Nel question time alla Camera dei Deputati di oggi, affrontato il problema della natura vessatoria delle assicurazioni mediche. Dichiarazione del dott. Maggiorotti, presidente dell'AMAMI

Roma 22 dicembre 2011

L'on. Mario Pepe del Gruppo Misto, da tempo sensibilizzato da AMAMI sulla questione , ha chiesto al Governo come intenda risolvere il problema della crescita degli oneri assicurativi a carico dei medici e sulle difficoltà di alcune specializzazioni mediche, considerate a rischio dalle Compagnie assicurative, ad assicurare i propri componenti.

La Manovra governativa dell'estate 2011, ha introdotto l'obbligo per i professionisti di dotarsi di una polizza assicurativa per la responsabilità civile entro l'estate del 2012; tuttavia non ha previsto l'obbligo per le Compagnie di assicurare i professionisti richiedenti, come accade per l'RCA Auto. Per cui molti medici si stanno avviando verso una condizione di illegalità per mancanza di copertura.

L'On. Pepe ha esposto questo problema al Governo, chiedendo peraltro che venga redatto uno schema nazionale di base di RCT medica tramite un accordo tra Ministero, Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania) e medici.

Sconcertante la risposta fornita dal sottosegretario alla Salute, dott. Cardinale, completamente schierato con le Compagnie assicurative, a conferma della reale natura di questo Esecutivo. In sostanza per il Governo l'assicurazione medici è obbligatoria, ma la tariffa è libera. Secondo il dott. Cardinale 360.000 medici non sono una "massa critica" sufficiente a creare polizze convenzionali e non vessatorie con le Compagnie, che devono essere lasciate libere di agire.

(Iniziative normative in materia di copertura assicurativa professionale obbligatoria, con particolare riferimento alla responsabilità civile verso terzi dei medici - n. 2-01282)
Aula Camera 22 dicembre 2012

I sottoscritti chiedono di interpellare il Ministro della salute, per sapere – premesso che:

con la manovra economica dell'estate 2011 è stata introdotta la copertura assicurativa professionale obbligatoria (lettera *e)* del comma 5 dell'articolo 3 del decreto legge 13 agosto 2011, 148); la 138, convertito, con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n. n. norma stabilisce che «il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale; le condizioni generali delle polizze (...) possono essere negoziate, in convenzione con i propri iscritti, dai Consigli Nazionali e dagli enti previdenziali dei professionisti»; la norma prevede un anno di tempo per la messa a regime dell'obbligo;

la decisione, condivisibile in linea di principio, sta esasperando le tensioni tra operatori sanitari e compagnie assicurative, grazie anche alla totale assenza, diversamente da altri Paesi europei, di una strategia nazionale e politica di approccio al problema con conseguenze economiche crescenti ed inevitabili. L'assenza di linee guida istituzionali ha posto le compagnie assicurative nella posizione di contraente «forte», posizione rafforzata dall'obbligo di copertura assicurativa professionale appena introdotto;

le associazioni mediche (in particolare l'Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente) segnalano, con riferimento alle varie formule della polizza di responsabilità civile verso terzi (rct) dei medici, che:

a) le compagnie evitano di assicurare professionisti già «sinistrati», cioè oggetto di semplici richieste di risarcimento, indifferenti al fatto che le denuncie possono concludersi in un nulla di fatto sotto il profilo penale o non dar luogo ad un risarcimento in sede civile;

b) laddove il medico riceva una disdetta per sinistro, da parte di una compagnia, altro assicuratore assumerà il rischio ben raramente e solo a fronte di premi elevatissimi;

c) determinate specializzazioni a rischio (ad esempio ginecologi, chirurghi plastici, medici estetici ed anestesisti) sono assicurate con clausola rd (riservato direzione) per evitare che l'intermediario (agente) possa assumere indiscriminatamente un numero indeterminato di clienti anche in assenza di sinistri;

d) la continua ascesa dei premi che sta portando all'insostenibilità dei costi delle polizze a carico dei medici. Paradossale è la situazione dei ginecologi, se si considera che l'Italia è uno dei Paesi con i più bassi rischi alla nascita, per i quali le polizze possono arrivare a 14.000 euro l'anno;

e) le polizze di responsabilità civile verso terzi (rct) dei medici contengono la clausola *claim made* (letteralmente «a richiesta fatta»), tramite la quale la datazione del sinistro rilevante ai fini dell'articolo 1917, comma 1, codice civile, è fatta coincidere con la richiesta di risarcimento del danno avanzata dal terzo e non più, dunque, col comportamento del danneggiante-assicurato generativo della responsabilità; a fronte del vantaggio sotto il profilo dei costi di polizza, il rischio è quello di vedersi recapitare la richiesta di risarcimento in un'epoca in cui non si gode più della copertura assicurativa;

