



**PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY**

**Sprechi  
e medicina difensiva**

PARTNER



**UNIVERSITÀ  
CATTOLICA**  
del Sacro Cuore



# PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY

## Sprechi e medicina difensiva

CON IL CONTRIBUTO DI:

**Gianfranco Damiani, Maria Lucia Specchia, Anna Maria Ferriero, Silvio Capizzi, Vincenzo Di Gregorio, Walter Ricciardi**

*Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

**PUBLIC HEALTH & HEALTH POLICY**

**ANNO III – N. 2 – 2015**

**Editore**

ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Viale Sarca 223

20126 Milano

Tel. 02-49538300

Indirizzo e-mail [info@altis-ops.it](mailto:info@altis-ops.it)

**Direttore Responsabile**

Marcello Portesi

**Editore Scientifico**

Walter Ricciardi

Professore Ordinario di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e Past President European Public Health Association

Istituto di Sanità Pubblica - Sezione di Igiene,  
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

**BOARD SCIENTIFICO INTERNAZIONALE**

*Maria Grazia De Marinis,*

Professore Associato, Docente di Infermieristica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Campus Bio-Medico, Roma

*Carlo Favaretti,*

Past President Società Italiana di Health Technology Assessment

*Mariapia Garavaglia,*

già Ministro della Sanità Italia, Roma

*Antonio Gaudio,*

Segretario Generale di CittadinanzAttiva, Roma

*Muir Gray,*

Direttore di Better value healthcare, Oxford - già Direttore del Servizio Nazionale per la Conoscenza del Servizio Sanitario Nazionale inglese

*Fernando Lamata Cotanda,*

Ex Segretario Generale della Sanità della Spagna

*Adriano Marcolongo,*

Direttore Generale Direzione centrale salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

*Raffaele Perrone Donnorso,*

Presidente Nazionale ANPO (Associazione Nazionale Primari Ospedalieri)

*Armando Santoro,*

Direttore Humanitas Cancer Center, Istituto Clinico Humanitas, Milano

---

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nessuna parte di questa pubblicazione potrà essere riprodotta o trasmessa in qualsiasi forma o per mezzo di apparecchiature elettroniche o meccaniche, compresi fotocopiatura, registrazione o sistemi di archiviazione di informazioni, senza il permesso scritto da parte dell'editore.

Nota dell'editore: nonostante la grande cura posta nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto menzionato deve essere usato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto fornito dalle case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha soltanto lo scopo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.



---

**PROF. ROCCO BELLANTONE**

*Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma;  
Direttore dell'Unità Operativa di Chirurgia Endocrina e Metabolica, Policlinico A. Gemelli, Roma*

---

**IL MEDICO MODERNO: MOLTO TECNOLOGICO, MA UN PO' TROPPO SOLO**

La medicina moderna è sinonimo di straordinario cambiamento, di rivoluzione senza precedenti. Negli ultimi venti anni, conoscenze scientifiche e possibilità tecniche hanno radicalmente modificato il lavoro del medico. La professione è cambiata come non mai in tutta la sua storia, antica come quella dell'uomo. Nuovi scenari e nuovi stili di vita rendono possibili, oggi, operazioni che, fino a pochi anni fa, non erano nemmeno immaginabili.

Ma non è tutto oro quello che luccica.

La stessa tecnologia può trasformarsi in una "trappola" per il medico. Sofisticati sistemi di diagnosi e cura hanno moltiplicato le super specializzazioni, la frammentazione delle competenze e l'articolazione delle relazioni professionali. Tutto ciò può aumentare il rischio di eventi avversi (errori umani, errori organizzativi ed errori di comunicazione).

E il confine tra evento avverso e malpractice - a volte - può sembrare sfumato. Almeno agli occhi di chi vuole indagare con malizia. L'abbraccio fatale tra biotecnomedicina e nuovi media ha portato ad un fenomeno originale, molto pericoloso: la "medicina dei miracoli", con un'ipertrofia smisurata delle aspettative dei pazienti (e dei loro familiari). I malati si ricoverano in ospedale perché stanno male. Qualcuno, sta anche molto male. Ma non per colpa dei medici. È la "materia umana" che non è immortale.

La cultura occidentale ha portato ad una medicalizzazione estrema dell'esistenza: farmaci per far star meglio chi sta bene; integratori per migliorare le prestazioni fisiche; tecnologia come "protesi magica e potente" in grado di amplificare il corpo e la mente. La stessa gravidanza, che le nostre mamme vivevano a casa, senza nemmeno un'ecografia, è oggi trattata come se fosse una malattia: controlli seriati, farmaci, calze elastiche, ricorso esagerato al parto cesareo... Di contro, su alcuni quotidiani e molte riviste patinate spariscono parole come cancro, dolore, sofferenza, morte.

Oltre agli aspetti culturali e alle implicazioni tecnologiche quello che più angoschia il medico di oggi è il rischio di contenziosi medico-legali. Qualsiasi atto medico può essere impugnato per i dieci anni successivi. Ho sentito preoccupazioni di giovani colleghi: "l'outcome primario del lavoro del medico è arrivare alla pensione senza aver perso in tribunale".

E questo è il punto di partenza di un altro sistema, pericoloso e perverso: l'escalation dei premi assicurativi per responsabilità professionale. I giudizi? Lo possiamo dire? Possono essere una lotteria. Sai come entri, ma non sai come ne esci. Situazioni apparentemente identiche possono arrivare a sentenze diametralmente opposte.

Ma quanto costa questo sistema?

Ogni anno, nel nostro Paese, sono 10 miliardi gli euro che vengono bruciati dalla macchina della medicina difensiva (Agenas, Commissioni Parlamentari).

Un medico su tre è convinto che la nostra legislazione sia decisamente sfavorevole alla professione e sente come una spada di Damocle il rischio di essere citato in giudizio. D'altronde nel corso della propria vita professionale otto camici bianchi su dieci ricevono almeno una richiesta di risarcimento; molti di loro incorreranno in un procedimento giudiziario.

