

Giorgio Moroni

Audizione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato

9 marzo 2016

Breve relazione introduttiva.

---

Buongiorno

La legge fa registrare una svolta epocale nell'ambito della responsabilità medica che necessiterà ovviamente di tempo per affermarsi. L'impianto è già sufficientemente solido ed equilibrato, e sono a conoscenza della valutazione in corso di alcuni aspetti particolari –non tali da alterare la portata del cambiamento- che saranno oggetto di modifiche.

Ciò di cui mi occuperò oggi riguarda uno dei pilastri della riforma, quello assicurativo. In ciò utilizzerò anche gli spunti emersi nell'ambito del lavoro che stiamo facendo con l'Associazione interdisciplinare Melchiorre Gioia.

Con una breve premessa: l'assicurazione, come il risparmio, è un principio basilare dell'economia moderna e contemporanea. Essa, in Italia come nel resto del mondo, ha sviluppato delle regole uniformi ed è conseguentemente sottoposta a processi di vigilanza circa il rispetto di tali regole da parte del mercato assicurativo. Conseguentemente, il mercato ha sviluppato determinate capacità ed attitudini. Nell'esercizio della funzione legislativa non è opportuno prescindere dall'esistenza di queste attitudini e di queste capacità, pena correre il rischio di varare provvedimenti che non saranno applicabili.

La mia funzione, il mio ruolo è ideale, da questo punto di vista –ammesso che io sia in grado di esercitarla e di rivestirlo validamente. Io infatti, pur essendo un operatore del settore assicurativo con visione internazionale, non sono un rappresentante dell'industria assicurativa e non tutelo i suoi interessi. In qualità di broker, io sono mandatario dei clienti, per esso intendendo la sanità globalmente intesa e i suoi utenti. In qualità di broker, io conosco i mercati assicurativi che già operano nel nostro paese e quelli che possono decidere di entrarvi, ma li conosco dal punto di vista e nell'interesse degli operatori della sanità, delle strutture pubbliche e private, dei professionisti e infine dei pazienti.

Assumendo questo punto di vista, oggi in Italia assistiamo a un paradosso: in Italia non c'è un mercato assicurativo vero (sono solo due o tre le compagnie che assicurano il rischio sanitario, e solo una che lo fa senza selezione dei rischi benché con selezione degli assicurati...), mentre in altri paesi, dove in linea di principio non è sostenibile che il rischio sanitario sia inferiore a quello "italiano" (ad eccezione della responsabilità penale del medico con le sue conseguenze sul piano civilistico, che il presente ddl si propone di emendare), il mercato assicurativo coinvolto talvolta anche esclusivamente nella copertura dei rischi sanitari è fiorente e offre molteplici soluzioni. Senza volerci limitare agli USA, da cui peraltro provengono almeno un paio degli Assicuratori che operano nel nostro paese, e che pure hanno a che fare con ordinamenti giuridici che prevedono il riconoscimento dei *punitive damages* e degli *exemplary damages*, possiamo citare l'esempio della Francia, della Spagna e dell'Inghilterra.

Non è in il caso in questa sede di soffermarsi a illustrare il "perché" di questa situazione. Più importante è individuare il "come" si possano creare anche in Italia le condizioni per la presenza di una offerta all'altezza delle necessità del nostro sistema.

Non si tratta di individuare ricette geniali o stravaganti, come vedrete.

Parliamo innanzitutto delle Strutture. In assenza di un'offerta, molte strutture hanno optato per l'autoritenzione del rischio sanitario, impropriamente definita talvolta "autoassicurazione". Il ddl ammette il mantenimento di tale regime ma non lo regola in alcun modo, con ciò creando una asimmetria o disparità pericolosa tra le strutture che si assicurano, e che quindi garantiscono i pazienti al di là di ogni ragionevole rischio, e quelle che scelgono la ritenzione totale o parziale del rischio, che hanno e potrebbero avere in futuro la libertà di:

- Non appostare riserve con il principio della competenza e quindi occultare danni potrebbero rivelarsi, dato i lenti tempi di maturazione dei sinistri, a distanza di anni a danno delle future amministrazioni. Vedi a questo proposito quanto previsto dal regolamento ISVAP (ora IVASS) concernente la determinazione delle riserve tecniche nei rami danni, cui le compagnie di assicurazione sono tenute rigorosamente ad attenersi.
- Non costituire fondi rischi
- Non pagare le imposte di legge (22,25%, la più alta imposta di legge applicata al mondo per questo genere di rischio, effetto di varie collette avviate a

seguito di calamità naturali e no del passato), obbligatoriamente corrisposte dalle compagnie di assicurazione.