a fronte dell'esplosione dei costi assicurativi diverse regioni (Piemonte, Toscane e, da poco, anche la Liguria) stanno provvedendo ad auto assicurarsi; l'idea è quella di non stipulare polizze e rimborsare i danni, una volta verificati, pescando direttamente nei propri bilanci; nel 2009 la Toscana spendeva 45 milioni di euro per polizze; nel 2010 ha rimborsato da sola il 50 per cento dei danni da errori medici spendendo 5 milioni di euro;

le denunce ai medici sono ai livelli medi degli ultimi cinque anni, ma aumentano quelle verso le strutture sanitarie (+10 per cento), arrivando nel complesso, secondo dati diffusi dall'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania) a circa 34.000 denunce nel 2009. L'aumento tra il 2008 ed il 2009 è stato del 15 per cento; il rapporto sinistri/premi del ramo, dal 1994 al 2009, si è mantenuto su percentuali assai elevate e, nel 2009, per ogni euro di premi incassati le compagnie ne

hanno pagati due di sinistri; considerando che un risarcimento medio vale tra 25.000 e 40.000 euro, i costi nel periodo 2008-2009 sono stati valutati tra 800 milioni e 1,4 miliardi di euro, a seconda della velocità di liquidazione –:

se non ritenga opportuno assumere iniziative, anche normative, per promuovere l'estensione a livello nazionale delle forme di auto copertura dei danni da «malasanità» introdotte da talune regioni;

se non ritenga di assumere iniziative, anche normative, con riferimento all'obbligo di copertura assicurativa dei medici previsto dalla lettera *e)* del 138, convertito, comma 5 dell'articolo 3 del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 148 al fine di: con modificazioni dalla legge 14 settembre 2011, n.

a) prevedere che le compagnie di assicurazione abbiano l'obbligo di assicurare i professionisti che lo richiedano, secondo il modello e con le modalità della responsabilità civile dell'auto, introducendo eventualmente una formula simile a quella del *bonus malus*;

b) prevedere che la polizza assicurativa del professionista possa essere disdettata solo quando il sinistro sia stato effettivamente individuato come tale nelle sedi appropriate;

c) promuovere la redazione, in concorso con l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Ania), di un modello di polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi (rct) dei medici di base, valutando se talune delle clausole oggi introdotte nelle polizze in uso non siano da considerare vessatorie e, in quanto tali, da sopprimere.

(2-01282)

«Mario Pepe (Misto-R-A), Brugger».

(1º dicembre 2011)

(Iniziative normative in materia di copertura assicurativa professionale obbligatoria, con particolare riferimento alla responsabilità civile verso terzi dei medici - n. 2-01282)

PRESIDENTE. L'onorevole Mario Pepe (Misto-R-A) ha facoltà di illustrare la sua interpellanza n. 2-01282, concernente iniziative normative in materia di copertura assicurativa professionale obbligatoria, con particolare riferimento alla responsabilità civile verso terzi dei medici *(vedi l'allegato A - Interpellanze urgenti)*.

MARIO PEPE (Misto-R-A). Signor Presidente, signor sottosegretario, il problema che le sottopongo sta turbando la serenità dell'attività professionale di molti medici in Italia. Infatti, con la manovra economica dell'estate 2011 è stata introdotta la copertura assicurativa professionale obbligatoria. La norma prevede un anno di tempo per la messa a regime dell'obbligo. La decisione, condivisibile in linea di principio, sta esasperando le tensioni tra operatori sanitari e compagnie assicurative, grazie anche alla totale assenza di una strategia nazionale e politica di approccio al problema. L'assenza di linee guida istituzionali ha posto le compagnie assicurative nella posizione di contraente forte, posizione rafforzata dall'obbligo di copertura assicurativa professionale appena introdotto. A tal riguardo, le associazioni mediche segnalano: che le compagnie evitano di assicurare professionisti già sinistrati, cioè oggetto di semplici richieste di risarcimento, indifferenti al fatto che le denunce possono anche concludersi in un nulla di Pag. 98fatto sotto il profilo penale o non dar luogo ad un risarcimento in sede civile; laddove il medico riceva una disdetta per sinistro, da parte di una compagnia, altro assicuratore assumerà il rischio ben raramente e solo a fronte di premi elevatissimi. Segnalano, inoltre: che determinate specializzazioni a rischio, come i ginecologi, i chirurghi, i medici estetici e gli anestesisti, sono assicurate con clausola RD (riservato alla direzione) per evitare che l'intermediario, cioè l'agente, possa assumere indiscriminatamente un

