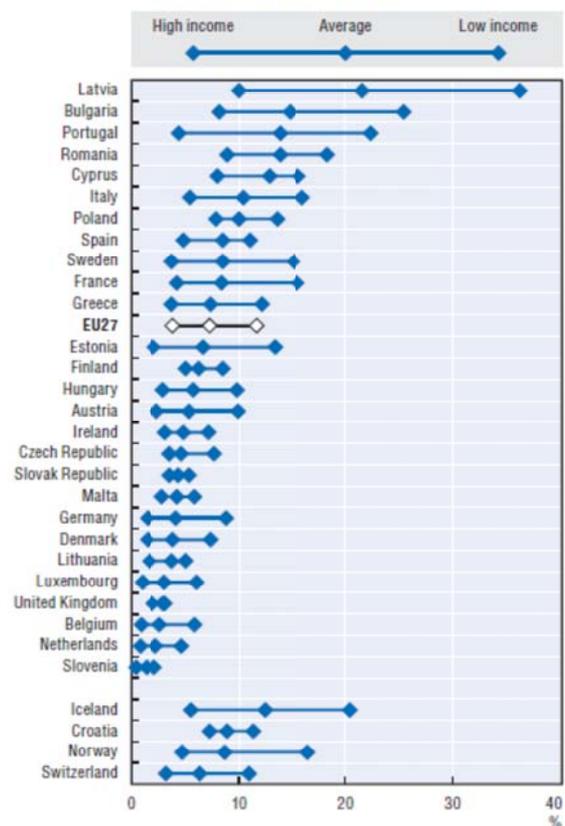
In particolare, per i cittadini collocati nel quintile di reddito più basso si stima che oltre il 10% dei bisogni di esami medici è razionato, percentuale che arriva quasi al 20% per le cure dei denti.

3.12.1. Unmet need for a medical examination, by income quintile, 2010



Source: Eurostat Statistics Database, based on EU-SILC.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704741>

3.12.2. Unmet need for a dental examination, by income quintile, 2010



Source: Eurostat Statistics Database, based on EU-SILC.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704760>

Fonte: Eurostat

L'evidenza è ulteriormente rafforzata da un recente studio del CENSIS secondo cui lo scorso anno ben 9 milioni di italiani hanno dichiarato di non aver potuto accedere, per ragioni economiche, ad alcune prestazioni sanitarie di cui avevano bisogno.

Non c'è dubbio che sia molto preoccupante il fatto che si stia diffondendo – a causa di risorse insufficienti o di tempi di attesa molto lunghi – un atteggiamento di rinuncia alle cure sanitarie da parte dei cittadini meno abbienti. E preoccupa anche il persistere di enormi divari territoriali sul fronte della qualità e dell'efficienza dei servizi offerti dal sistema pubblico.

Inoltre, a decorrere dal 1° gennaio 2014 è prevista l'introduzione di ulteriori misure di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria. In concreto, la norma comporta un ulteriore aggravio di 2 miliardi di euro, che saranno peraltro a carico di chi ha la sfortuna di ammalarsi.

Per i due motivi esposti, l'ANIA condivide gli obiettivi dell'indagine promossa dalle Commissioni riunite. È quanto mai necessario un confronto tra i vari settori della società coinvolti sul tema per avviare un processo di riforma del sistema che lo riporti su una traiettoria di sviluppo sostenibile, preservandone le caratteristiche di universalità e solidarietà.

Per l'ANIA è questo il momento di una riflessione profonda sul ruolo e gli ambiti di operatività dei due pilastri di finanziamento – pubblico e privato – del nostro sistema sanitario, al fine di garantire una migliore copertura dei bisogni dei cittadini, a costi più contenuti. Nella nostra visione ciò è possibile attraverso lo sviluppo di un sistema di sanità integrativa, che permetta il mantenimento della copertura universale del sistema sanitario, la tutela delle fasce deboli della popolazione e, quindi, la progressività del costo per la sanità e la protezione dei malati cronici.

Con questo contributo desideriamo sottolineare il potenziale ruolo che il settore assicurativo è in grado di sostenere. A tal fine, a nostro avviso è necessario che il processo di riforma si sviluppi lungo due direttive:

1. la promozione di un ampio pilastro privato di previdenza sanitaria integrativa;

2. la creazione di condizioni che consentano di limitare il fenomeno della cosiddetta malpractice medica permettendo un funzionamento finanziariamente sostenibile delle coperture della responsabilità civile nel settore sanitario.