Secondo uno studio dell'Ordine dei Medici di Roma quattro medici su dieci si sono pentiti di aver scelto la professione di Ippocrate. A posteriori il 40% dei camici bianchi afferma che non farebbe più questo percorso. I motivi? Il ritardo nel metter su famiglia, la rinuncia ad avere figli, il mancato raggiungimento dell'autonomia economica e dello status sociale desiderato. I ragazzi degli anni Sessanta, che ridevano delle imprese di Guido Tersilli, immaginavano la professione medica un viatico per prestigio, realizzazione, e successo... Non è più così. Nonostante la passione sia sempre la stessa.

Tra minacce, carte bollate, leggi, tribunali, compagnie assicuratrici, angosce e frustrazioni, il medico, l'uomo, si sente un po' solo, un po' abbandonato.



---

SPRECHI  
E MEDICINA DIFENSIVA

---

**ABSTRACT**

Il fenomeno della medicina difensiva assume dimensioni progressivamente sempre più preoccupanti.

Dalle indagini in materia risulta come una larga percentuale del personale sanitario prescriva farmaci, visite specialistiche, esami di laboratorio, esami strumentali o ricoveri ospedalieri in eccesso solo per ragioni di medicina difensiva o, per le stesse ragioni, rifiuti adeguata assistenza in casi di elevato rischio di esito sfavorevole, percepiti come “pericolosi” dal punto di vista giudiziario. Il risultato è una riduzione nella qualità dell’assistenza sanitaria e uno spreco cospicuo di risorse e di fondi, quantizzabile intorno ai 10 miliardi di euro l’anno, ovvero più del 10% della spesa sanitaria complessiva.

Alle radici del fenomeno della medicina difensiva c’è l’anomalo intensificarsi del contenzioso legale per medical malpractice, al quale hanno contribuito il recente aumento del rischio connesso alla pratica di attività cliniche e un concorso di fattori socio-culturali e di fattori inerenti la pratica giurisprudenziale. Vari approcci al problema sono stati adottati a livello internazionale. Gli interventi di maggiore efficacia si sono comunque rivelati l’introduzione di organi conciliativi per una gestione extragiudiziale delle controversie e l’adozione di sistemi *no-fault*.

In Italia, il primo tentativo di affrontare il tema, ponendo un argine alla continua dilatazione della responsabilità medica, è stato rappresentato dalla Legge Balduzzi. Questa, pur risultando a tuttora di difficile applicazione, ha avuto il merito significativo di alimentare il dibattito parlamentare stimolando la formulazione di ben dieci proposte di legge. Gli ambiti di intervento proposti, variamente combinati nei singoli disegni, vanno dalla prevenzione degli episodi di malpractice in sanità, alla gestione ottimale degli eventi avversi, alla ridefinizione delle azioni disciplinari e giudiziali conseguenti. Nessuna delle proposte si è però realizzata in una concreta riforma di sistema.

Il presente lavoro realizza un’analisi del fenomeno della medicina difensiva, delle sue cause, delle sue conseguenze, nonché del suo impatto epidemiologico ed economico. Dopo un’analisi dei modelli di soluzione adottati in sede internazionale, si descrive la situazione legislativa italiana e si analizzano le proposte di legge presentate al Parlamento italiano, col fine di evidenziare quali elementi abbiano ostacolato la conseguente implementazione di un efficace progetto di riforma e di trarre spunti di azione per un intervento mirato al contenimento della medicina difensiva e degli sprechi a questa associati.

**ABSTRACT**

*Defensive medicine has recently escalated as a problem of progressively increasing magnitude and concern.*

*Targeted studies report that a high percentage of health professionals in Italy prescribe drugs in excess, request blood tests and radiological investigations, refer patients to specialist services or admit them to the hospital explicitly for the purpose of averting malpractice suits. For the same reason, high-risk cases, perceived as dangerous from a legal point of view, are often avoided by the professionals and do not receive adequate care. Such a behavior decreases the quality of healthcare also exposing patients to significant risks of harm and generates a highly negative economic impact, with a waste estimated around 10 billion euros per year, more than 10% of the whole Italian healthcare cost.*

*The practice of defensive medicine can be associated with the rising number of medical malpractice lawsuits, which is consequence of several contributing factors, particularly the increased risks in healthcare, the impact of social and cultural changes and some facilitating aspects of the legal system. Various solutions have been adopted internationally with the aim of reducing defensive medical acts. The use of mediation to favour dispute settlements out of the court of law and the adoption of no-fault systems have turned out to be the most effective approaches.*

*In Italy, the first attempt to face the issue of defensive medicine has been the “Balduzzi law”, which intended to limit the uncontrolled expansion of the field of liability. Although many obstacles against its implementation have limited the efficacy of the law by itself, it has with no doubt nourished the parliamentary debate so that ten new laws have been proposed in a one-year interval. The suggested fields of intervention ranged from preventive measures of medical malpractice, to optimization in management of adverse events, to redefinition of disciplinary and legal consequences. Unfortunately, none of the proposed laws were issued. The present paper analyzes the phenomenon of defensive medicine, looking at its causes, its consequences and its epidemiologic and economic burden. After reviewing the various international approaches to the problem, it describes the current Italian law and the details of the new laws proposed by the Parliament, aiming at highlighting the main obstacles towards their implementation, in order to give a useful starting point for concrete actions to minimize the use of defensive medicine and its associated economic wastes.*



## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

**INTRODUZIONE****Definizione di medicina difensiva**

Secondo la definizione fornita dal Congresso degli Stati Uniti d'America, "la medicina difensiva si manifesta quando il medico prescrive esami, procedure o visite, o evita pazienti a rischio, procedure ad alto rischio, principalmente (ma non esclusivamente) per ridurre la propria esposizione al contenzioso legale. Quando i medici svolgono esami o procedure in eccesso, praticano la cosiddetta medicina difensiva positiva. Quando evitano alcuni pazienti o procedure, praticano la cosiddetta medicina difensiva negativa" [1].