numero indeterminato di clienti anche in assenza di sinistri; la continua ascesa dei premi sta portando all'insostenibilità dei costi delle polizze a carico dei medici. Paradossale è la situazione dei ginecologi per i quali le polizze possono arrivare a 14 mila euro l'anno, anche se l'Italia è uno dei Paesi con i più bassi rischi alla nascita.
Premesso tutto ciò, le chiedo se non ritenga opportuno assumere iniziative, anche normative, per promuovere l'estensione a livello nazionale delle forme di autocopertura dei danni da malasanità introdotte da alcune regioni, e se non ritenga opportuno prevedere che le compagnie di assicurazione abbiano l'obbligo di assicurare i professionisti che lo richiedono, secondo il modello e le modalità della responsabilità civile delle auto, introducendo eventualmente una formula simile a quella del *bonus malus*. E se non ritenga ancora, infine, opportuno promuovere la redazione, in concorso con l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici, di un modello di polizza assicurativa di responsabilità civile verso terzi dei medici di base, valutando se talune delle clausole oggi introdotte nelle polizze non siano da considerare vessatorie e, in quanto tali, da sopprimere.

PRESIDENTE. Il sottosegretario di Stato per la salute, Adelfio Elio Cardinale, ha facoltà di rispondere.

ADELFIO ELIO CARDINALE, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, onorevole Pepe, lei ha sollevato un problema assai importante, direi strategico. Farò qualche notazione personale alla fine del documento ufficiale. Queste problematiche a cui lei fa cenno fanno correre il rischio di scardinare tutto il sistema sanitario nazionale italiano, che viene anche ripreso in altri Paesi. In merito ai contenuti dell'interpellanza urgente in esame, il Ministero della salute riconosce la delicatezza della tematica sollevata e, in via preliminare, ritiene che sia necessario promuovere e sostenere ogni forma di conciliazione delle controversie connesse alla responsabilità professionale medica, anche per decongestionare l'attività dei tribunali.
A ciò aggiungasi, che il Ministero auspica che in tempi brevi le iniziative normative per disciplinare la responsabilità professionale del medico, già avviate al Senato, possano concludersi, così da consentire una disciplina organica e sistematica volta alla tutela del paziente e al corretto espletamento della professione del medico. Ciò premesso, lo stesso Ministero non può essere promotore di forme di autocopertura dei danni da «malasanità», in considerazione che l'assicurazione può essere effettuata soltanto da società autorizzate. Va, inoltre, fin da subito segnalato che ogni iniziativa correlata al risarcimento da danni derivanti dall'esercizio delle professioni sanitarie rientra nella esclusiva competenza della Regione, ai sensi della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha modificato il Titolo V della Costituzione, attribuendo alle Regioni l'esercizio del potere organizzativo-gestionale, con riguardo agli aspetti sanitari.
Va poi detto che l'articolo 11 dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008, prevede che l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) svolga funzioni di osservatorio nazionale sui sinistri e polizze assicurative a cui affluiscono i dati sui sinistri e polizze assicurative, secondo i metodi ordinariamente utilizzati per i flussi informativi, elaborando un rapporto annuale che viene approvato dal comitato strategico. Per tale specifico riguardo, l'Agenas ha comunicato che, in relazione alle denunce di sinistri, il dato più aggiornato di cui dispone, datato 14 settembre 2011, riporta un numero pari a 16.242 richieste di risarcimento aperte a partire dal 1º luglio 2009. Il dato si riferisce a tutti i sinistri aperti con inclusione delle denunce cautelative; si rappresenta inoltre che, a partire dal 2010 l'Agenas ha avviato le attività di supporto alle regioni e pubbliche amministrazioni tramite la costituzione di un tavolo tecnico inter-regionale inteso anche quale luogo di incontro e di discussione per la verifica e l'aggiornamento dei contenuti informativi. È stata inoltre intrapresa la costruzione di un percorso condiviso di elaborazione delle informazioni relative alle denunce dei sinistri.
Nel merito dei quesiti posti da lei, onorevole Pepe, per gli aspetti di propria competenza, il Ministero dello sviluppo economico, interpellato da questo Ministero, dopo aver richiamato l'articolo 3 del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito dalla legge 14 settembre 2011, n.