In merito al primo punto, il ruolo che il settore assicurativo svolge e può svolgere è importante. Consentendo agli assicurati di far fronte ai propri bisogni di servizi sanitari trasferendo la loro componente di rischio su un soggetto terzo - l'impresa di assicurazione - la copertura sanitaria protegge da eventi potenzialmente catastrofici dal punto di vista finanziario, che andrebbero a sommarsi a quelli legati al peggioramento dello stato di salute.

Attualmente le imprese di assicurazione coprono direttamente circa 1,5 milioni di assicurati attraverso polizze individuali e, indirettamente, buona parte degli aderenti ai fondi sanitari integrativi attraverso polizze collettive, gestendo annualmente milioni di richieste di risarcimento. Inoltre, le imprese di assicurazione stringono convenzioni con centinaia di provider di servizi sanitari, con effetti complessivi di diminuzione dei costi e di spinta al miglioramento della qualità dei servizi.

Riguardo al secondo punto, la mitigazione del fenomeno della cosiddetta malpractice medica potrebbe essere considerato indiretto, ma certamente non di second'ordine. Ci sarebbero dei risparmi sia sui costi diretti, rappresentati dai costi assicurativi e da quelli afferenti ai risarcimenti per quelle strutture sanitarie che ricorrono all'auto-assicurazione, sia su quelli indiretti, rappresentati dalla cosiddetta medicina difensiva, ossia quelle prestazioni prescritte da medici e strutture per premunirsi da eventuali richieste di risarcimento danni. Secondo recenti stime elaborate dal CERGAS – Università Bocconi, il costo complessivo della medicina difensiva raggiungerebbe circa il 10%, ovvero circa 13 miliardi, della spesa sanitaria complessiva.

LE DINAMICHE DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA E PRIVATA: IL RUOLO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA

La spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) in Italia ha raggiunto livelli di assoluto rilievo. Dal 2000 essa è cresciuta di circa 50 miliardi di euro, attestandosi nel 2012 a 143 miliardi, il 9,2% del PIL (lo stesso valore del 2011), leggermente al di sotto della media dei paesi OCSE (9,3% nel 2011)¹.

La componente pubblica (pari a 110 miliardi del 2012) è passata dal 6,1% del PIL nel 2002 al 7,1% nel 2012², con una dinamica in termini nominali che solo nell'ultimo biennio risulta essere in contrazione. In particolare, dopo essere cresciuta al ritmo del 7% annuo tra il 2000-6, nel quadriennio 2007-10 il tasso di crescita annuo è sceso al 2,5%, per poi divenire negativo (-0,8%) nell'ultimo biennio. La spesa sanitaria pubblica procapite è pari nel 2012 a circa 1.900 euro, valore piuttosto stabile dal 2009.

D'altra parte, la spesa sanitaria privata è cresciuta negli anni recenti più di quella pubblica. In particolare, sempre espressa in euro, la crescita della spesa pro-capite è stata da 502 euro nel 2009 a 530 euro nel 2012 (+5,7%), mentre nello stesso periodo la crescita della componente pubblica è stata pari all'1,3%.

Italia: Spesa sanitaria pro-capite, in euro

	2008	2009	2010	2011	2012
Totale	2.341	2.374	2.414	2.398	2.428
Pubblica	1.848	1.873	1.895	1.867	1.898
Privata	493	502	518	531	530

Fonte: OECD Health Data 2013 <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Tale rappresentazione, tuttavia, non evidenzia una criticità importante che distingue il nostro Paese, ossia il fatto che il finanziamento della spesa sanitaria mediante

¹ Fonte: *OECD Health Data 2013* - <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