Secondo questa definizione, si identificano due tipi di comportamento difensivo: uno orientato ad effettuare azioni e procedure in esubero, l'altro indirizzato a eludere trattamenti che possono essere considerati a rischio. Un progressivo adeguamento in tale direzione si registra ormai da alcuni anni anche da parte delle strutture sanitarie, inclini all'abbandono delle aree ad alto rischio di contenzioso e impegnate nell'attivazione di procedure guidate dall'esigenza primaria di neutralizzare o controllare il rischio di conseguenze negative ai fini del giudizio di responsabilità [2].

**Le principali cause della medicina difensiva**

Alle radici del fenomeno della medicina difensiva è l'anomalo intensificarsi del contenzioso legale per medical malpractice, che induce un atteggiamento difensivo da parte della classe medica. Le precedenti esperienze di contenzioso, a proprio carico e a carico dei colleghi, influen-

zano in maniera evidente il comportamento degli operatori sanitari [3]. Vari fattori hanno contribuito a questo intensificarsi del contenzioso legale in ambito sanitario, in particolare:

- il recente aumento del rischio connesso alla pratica di attività cliniche;
- fattori socio-culturali;
- fattori inerenti la pratica giurisprudenziale.

L'incremento del rischio clinico può essere associato a varie componenti causali emergenti, responsabili di una complessità incrementata nelle discipline mediche, quali lo sviluppo di nuove conoscenze e competenze sanitarie, l'introduzione di sofisticate tecnologie di diagnosi e di cura e la molteplicità delle relazioni intra e interprofessionali tra i soggetti coinvolti nelle prestazioni. Tutti questi aspetti, alla base dell'evoluzione scientifica, sono al contempo responsabili di un maggiorato rischio di eventi avversi per il concorso di errori umani ed errori organizzativi [4, 5].

Tra i fattori socio-culturali che hanno favorito un incremento della conflittualità in ambito sanitario si annoverano:

- un'evoluzione del rapporto medico-paziente, gradualmente transitato da una prospettiva paternalistica, che induceva all'insindacabilità dell'atto medico, a un rapporto paritetico che consolida il coinvolgimento del paziente e rende l'atto medico suscettibile di una valutazione in ordine alla causa e alla responsabilità dell'eventuale errore;
- l'incremento della cultura media della popolazione e l'estrema e incontrollata facilità di accesso ad informa-

zioni anche specialistiche mediante internet, con una conseguente maggiore consapevolezza, tra gli utenti, delle problematiche di malpractice e un'elevazione delle attese sugli esiti delle cure, talora fondate su una presunta infallibilità della medicina;

- l'aumento della consapevolezza sociale delle esigenze di tutela asimmetrica dei pazienti considerati contraenti "deboli", l'incremento del numero di associazioni a tutela degli stessi e la presenza di un'ansia collettiva, favorita dalla sovraesposizione mediatica del problema della malpractice e dal conseguente atteggiamento circospetto del paziente;
- la frammentazione relazionale derivante dalle specializzazioni, dal crescente tecnicismo strumentale e dall'incremento del numero dei pazienti, che conduce a un rapporto medico-paziente caratterizzato da "indisponibilità umana" del medico [2, 6, 7].

Quanto ai fattori relativi al sistema giuridico, si annoverano in particolare:

- una prassi giurisprudenziale particolarmente rigorosa sul terreno della responsabilità penale e civile, in concomitanza con un eccessivo aggravamento della posizione del medico, potenzialmente considerato responsabile anche in ipotesi in cui questi sia estraneo al fatto o non possa essergli imputata alcuna colpa in termini strettamente medici (ad esempio, in caso di danno derivante da problemi di natura organizzativa della struttura in cui opera) [2, 8];
- l'imprevedibilità del sistema giudiziario, per il quale, pur in presenza di condotte conformi a eventuali

riconosciute Linee Guida mediche, vi sarebbero comunque ampi margini perché residui una colpa generica derivante dalla violazione di regole cautelari non scritte [7] (in questo modo, le vere Linee Guida che i sanitari sono indotti a seguire nel loro lavoro diventano quelle dettate dalle corti nel condannare o assolvere un sanitario) [9];

- la progressiva liberalizzazione della professione di avvocato, che ha incrementato le possibilità di promozione pubblicitaria dei servizi di assistenza forense, promuovendo così la possibilità di azione giudiziaria in caso di danni di natura medica, e l'abolizione delle relative tariffe minime obbligatorie, con conseguente riduzione dei costi di giudizio [2].

#### **Le principali conseguenze della medicina difensiva positiva e negativa**

Numerose indagini hanno evidenziato come una larga percentuale del personale sanitario prescriva farmaci, visite specialistiche, esami di laboratorio, esami strumentali o ricoveri ospedalieri in eccesso solo per ragioni di medicina difensiva.

Le principali conseguenze di questo fenomeno di medicina difensiva "positiva" sono:

- problemi organizzativo-gestionali per le strutture sanitarie, quali un allungamento delle liste d'attesa, un ingolfamento dell'accesso al Pronto Soccorso e un'occupazione superiore al dovuto dei posti letto nelle strutture ospedaliere [8, 10];
- rischi inutili per i pazienti derivanti da procedure diagnostiche invasive non effettivamente necessarie; peraltro, risultati ambigui o falso-positivi

producono stress emotivi addizionali e la necessità di ulteriori accertamenti diagnostici, innescando un'escalation difficilmente controllabile [8]. È evidente come tutto questo abbia un impatto devastante sui costi sanitari a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e della collettività e determini una contrazione delle risorse disponibili per utilizzi alternativi, come ricerca e sperimentazione applicativa.