Per questa ragione ritengo essenziale modificare l'art. 4 e l'art. 14 come mostrato nelle allegate slides. La misura avrebbe evidentemente la conseguenza di ridare fiato all'industria assicurativa aumentando la massa critica dei premi, oltre a creare virtuosamente una consapevolezza nella gestione del rischio e delle statistiche sinistri, da cui è sostanzialmente "generato" il premio assicurativo. In prospettiva, si tratta di valutare le modalità con le quali possa essere ridotta l'abnorme imposta sulla assicurazione RC, e in particolare quella sanitaria, che incide per quasi un quarto sui costi delle strutture (e anche degli esercenti le professioni sanitarie). E' evidente che siamo in presenza di un cospicuo aumento del gettito generale delle imposte nell'epoca dell'obbligo, quindi il contesto è particolarmente favorevole.

Passiamo ora a parlare degli esercenti le professioni sanitarie.

In questo caso mi occupo dell'articolo 11, quello che –in attesa delle determinazioni ministeriali di cui al punto 6 dell'art. 10; a proposito: tale e tanta è la messe di enti e associazioni da sentire che mi permetto di avanzare sui dubbi sulla facilità di arrivare concordemente a conclusione- stabilisce le linee guida della copertura assicurativa. Qui ci sono delle evidenti modifiche a tutela dell'utente/paziente da effettuare.

Il mercato assicurativo oggi è in grado di prestare una copertura con retroattività illimitata, e tale retroattività è essenziale per mantenere la continuità della copertura da parte del professionista negli eventuali passaggi da un assicuratore a un altro in regime di "*claims made*". Non si comprende quindi come, a rischio del paziente e del patrimonio del professionista, la retroattività debba essere rilasciata, come nel testo attuale, alla discrezione dell'assicurato.

Al contrario, l'ultrattività assoluta (operante in qualsiasi caso) non è una condizione che, in regime di "*claims made*", il mercato sia in grado di offrire, posto che obbligherebbe le compagnie a tenere aperte le posizioni delle polizze per decenni (oppure: sarebbe ottenibile a costi almeno quadruplicati). E del resto non vi è alcuna necessità di tale condizione, visto che –di norma- gli esercenti dovranno essere sempre assicurati fin quando svolgono la loro attività (è un obbligo di legge..). A cosa serve l'ultrattività? L'ultrattività serve solo quando gli esercenti cessano la loro attività, perché a quel punto non potranno più assicurarsi, e saranno esposti, e pure

il loro patrimonio lo sarà, fino alla data della prescrizione dei diritti degli eventuali reclamanti (5 o 10 anni a seconda della responsabilità applicabile, extra contrattuale o contrattuale). E' evidente che la copertura di tale rischio non può essere demandato alla discrezione dell' esercente. Essa va quindi prevista espressamente dall' art. 11 come da slide allegata.

Nello stesso articolo vanno indicati, tra le condizioni essenziali, i massimali minimi e le franchigie massime, senza i quali come noto non può considerarsi applicato "in modo idoneo" l' obbligo assicurativo (vedi slide relativa).

Infine: l' obbligo assicurativo non potrà mai considerarsi operante per i professionisti fino a quando sarà possibile alle compagnie di assicurazione inviare disdetta (applicare il recesso contrattuale) in seguito a sinistro. Ciò costituisce un potenziale danno per la collettività, oltre a costituire un rischio per gli organi esponenti delle categorie sanitarie, che potrebbero essere accusate di non aver vigilato abbastanza sull' effettivo adempimento dell' obbligo assicurativo, la cui mancata osservanza come noto costituisce un illecito disciplinare. E questo non potrà essere evitato fino a quando la trattativa con l' Assicuratore verrà gestita "individualmente".

La soluzione è semplice e collaudata, in quanto ci sono altri precedenti in materia sempre in ambito professionale. Si tratta di dare facoltà agli Organi esponenti delle categorie (FNOMCEO, IPASVI, FOFI etc.) e agli Enti di previdenza (ENPAM etc.) di stipulare polizze collettive a favore degli iscritti, prevedendo conseguentemente la facoltà di esigere contributi dagli stessi iscritti con finalità assicurative.

I vantaggi sono evidenti, in questa riforma a costo zero:

- Ben diverso è presentarsi sul mercato assicurativo con contratti individuali dal presentarsi con masse critiche consistenti di premio in grado di creare appetito nei mercati assicurativi; questo è quanto accennavo all' inizio, ovvero: "creazione di un contesto favorevole alla nascita di un mercato assicurativo all' altezza della necessità";
- Evitare il meccanismo della selezione negativa dei rischi a favore delle compagnie di assicurazione, le quali dovranno accettare la rinuncia alla facoltà di recesso in caso di sinistro in presenza di un rischio costitutivamente bilanciato ed equilibrato;
- La riduzione consistente dei costi di intermediazione;

- Il possesso da parte degli Ordini e dei Collegi di una statistica sinistri costantemente aggiornata, tendenzialmente in grado di orientare le operazioni di prevenzione dei sinistri e il costo assicurativo stesso;
- L'adempimento da parte di tutti gli iscritti dell'obbligo assicurativo senza necessità di istituire gravose operazioni di controllo, in qualche caso pressoché impossibili, considerato l'elevato numero degli iscritti;
- La tutela degli utenti senza eccezioni possibili.

Vi ringrazio per l'attenzione.

Giorgio Moroni