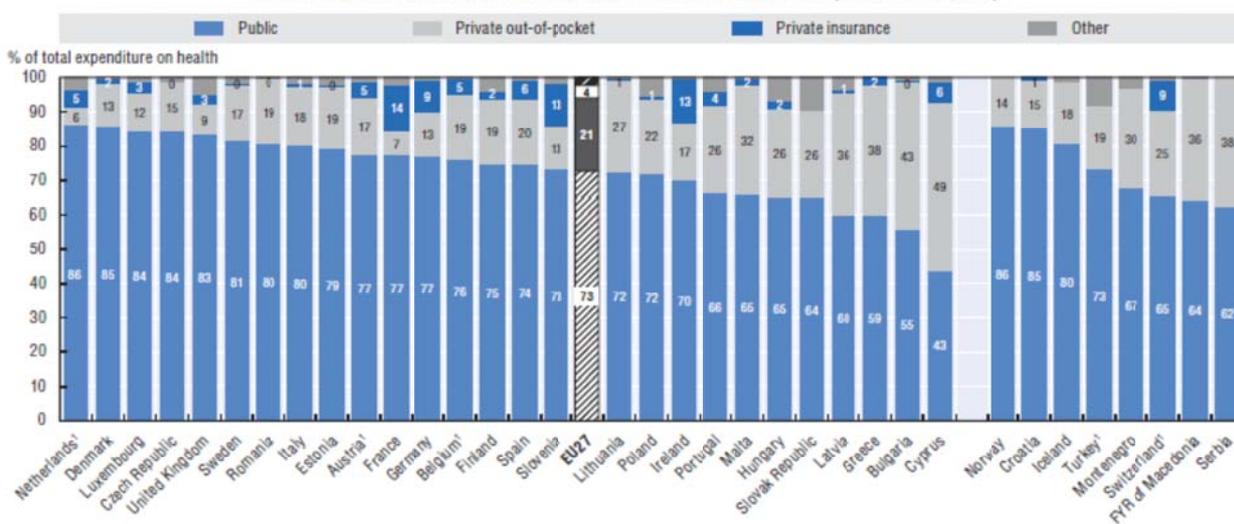
² Fonte: Ragioneria Generale dello Stato - *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2013*, maggio 2013

organismi privati, siano essi fondi sanitari (fondi o casse sanitarie, società di mutuo soccorso) o imprese di assicurazione, è piuttosto basso, mentre è elevato il finanziamento “di tasca propria” (cosiddetta out-of-pocket).

Infatti, rispetto alla misura del 2% di spesa sanitaria privata, solo lo 0,3% circa è intermediato da tali organismi, mentre la quota rimanente è sostenuta direttamente dal cittadino. In particolare, la spesa out-of-pocket procapite è pari a circa 500 euro.

La spesa out-of-pocket è pari a circa il 18% del totale della spesa sanitaria, un valore sensibilmente più elevato di quello riscontrato nei grandi paesi dell’Unione: in Olanda esso è pari al 6%, in Francia al 7%, nel Regno Unito al 9%, in Germania al 13%.

5.6.1. Expenditure on health by type of financing, 2010 (or nearest year)



1. Data refer to current expenditure.

Source: OECD Health Data 2012; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932705615>

Fonte: OCSE

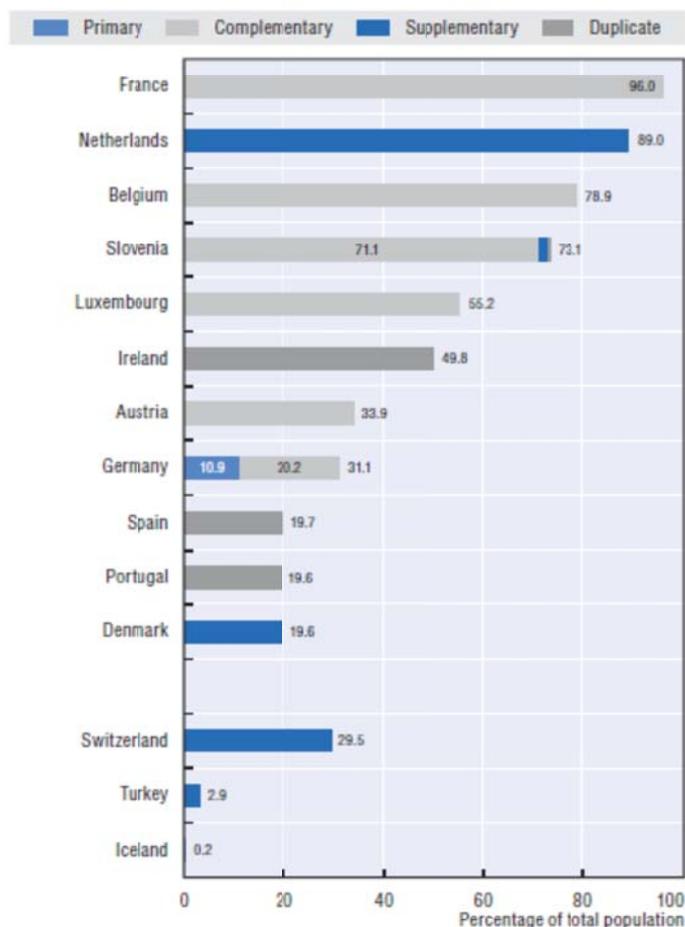
Tale quadro ha conseguenze negative sull'efficienza della spesa, quali:

- effetti regressivi, ossia aumento delle differenze nello stato di salute tra ricchi e poveri;
- mancanza dei benefici della prevenzione e della mutualità assicurativa, colpendo la spesa per l'intero suo ammontare solo i soggetti che si trovano a fronteggiare esigenze sanitarie;
- mancanza di legami virtuosi con il risparmio di lungo termine o con gli investimenti produttivi, ossia di meccanismi razionali per bilanciare la domanda sanitaria crescente con la creazione e accumulazione di risorse al fine di poterla soddisfare.

Pertanto, lo sviluppo di forme sanitarie integrative è sicuramente utile, se non necessario, non solo al fine di mantenere e migliorare il sistema sanitario del nostro paese ma anche per rendere più efficiente ed equa la spesa.

Come fare ? Il confronto internazionale, non offre una risposta univoca. Paesi diversi hanno scelto soluzioni diverse, ma tutte caratterizzate da un ampliamento della platea della copertura privata, che prende di caso in caso la forma di una copertura primaria, complementare, supplementare o duplicativa.

5.1.2. Private health insurance coverage, by type, 2010 (or nearest year)



Note: Private health insurance can fulfil several roles. In Denmark, for example, it can be both complementary and supplementary.

Source: OECD Health Data 2012.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932705387>

Fonte: OCSE

Ad esempio, in Francia i fondi sanitari (mutue) e le assicurazioni private hanno un ruolo rilevante nelle coperture complementari che rimborsano principalmente la compartecipazione (co-payment) nelle strutture pubbliche e private convenzionate. Tale settore intermedia circa il 10% della spesa sanitaria totale e copre circa il 96% della popolazione. Da notare che tali coperture sono praticabili in quanto i pazienti compartecipano alla spesa sanitaria con una quota pari al 30% per le visite mediche, al 40% alle analisi e al 20% della diaria da ricovero. Il sistema prevede anche delle esenzioni al copayment per categorie di cittadini a basso reddito, nonché per i malati cronici.

In Germania, invece, ai cittadini con reddito superiore a una certa soglia è lasciata la facoltà di coprire le proprie esigenze sanitarie con una polizza assicurativa privata, versando però un contributo di solidarietà al sistema pubblico. Oltre il 10% della popolazione utilizza questa opzione, mentre circa il 20% usa coperture di natura complementare.

In Olanda, nel 2006, è stata varata una profonda riforma del sistema sanitario orientata verso un coinvolgimento più pervasivo delle assicurazioni private. In virtù della nuova legge sull'assicurazione sanitaria, è obbligatorio per ogni cittadino – con l'eccezione di coloro che hanno un reddito molto basso, – l'acquisto di una polizza sanitaria individuale da una compagnia di assicurazione privata; la polizza deve garantire come minimo una copertura di base stabilita per legge. Gli assicuratori hanno l'obbligo di offrire tale copertura a chiunque gliene faccia richiesta in cambio di un premio fissato su base collettiva e indipendentemente dalle condizioni di salute preesistenti.

Si è, invece, in Italia molto lontani da una regolazione che affronti strutturalmente il tema della sanità integrativa e manca il requisito necessario per tracciare un sistema organico, quello cioè di definire con chiarezza la portata dell'intervento pubblico.