Inoltre, l'approccio difensivo alla medicina ha un effetto valanga: più gli specialisti tendono a prescrivere procedure diagnostiche inutili o trattamenti aggressivi per condizioni a basso rischio, più questo tipo di approccio diventa lo standard legale per la pratica clinica [11].

Per quanto riguarda invece la medicina difensiva "negativa" e le sue conseguenze, è ampiamente documentata una relazione positiva fra l'aumento del contenzioso, dei risarcimenti a favore dei pazienti e dei premi assicurativi sia per i medici che per le strutture sanitarie, e il rifiuto da parte di questi ultimi di impegnarsi in specialità a rischio [12].

Come evidenziato da ricerche condotte dall'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (ANIA), - l'incremento dell'entità di risarcimenti e premi assicurativi sta inducendo i professionisti e le strutture sanitarie ad abbandonare sempre più le aree ad alto rischio di contenzioso, in uno scenario in cui gli Enti locali e regionali, nella gestione della malpractice medica, si affidano sempre meno alle assicurazioni e si spingono a coprire i rischi sempre più per proprio conto [9].

In sintesi, la pressione verso la medicina difensiva tende a incentivare condotte svantaggiose sia a livello individuale che, soprattutto, sistemico, senza un incremento correlativo dimostrato dei benefici per i pazienti e i fruitori del SSN [2].

#### **Inquadramento epidemiologico e burden economico del fenomeno**

Negli ultimi decenni, l'aumento del contenzioso medico-legale sta alimentando sempre più la pratica della medicina difensiva.

Nel Rapporto pubblicato all'inizio del 2015 dal gruppo Marsh sull'analisi delle richieste di risarcimento danni, si evidenzia come su un campione di 89 strutture, in un periodo di 10 anni (2004-2013), siano pervenute alle strutture sanitarie 42.000 richieste di risarcimento, pari a una media di 4.163 nuovi sinistri aperti all'anno e 66 nuovi sinistri all'anno per ospedale [13].

Quanto alle pratiche di medicina difensiva, un'indagine condotta nel 2008 dal Centro Studi "Federico Stella" su un campione di 307 medici, ha registrato come un'elevata percentuale di medici abbia fatto ricorso a pratiche di medicina difensiva.

In Tabella 1 sono elencati i più frequenti comportamenti di medicina difensiva.

L'indagine ha evidenziato anche che il 26,2% dei medici aveva escluso pazienti a rischio da alcuni trattamenti e che i medici più giovani avevano dichiarato di praticare la medicina difensiva in misura maggiore rispetto ai medici più anziani [8].

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

Risultati simili sono stati ottenuti da un'analoga indagine nazionale condotta dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma nel 2010, i cui risultati sono riportati in Tabella 2 [10].

A ulteriore conferma, un'indagine sulla medicina difensiva nell'urgenza condotta nel 2010 dal Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca [14] su 1.327 medici dei

Pronto Soccorso in Italia, ha rilevato come il 90,5% dei medici intervistati avesse adottato almeno un comportamento di medicina difensiva durante l'ultimo mese di lavoro. In Tabella 3 sono elencate nel dettaglio le pratiche di medicina difensiva più frequentemente adottate. Infine, secondo i risultati della ricerca condotta dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) nel 2014 [15] e riportati anche in un

recente Rapporto del Ministero della Salute [16], il 58% degli intervistati ha dichiarato di praticare medicina difensiva; gli atteggiamenti più frequenti sono quelli di medicina difensiva "positiva" (Tabella 4), mentre il 6% ha dichiarato di non fornire cure potenzialmente efficaci ma ad alto rischio di complicazioni e il 4% di aver evitato di assistere pazienti ad alto rischio di complicanze.

Il 31% ha motivato il comportamento difensivo con una legislazione sfavorevole per il medico, il 28% con il rischio di essere citato in giudizio, il 6% con il rischio di subire una richiesta di risarcimento. Benché il 69% dei medici intervistati abbia reputato la medicina difensiva un fattore limitante, il 64% si è dichiarato comunque convinto che il ricorso a tali pratiche abbia ridotto le probabilità di errore [15].

In sintesi, i risultati di questi studi sono tutti concordi nel mostrare un'elevata incidenza della medicina difensiva nella pratica clinica, una maggiore frequenza fra i medici più giovani, l'indipendenza del fenomeno dalle caratteristiche socio-anagrafiche dei medici e la stretta connessione al timore di ripercussioni legali [7]. Considerando questi dati, appare evidente come le ripercussioni in termini economici per il sistema sanitario siano oltremodo rilevanti. Sebbene non facilmente quantificabile, infatti, il burden economico del fenomeno rappresenta attualmente una delle principali voci di spreco in sanità.

Partendo da un'analisi condotta negli Stati Uniti da Berwick e Hackbarth [17], Cartabellotta ha presentato una

PRESCRIZIONI	% DEI MEDICI DICHIARANTI
Visite specialistiche non necessarie	58,6
Esami diagnostici in numero maggiore al dovuto	61,3
Ricoveri di pazienti gestibili	69,8

*Campione di 307 medici di età compresa tra 43 - 62 anni. L'anzianità di servizio è medio-alta: da 21 a 30 anni il 31,1% e più di 30 anni il 43,6%. Il 94,4% è di genere maschile. Nell'87,3% dei casi l'intervistato lavora in un ospedale pubblico. Si tratta per lo più di medici specialisti (97,4%), dirigenti (42,7%) o direttori di presidio/dipartimento (52,6%).*

**Tabella 1.** Indagine Centro Studi "Federico Stella" - Anno 2008. I più frequenti comportamenti di medicina difensiva [8]

SETTORE	% DEI MEDICI DICHIARANTI	% SU TUTTE LE PRESCRIZIONI
Farmaci	53,0	13,0
Visite specialistiche	73,0	21,0
Esami di laboratorio	71,0	21,0
Esami strumentali	75,6	22,6
Ricoveri	49,9	11,0