148, ha inteso segnalare che l'estensione dell'obbligo a contrarre, previsto per la responsabilità civile auto, alla responsabilità professionale medica, così come suggerito nella interpellanza in esame, non trova alcuna ragione d'essere sia dal punto di vista sistematico che funzionale. Tale indicazione, infatti, qualora accolta, oltre ad essere un obbligo presente solo in Italia rispetto all'Europa, sarebbe contraddittoria riguardo al sistema tecnico-assicurativo e giustificata solo da specifiche motivazioni connesse a peculiari esigenze di protezione sociale. La responsabilità civile auto, infatti, si caratterizza come rischio di massa che, in quanto spalmato sulla comunità degli assicurati - circa 38 milioni di automobilisti - consente elevate standardizzazioni, che in realtà corrispondono a distinzioni per grandi categorie, mentre il ricorso al *bonus malus*, lungi dal potersi configurare come una personalizzazione, indica il riferimento ad una formula tariffaria utile a distinzioni quantitative. Tutto questo non può essere applicato nella maniera più assoluta ad una responsabilità civile medica, in quanto ogni medico, per esperienza, per specializzazione, per storia personale, rappresenta un *unicum* di rischio, e, in quanto tale, non può andare esente dalla motivata valutazione selettiva dell'assicuratore.

Inoltre, sul piano del funzionamento del mercato, l'ipotizzato obbligo a contrarre determinerebbe l'effetto perverso di restringere la concorrenza, in quanto gli assicuratori che volessero operare nel settore sarebbero costretti a preannunciarsi annualmente con clausole e tariffari predeterminati e ad accettare qualunque richiesta assicurativa, con conseguente prevedibile allontanamento degli operatori dal settore, sia italiani sia stranieri.
Va considerato, al riguardo, che il meccanismo - per cui un'impresa che si dichiari disponibile ad operare per i rischi in esame obbligata a contrarre in modo automatico nel quadro delle condizioni e tariffe in precedenza annunciate - va anche contro i principi di regolamentazione e di vigilanza prudenziale del settore.
In conclusione ed in estrema sintesi si ritiene che lo specifico obbligo assicurativo imposto non può prescindere dall'individuazione del reale livello di assicurabilità di ciascun interessato, onde mantenere una corretta tariffazione sostenibile, se del caso anche con le necessarie conseguenze selettive.
Vorrei aggiungere, al di là della nota formale, di condividere pienamente quello che lei dice: bisogna approntare una strategia nazionale in questo settore, che è molto complessa. Infatti tutto questo attiene - è una delle parti - alla cosiddetta medicina difensiva, sia attiva sia passiva, perché il pericolo che vedono i giovani, soprattutto i giovani medici nelle trincee dei pronto soccorso, porta alla medicina difensiva. Come lei ha detto vi sono ormai specialità particolari, specialmente in ambito chirurgico, che cominciano ad essere assai carenti, perché neanche i giovani si iscrivono più in queste scuole di specializzazione, poiché sanno che corrono un rischio elevato. Una statistica recente, comunicata dal procuratore di Palermo, afferma che nell'arco di vent'anni di esercizio professionale 8 medici su 10 hanno o un avviso di garanzia o un rinvio a giudizio. È ben vero che 9 su 10 poi vengono assolti, ma chi ripaga i giovani di questo calvario, che spesso dura vent'anni? Questo è uno dei problemi che deve trovare una sistemazione sintetica generale.

Infatti, parliamoci chiaro: si è incrinato quel patto millenario tra medico e malato. Io dico sempre, sia ai miei studenti, essendo professore universitario, sia in tutte le riunioni e congressi: ma esisteranno ancora i grandi chirurghi, come Dogliotti e come Valdoni, che operavano sui pazienti che ormai gli altri medici dichiaravano intrattabili? Questi ostavano l'inosabile e per giunta avevano la gratitudine dei familiari, qualunque fosse l'esito, per aver avuto il coraggio di intervenire e di trovare soluzioni anche disperate. Allora tutto questo, come dicevo, porta alla medicina difensiva, attiva e passiva, che più o meno incide circa per il 12 per cento sul finanziamento globale della sanità italiana. Se si riuscisse a trovare tutti assieme, come lei dice, una strategia nazionale, ci sarebbe automaticamente un grande risparmio sulla sanità, senza ulteriori tagli. Da parte mia metterò tutto l'interesse e tutto l'impegno, perché lo ritengo un problema fondamentale per la sanità e per lo sviluppo, perché alla fine tutto questo si ritorce con danno al malato. Questa è la sintesi.

PRESIDENTE. L'onorevole Mario Pepe (Misto-R-A) ha facoltà di replicare.

MARIO PEPE (Misto-R-A). Signor Presidente, non intendo replicare, voglio soltanto ringraziare il sottosegretario. Sappiamo di essere in buone mani. Vorrei però consegnarli un avvertimento: nei prossimi anni mancheranno i medici in Italia, soprattutto perché i giovani medici stanno disertando le scuole di specializzazione in chirurgia. Uno dei motivi è costituito proprio da questi problemi di cui abbiamo parlato. Quindi, signor sottosegretario, siamo nelle sue mani.