Per far questo, occorre una definizione chiara delle prestazioni che il sistema sanitario pubblico (nelle diverse regioni) è in grado di erogare e con quale livello/modalità di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini (c.d. ticket): ciò avrebbe il vantaggio di liberare risorse da destinare agli ambiti che il Servizio Sanitario Nazionale ritiene opportuno presidiare, consentendo allo stesso tempo una reale integrazione delle prestazioni da parte degli operatori privati.

Gioverebbe anche un'effettiva equiparazione del trattamento fiscale, prevedendo incentivi analoghi per strumenti che garantiscono prestazioni rientranti nei medesimi ambiti di intervento previsti per fondi e casse.

La legge italiana, com'è noto, prevede vantaggi fiscali per i contributi versati ai fondi sanitari (fondi sanitari integrativi, enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, incluse le società di mutuo soccorso) in termini della loro deducibilità

dal reddito imponibile. In generale, gli ambiti di intervento dei fondi concretamente operanti comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie definito nei loro statuti e regolamenti. Esse sono in buona parte duplicative rispetto a quelle erogate dal SSN, quali ricoveri, visite e accertamenti sanitari, o più strettamente integrative come la compartecipazione alle spese per servizi erogati dal SSN e le prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria.

Per fruire dei benefici fiscali, gli stessi enti devono finanziare annualmente prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei LEA e prestazioni socio-sanitarie a favore di soggetti non pienamente autosufficienti in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite.

Sarebbe coerente e opportuno concedere gli stessi incentivi a strumenti che, seppur diversi, perseguono le stesse finalità, ed estendere così i benefici fiscali anche alle polizze assicurative malattia che, attualmente, oltre a tale disparità di trattamento, sono soggette ad una imposta sul premio imponibile pari al 2,5%.

Invece, il recente D.L. 31 agosto 2013, n. 102, all'art. 12, che rivede al ribasso l'incentivazione fiscale per le assicurazioni contro il rischio di invalidità permanente superiore al 5 per cento e di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana (c.d. polizze Long Term Care), oltre che contro il rischio di premorienza, fornisce un messaggio, all'opposto, incoerente e sbagliato, penalizzando scelte che dovrebbero essere, invece, maggiormente promosse, specialmente perché compiute in ambiti, come l'assistenza alle persone non più autosufficienti, in cui le prestazioni pubbliche sono insufficienti a far fronte alle esigenze di welfare dei cittadini.

La strada delle polizze collettive, poi, sia per le coperture sanitarie sia per quelle di assistenza (Long Term Care), rappresenta una strada da analizzare e percorrere, anche per rendere più sostenibile il prezzo di coperture per servizi. Nell'ambito della non autosufficienza, il settore assicurativo ha istituito ormai da quasi dieci anni un Fondo volto a fornire agli iscritti prestazioni assistenziali per lo stato di non autosufficienza.

Il Fondo è finanziato con un contributo annuo a totale carico delle imprese pari allo 0.50% della retribuzione annua tabellare del lavoratore. La prestazione consiste nel rimborso forfettario dei costi sostenuti dai beneficiari del Fondo per prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Attualmente, l'importo è fissato in 13.000 euro annui rivalutabili, erogati fino a quando permane lo stato di non autosufficienza. I beneficiari sono tutti i lavoratori del settore assicurativo, nonché quelli cessati dal servizio dal 2004 con diritto a pensione o "accompagnati" al pensionamento. La copertura dei pensionati è di fondamentale importanza visto che la non autosufficienza si manifesta principalmente nelle età più avanzate. I contributi versati al Fondo sono in parte destinati a coprire le prestazioni correnti, in parte accantonati a riserva per finanziare le prestazioni future che, dal momento che la popolazione tenderà ad invecchiare, saranno crescenti. L'esperienza del Fondo è un esempio concreto di come si può affrontare con una spesa contenuta la problematica del finanziamento dell'assistenza ai non autosufficienti.

LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DEI MEDICI E DELLE STRUTTURE SANITARIE

L'assicurazione della responsabilità civile dei medici e delle strutture sanitarie è un elemento cruciale per il buon funzionamento di un sistema sanitario.