*Campione di 2.783 medici, stratificato per età, area geografica, rappresentativo di tutti i medici italiani (esclusi gli odontoiatri) fino a 70 anni, attivi in tutti i ruoli (ospedali, case di cura, medicina di base) nel settore pubblico o privato.*

**Tabella 2.** Indagine Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma - Anno 2010. I più frequenti comportamenti di medicina difensiva [10]

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

PRESCRIZIONI	% DEI MEDICI DICHIARANTI
Visite specialistiche non necessarie	67,3
Esami di laboratorio non necessari	77,7
Esami invasivi inutili	64,1
Ricoveri di pazienti gestibili in ambulatorio	61,2
Ricoveri per assecondare le pressioni dei familiari del paziente	63,3

*Campione di 1.327 medici di età compresa tra 37 - 59 anni. L'anzianità di servizio è medio-alta: da 11 a 20 anni il 27,8% e da 21 a 30 anni il 25%. Il 60,8% è di genere maschile; nel 97% dei casi gli intervistati lavorano in un ospedale pubblico. Si tratta per lo più di medici specialisti (93,8%) appartenenti all'area medica (46,3%), con il ruolo di dirigenza (73%) o di direzione di presidio/dipartimento (22,5%). La maggior parte dei rispondenti, inoltre, proviene dalle Regioni del Nord (52%), in particolare dalla Lombardia e dal Piemonte.*

**Tabella 3.** Indagine Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca - Anno 2010. I più frequenti comportamenti di medicina difensiva nell'urgenza [14]

PRESCRIZIONI	% DEI MEDICI DICHIARANTI
Visite specialistiche	16
Esami di laboratorio	33
Esami strumentali	33

*Campione di circa 1.500 medici ospedalieri operanti in 4 Regioni (Lombardia, Marche, Sicilia, Umbria).*

**Tabella 4.** Ricerca Agenas - Anno 2014. I più frequenti comportamenti di medicina difensiva "positiva". Modificata da [15]

tassonomia degli sprechi sanitari in cui al primo posto figurano proprio i costi legati agli atteggiamenti di medicina difensiva positiva, che ammonterebbero al 26% del totale degli sprechi [18]. Il costo complessivo di tutte le voci di spreco, secondo

le stime di Berwick e Hackbarth, si aggirerebbe intorno ai 558 miliardi di dollari/anno negli Stati Uniti, ovvero almeno il 20% dei costi sanitari e, riportandolo alla nostra dimensione nazionale, questo valore equivarrebbe a poco meno di 25 miliardi di euro,

di cui circa 1/4 attribuibile solo alla medicina difensiva "positiva" [18]. L'impatto economico della medicina difensiva in Italia è stato stimato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Dai dati pubblicati nel 2013 si evince un elemento interessante: l'eccesso di prescrizioni mediche atte a evitare eventuali contenziosi con i pazienti pesa ogni anno sulla spesa sanitaria pubblica per 10 miliardi di euro (10,5% della spesa sanitaria totale e 0,75% del PIL) [16,19,20].

Un dato analogo è stato evidenziato dallo studio dell'Agenas sulla sperimentazione di un modello di valutazione e monitoraggio sulla diffusione della medicina difensiva. Infatti, anche questo studio ha stimato un impatto economico della medicina difensiva di 9-10 miliardi di euro, pari al 10,5% della spesa sanitaria complessiva e a 165 euro pro capite (considerando una spesa sanitaria pro capite pari a 1.847 euro) [15].

L'indagine conferma anche che la maggior parte dei costi per medicina difensiva è dovuta al sovra-utilizzo di esami strumentali e di laboratorio (Tabella 5) [15].

Tra i costi indiretti della medicina difensiva si annovera sicuramente il costo di copertura assicurativa della responsabilità civile.

In circa 20 anni le denunce per malpractice a carico dei professionisti sanitari sono quadruplicate: nel 1994 i casi erano 9.567 arrivando a 42.000 nel 2013 [13]. Parallelamente, quest'incremento del contenzioso ha determinato, negli ultimi 15 anni, un incremento di oltre il 200% dei premi

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

assicurativi [7].

La stima dei premi per l'esercizio 2012 è pari a 543 milioni di euro, di cui il 53% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie, e il restante 47% relativo a polizze stipulate dai professionisti sanitari. Rispetto all'anno precedente, i premi sono incrementati del 3,6%. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2002-2012 si attesta al 7,2% (rispettivamente 4,8% per le strutture sanitarie e 10,9% per i professionisti) [9].

Lo studio del gruppo Marsh, nella sesta edizione del 2015, ha stimato che a livello nazionale il valore assicurativo di un posto letto è ormai pari a 4.074 euro quello di un singolo ricovero a 107 euro, quello di un medico a 6.990,29 euro, e quello di un infermiere a 2.907,26 euro. In quasi tutte le situazioni analizzate, l'esposizione economica maggiore si verifica nel Centro Italia. I dati mostrano sul versante economico un netto peggioramento rispetto agli anni precedenti [13].

La conseguenza immediata dell'aumento delle tariffe assicurative è che in molte Regioni italiane si sta percorrendo la strada dell'autoassicurazione o della non assicurazione. Attualmente, infatti, soltanto la Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano si affidano ancora interamente al mercato assicurativo per rimanere indenni dagli effetti del contenzioso medico-legale. Per il resto, gli Enti locali accantonano dei fondi ad hoc e gestiscono per proprio conto le richieste di risarcimenti. Inoltre, in caso di sottoscrizione di coperture assicurative, si preferiscono coperture

SETTORE	% SULLA SPESA TOTALE
Esami strumentali	25
Esami di laboratorio	23
Farmaceutica	14
Visite specialistiche	11

**Tabella 5.** Ricerca Agenas – Anno 2014. Stima dei costi della medicina difensiva per settori rispetto alla spesa totale. Modificata da [15]

solo per sinistri di maggiore entità, vale a dire per importi superiori ai 250-500 mila euro [9]. Tutto ciò, chiaramente, comporta minori garanzie di tutela sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.

#### **STATO DELL'ARTE DELLA NORMATIVA VIGENTE IN MATE- RIA DI RESPONSABILITÀ MEDICA E MEDICAL MALPRACTICE**

##### **Il panorama internazionale: le best practice**

Il fenomeno delle denunce e dei contenziosi per casi di malpractice medica ha subito un notevole incremento nel corso dell'ultimo decennio: in Europa questo aumento oscilla da un più 50% in Gran Bretagna, Scandinavia, Paesi baltici e dell'Est Europa, a un più 200-500% in Germania, Italia, Paesi iberici e dell'area mediterranea [21]. Per far fronte a tale situazione e ai costi ad essa associati, legati anche al dilagare del fenomeno della medicina difensiva, diversi Paesi hanno provato a percorrere la strada della riforma legislativa. Si sono venuti, pertanto, a delineare profili di

responsabilità professionale differenti nei diversi Paesi del mondo. Gli aspetti più interessanti riguardano la possibilità di privilegiare la responsabilità civile, come accade per esempio negli Stati Uniti e nei Paesi anglosassoni; l'istituzione di organi conciliativi per una gestione extra-giudiziale delle controversie, come in Francia, Germania, Regno Unito e Austria; l'opportunità di poter utilizzare i sistemi di gestione dei sinistri in un'ottica proattiva di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza erogata.

L'altro grande capitolo in tema di responsabilità professionale medica è quello della colpa. La Nuova Zelanda, infatti, ha inaugurato nel 1974 l'era dei sistemi no-fault, importati successivamente nei Paesi Scandinavi e, in un sistema misto, anche in Francia. I sistemi no-fault nascono con l'obiettivo di sanare le conseguenze di un infortunio in modo rapido, senza andare alla ricerca di un colpevole, riducendo in questo modo i conflitti tra i pazienti e i professionisti sanitari e i costi associati all'iter giudiziario.

Essi consentono, inoltre, di ridurre i costi associati al fenomeno della medicina difensiva in quanto i medici non corrono il rischio di pagare di persona per i propri errori. Il rovescio della medaglia, tuttavia, è rappresentato da una possibile deresponsabilizzazione dei professionisti sanitari, che non sarebbero più motivati a prevenire i casi di malpractice [9]. Di seguito vengono presentati alcuni esempi di come diversi Paesi hanno affrontato il tema della responsabilità professionale e della malpractice medica.

#### *Stati Uniti d'America*

Negli Stati Uniti d'America (USA) la responsabilità medica viene trattata quasi esclusivamente in ambito civile e si considera inappropriato criminalizzare le decisioni cliniche di un medico, pur sbagliate che siano, perché derivano, nella maggior parte dei casi, da errori di giudizio piuttosto che dalla volontà di nuocere al paziente. Nei casi in cui si arrivi a un procedimento penale a carico del medico, l'onere probatorio dell'accusa è molto elevato, in quanto è necessario dimostrare che il professionista abbia mostrato, con il suo agire, totale indifferenza nei confronti delle persone e abbia perpetrato una condotta oltremodo negligente [22]. Nonostante ciò, il problema della responsabilità medica e della malpractice medica è fortemente sentito anche negli USA e da anni si parla di "medical malpractice crisis", per indicare un fenomeno caratterizzato da una riduzione della funzionalità del sistema a fronte di un aumento degli aspetti negativi che lo

caratterizzano, quali l'incremento dei premi assicurativi e degli atteggiamenti di medicina difensiva da parte dei professionisti sanitari e, addirittura, la rinuncia alla professione o l'esercizio della professione senza la copertura assicurativa. Secondo alcuni, le ragioni principali di questa crisi sono da ricondurre a generali problemi economici; secondo altri, invece, sono da rintracciare nell'aumento del numero complessivo di cause intentate e nel crescente valore delle stesse [22]. Nel 2001 le compagnie assicuratrici che si occupavano del settore medico spesero 8,9 miliardi di dollari per risarcimenti e spese di gestione, a fronte dei 7,6 miliardi incassati, e ciò a causa soprattutto dell'aumento del numero dei sinistri, dei procedimenti legali e delle sentenze dei tribunali a senso unico [9]. La risposta non tardò ad arrivare e, nel corso del 2003, circa 30 Stati vararono riforme finalizzate soprattutto a fissare dei tetti per i danni non patrimoniali subiti dai pazienti e per le tariffe degli avvocati, con l'obiettivo di ridurre i costi della medical malpractice; fu istituito, inoltre, un sistema di mediazione dei conflitti per ridurre i costi legali. Nel complesso, questo tipo di approccio ha dato i suoi risultati, dimostrati da un dimezzamento del cosiddetto "loss ratio", ossia il rapporto tra sinistri e premi assicurativi. È necessario, tuttavia, sottolineare che alcune corti supreme hanno giudicato anticostituzionale il tetto ai risarcimenti non patrimoniali e questo ha dato il via al dibattito sulla possibilità di passare dall'attuale sistema di responsabilità professionale medica, basato su coperture assicurative, a un sistema

no-fault che provvede ai risarcimenti indipendentemente dall'accertamento di una colpa dei professionisti sanitari. Un sistema del genere, pur generando un aumento dei costi legati ai risarcimenti dei sinistri, comporterebbe una riduzione del fenomeno della medicina difensiva e dei costi ad essa associati, di gran lunga superiori ai primi. Al momento, tuttavia, l'attenzione è puntata sui possibili effetti sulla medical malpractice della riforma sanitaria voluta dal presidente Obama: la nuova legge ha previsto anche il finanziamento di alcuni progetti pilota per valutare le riforme sulla malasanità approvate a livello statale [9].