A tal riguardo, l'aumento del numero dei casi di malpractice medica riscontrato in Italia va valutato con attenzione per individuare opportune contromisure. Innanzitutto, va notato che il fenomeno dell'aumento del numero delle denunce per *malpractice* medica ha riguardato molti paesi sviluppati negli ultimi decenni³. Le principali cause del fenomeno sono: un deciso aumento degli importi dei risarcimenti riconosciuti dai tribunali, in particolare per i danni non patrimoniali; l'ampliamento dei diritti e dei casi da risarcire da parte della giurisprudenza; una maggiore consapevolezza e attenzione dei pazienti alle cure ricevute, a volte anche favorita da alcuni fornitori di servizi di gestione del contenzioso.

Le ovvie conseguenze per i sistemi sanitari e per i loro operatori sono: i maggiori costi diretti in termini di risarcimenti dovuti o di prezzi delle coperture assicurative; maggiori difficoltà nei rapporti tra il medico e il paziente; maggiori costi indiretti derivanti dal ricorso alla cosiddetta medicina difensiva di cui si è già detto.

Per il sistema assicurativo le conseguenze sono state quelle di ingenti perdite economiche, negli ultimi anni, dovute ad una sottostima dei risarcimenti dovuti.

Vanno pertanto identificate, e prontamente applicate, misure utili per mitigare il rischio di malpractice medica, contenere il livello dei costi e incrementare la disponibilità dell'offerta di coperture assicurative.

A nostro avviso, la prima di queste misure riguarda l'area della prevenzione. L'inserimento della figura del risk manager in tutte le strutture sanitarie, lo sviluppo di adeguati processi di formazione per medici e operatori, il monitoraggio sistematico degli errori e dei "quasi-errori", sono tutti interventi che delimiterebbero

³ A tal proposito si veda OECD "Medical Malpractice – prevention, insurance and coverage options".

significativamente questo rischio, concorrendo a ridurre il costo complessivo dei sinistri.

Una seconda misura riguarda l'eliminazione della responsabilità per colpa degli esercenti le professioni sanitarie che provino di aver rispettato, nello svolgimento della loro attività, appropriati protocolli di comportamento medico-sanitari.

In terzo luogo, occorre la previsione di tabelle valutative del danno biologico e l'introduzione di limiti ai danni non patrimoniali.

La recente Legge 189/2012 stabilisce l'applicazione delle tabelle previste dal Codice delle assicurazioni in materia di r.c. auto. La norma in questione è un passo in avanti, ma vi è il rischio che essa non trovi concreta applicazione. Si è ancora in attesa, infatti – a ormai sette anni dalla loro previsione – della pubblicazione delle tabelle per le lesioni gravi nella r.c. auto.

La medesima Legge, inoltre, prevede la costituzione di un Fondo, destinato a garantire la copertura per alcune categorie di rischio, rimandando a un DPR la loro definizione e i dettagli del funzionamento del fondo.

Per assicurare efficacia al fondo bisogna innanzitutto definire chiaramente chi può beneficiarne e a quali condizioni. È essenziale, poi, procedere a una stima dell'effettivo fabbisogno finanziario, che dipende dall'entità dei rischi garantiti, in modo da poter quantificare con corrette tecniche attuariali il contributo da versare. Al momento, la Legge prevede che il Fondo sia alimentato dal contributo dei professionisti che ne richiedano l'intervento, nonché da un ulteriore contributo – fino al 4% dei premi incassati – a carico delle imprese assicuratrici.

Questa previsione, oltre a determinare un aumento del costo delle polizze assicurative, presenta anche il problema di non garantire la congruità delle risorse del Fondo rispetto ai presumibili impegni, tenuto conto della ridotta dimensione complessiva dei premi del comparto (circa 600 milioni di euro).

Al fine di ampliare la capacità del Fondo, andrebbero individuate modalità alternative di finanziamento, ad esempio in maniera simile a quanto stabilito per il contributo previdenziale gravante sulle parcelle di alcune categorie professionali.

La definizione di un'efficiente modalità di finanziamento del Fondo è cruciale per la soluzione dei problemi di assicurabilità del rischio sanitario. In assenza di un meccanismo finanziario corretto, infatti, l'operatività del Fondo risulterà fortemente limitata.

* * *

In conclusione, Signor Presidente e Onorevoli Deputati, ci auguriamo che le nostre valutazioni, i suggerimenti e le informazioni che Vi abbiamo fornito possano essere utili al lavoro della Commissione e restiamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, precisazioni e integrazioni qualora ve ne fosse la necessità.