#### *Nuova Zelanda*

La Nuova Zelanda è stato il Paese che per primo ha tracciato una nuova strada nella gestione della malpractice medica inaugurando, già nel 1974, un sistema no-fault fondato non sulla ricerca del responsabile ma piuttosto sul risarcimento del danno e sull'individuazione della causa. È stato istituito da allora un sistema pubblico di indennizzo globale degli infortuni, finanziato attraverso le tasse e altri tributi, valido sia per i cittadini neozelandesi che, con alcune limitazioni, per i turisti [9]. Tutti i danni, pertanto, indipendentemente dalla loro portata o dal fatto che siano o meno stati colposamente causati da parte del medico, sono coperti dall'assicurazione nazionale [22]. L'intero sistema è gestito dall'Accident Compensation Corporation (ACC) che si occupa dei risarcimenti e della prevenzione degli incidenti. L'ACC inizialmente gestiva i risarcimenti con un meccanismo a

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

ripartizione utilizzando i contributi incassati; da qualche anno invece è in vigore un modello di tipo assicurativo basato sulla costituzione di riserve adatte a finanziare le richieste di indennizzo [9].

Nel caso di eventi avversi legati alla pratica medica, ci si può rivolgere anche all'Health and Disability Commissioner (HDC), organo amministrativo a cui è demandato il compito di composizione delle controversie, compresa la mediazione. L'HDC promuove la risoluzione di conflitti in ambito sanitario occupandosi, però, della parte non risarcitoria degli stessi: infatti, in base alla gravità dell'evento segnalato, l'HDC può decidere se procedere o meno con le indagini, al termine delle quali è lo stesso organo a stabilire le sanzioni per il professionista sanitario. Solitamente, però, le sanzioni consistono in eventuali scuse scritte da parte del medico o nell'obbligo di un periodo di formazione professionale. Tuttavia, in caso di violazioni molto gravi il rapporto delle indagini può essere inviato agli organi amministrativi competenti per l'adozione di misure disciplinate adeguate [8, 22]. In Nuova Zelanda, inoltre, così come in Germania e nel Regno Unito, il sistema amministrativo agisce anche nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria erogata, in quanto, con finalità educativa, periodicamente vengono redatti e pubblicati, in forma anonima, Report con i dati dei sinistri [22].

#### *Paesi Scandinavi*

Svezia, Danimarca e Finlandia hanno importato il modello no-fault neozel-

landese. In virtù di questo sistema, i pazienti che hanno subito un danno da parte di un professionista sanitario vengono risarciti da programmi pubblici, senza ripercussioni legali ed economiche per i medici responsabili [9, 23]. In particolare, in Svezia e in Danimarca c'è l'obbligo assicurativo per le strutture sanitarie che, in questo modo, risarciscono danni sia fisici che psicologici, benché con dei tetti massimi prefissati. Nelle strutture sanitarie, inoltre, sono disponibili dei moduli che i pazienti, supportati da medici e infermieri, possono compilare per sporgere denuncia e chiedere risarcimenti in caso di evento avverso. La richiesta di indennizzo deve essere presentata entro 3 anni dalla conoscenza del danno e comunque entro 10 dall'evento che lo ha determinato [9].

Alla base di questo sistema c'è un modello di responsabilità oggettiva che si basa sul principio dell'evitabilità dell'errore [9, 23], così come affermato dal Patient Injury Act e, pertanto, nell'iter di valutazione delle richieste di risarcimento vengono analizzati tre aspetti:

1. la lesione deriva dal trattamento medico?
2. il trattamento risulta giustificato?
3. il risultato era inevitabile?

Il paziente riceve il risarcimento qualora la risposta alla prima domanda sia affermativa e alle altre due negative [9] e, quindi, solo nel caso in cui si tratti di un errore potenzialmente evitabile [23]. Per il resto non ci sono barriere ad ottenere risarcimenti e non esistono sistemi di mediazione [24].

I Paesi Scandinavi, inoltre, hanno un

sistema di gestione dei reclami trasparente e centralizzato che permette di disporre di dati accurati su tutti gli elementi della responsabilità medica, come il numero assoluto e relativo dei reclami, il numero dei reclami risarciti e il costo della responsabilità per abitante. Dai dati disponibili risulta che il numero dei reclami è in aumento, così come quello dei risarcimenti (44% dei reclami in Danimarca, 35% in Finlandia e 45% in Svezia) e il costo per responsabilità medica per abitante è modesto, variando da 7 € in Svezia a 10 € in Danimarca [24]. Un altro dato interessante, soprattutto se confrontato con altri Paesi europei, è rappresentato dal numero di reclami risolto in tribunale: 0,1% in Svezia, 0,3% in Finlandia, 0,5% in Danimarca, a fronte del 100% dei casi risolti per via giudiziaria in Portogallo e nei Paesi Bassi, del 98% a Malta, dell'86% in Italia (il 50% in sede penale e il 36% in sede civile), del 60% in Francia e del 4% in Gran Bretagna [23, 24].

#### *Gran Bretagna*

In Gran Bretagna, nella maggior parte dei casi di malpractice medica, la responsabilità penale è esclusa, a meno che non si possa dimostrare che il medico abbia agito con totale disprezzo della vita altrui, con indifferenza criminale, con grossa ignoranza o con la peggiore disattenzione [22]. In ambito civile i risarcimenti sono basati sul sistema della colpa: non esistono, pertanto, schemi no-fault [21]. Non è previsto, inoltre, un obbligo assicurativo e nel 1995 è stata istituita la National Health Service Litigation Authority (NHSLA), che

è una sezione no-profit del National Health Service a cui i medici possono iscriversi in modo volontario. L'NHSLA funge da istituto assicurativo collettivo e gestisce i sinistri provvedendo ai risarcimenti e difendendo il personale sanitario in caso di improprie richieste di danni. Il finanziamento del sistema è assicurato dal Clinical Negligence Scheme for Trust che raccoglie dagli iscritti le risorse occorrenti per gestire gli indennizzi secondo un meccanismo di ripartizione dei rischi; il contributo individuale di ogni medico viene stabilito in base al livello e al rischio della sua attività e ai sinistri in cui è stato coinvolto nel passato. Nel 1999, inoltre, con la riforma Access to Justice Act, finalizzata a snellire le procedure legali, è stato approvato un protocollo per la risoluzione extra-giudiziale delle controversie mediante il quale si tenta gestire i sinistri al di fuori dell'ambito strettamente processuale; attualmente il 96% dei reclami per medical malpractice è risolto al di fuori dei tribunali [9, 21, 22, 25]. Al di là della mera gestione dei reclami, l'NHSLA agisce anche in modo proattivo con lo scopo di ridurre le richieste di risarcimento, attraverso l'elaborazione di standard per la gestione del rischio, e gli associati che aderiscono a questi standard possono godere di uno sconto della loro quota [21].

#### **Germania**

È stato stimato che in Germania ogni anno i pazienti vittima di un evento avverso sono circa 500 mila e le richieste di risarcimento per malpractice medica si aggirano intorno alle 40 mila [9]. Quello tedesco è un sistema

basato sulla responsabilità per colpa che impone l'onere della prova nei confronti dei professionisti sanitari [23]. Non esiste, inoltre, l'obbligo di assicurazione per i medici, sebbene questa sia molto diffusa, sia tra coloro che lavorano in strutture pubbliche che tra chi lavora privatamente. Di solito sono le stesse organizzazioni mediche a contrattare con le compagnie assicuratrici le condizioni delle polizze collettive per responsabilità civile [9]. Anche in questo Paese i contenziosi possono essere affrontati per via giudiziale o extra-giudiziale. Sono stati introdotti, infatti, organi conciliativi: la Gutachterkommission (letteralmente "Commissione di periti"), predisposta dall'Ordine dei Medici, e la Schlichtungsstellen (letteralmente "luogo di conciliazione"), frutto di accordi tra Ordini professionali e compagnie assicuratrici. Questi organi sostengono le spese del procedimento e nominano una commissione di esperti. Il panel valuta il singolo caso e fornisce in breve tempo una perizia medica che rappresenta un parere non vincolante: se la disputa non si risolve in sede extra-giudiziale, il caso arriva in tribunale e il giudice stabilisce l'entità dei pagamenti non patrimoniali sulla base di tavole risarcitorie standardizzate [9, 22]. Questo tipo di sistema agisce anche nell'ottica del miglioramento dell'assistenza erogata in termini di prevenzione degli eventi avversi: una commissione permanente, infatti, raccoglie i risultati dei sinistri, studia i rischi e gli errori occorsi e sulla base dei dati raccolti elabora direttive da utilizzare per l'aggiornamento professionale e per la pratica clinica quotidiana [22].

#### **Irlanda**

Nel 2002, in ragione della difficoltà di reperire coperture assicurative per alcune tipologie di medici particolarmente a rischio e della complessità e dei costi dei contenziosi legali, la gestione della responsabilità civile professionale è stata assegnata all'autorità pubblica. In Irlanda, pertanto, l'assetto attuale prevede che la gestione della medical malpractice rientri in un generale sistema di indennizzo dei danni a persone e cose causati da pubbliche amministrazioni. Il sistema è governato dalla State Claims Agency, un'autorità pubblica al cui interno c'è una specifica unità che si occupa di Clinical Indemnity Scheme (CIS), attraverso cui lo Stato ha assunto la piena responsabilità per l'identificazione e la gestione di tutti i casi di negligenza medica. I costi del CIS sono gestiti a ripartizione e sono supportati dal Department of Health & Children [9].

#### **Austria**

Anche in Austria, così come è stato discusso in riferimento ad altri Paesi europei, un aspetto decisamente interessante per quanto riguarda la gestione dei sinistri legati a malpractice medica è la possibilità di tentare una risoluzione delle controversie per via extra-giudiziale. Esistono, infatti, anche in questo Paese panel di conciliazione gestiti dall'Ordine dei Medici, che si assume anche i costi del procedimento. La commissione di esperti rilascia il proprio parere non vincolante e, in caso di mancato raggiungimento di un accordo tra le parti, si procede con l'iter giudiziale [23].



## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

**Francia**

In Francia grande svolta nell'ambito civile della responsabilità professionale medica si è avuta con la Legge del 4 marzo 2002, cosiddetta Legge Kouchner, con cui il sistema di responsabilità civile è stato affiancato a un sistema no-fault a carico dello Stato per alcune tipologie di danni medici riconducibili a:

- infezioni nosocomiali, qualora si collochino al di sopra di una soglia di gravità fissata dalla legge (incapacità permanente sopra il 25% o decesso del paziente);
- contaminazioni da Epatite C nell'ambito di trasfusioni sanguigne;
- danni causati da terapie mediche d'urgenza;
- vaccinazioni obbligatorie;
- danni derivati da prodotti medico-farmaceutico difettosi;
- danni derivati da incidenti non colposi purché, anche in questo caso, si collochino sopra una certa soglia di gravità (24%).

Per la gestione e il risarcimento di questo tipo di sinistri, per cui viene meno il concetto di colpa e per cui non è previsto l'onere della prova da parte della vittima dell'evento avverso, è stato istituito l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), che rappresenta un fondo di compensazione del SSN, mentre il risarcimento per le altre tipologie di sinistri è a carico delle assicurazioni. Nel 2006, a titolo esemplificativo, le assicurazioni hanno pagato approssimativamente 48 milioni di euro di indennità e l'ONIAM 20 milioni.

La Legge Kouchner ha anche disposto l'obbligo di assicurazione per

tutte le strutture sanitarie pubbliche e private nonché per i medici liberi professionisti; e per rendere effettivo l'obbligo di assicurazione, è stato previsto l'intervento del Bureau Central de Tarification al quale può rivolgersi un medico a cui è stata rifiutata una copertura assicurativa nel mercato privato.

La Legge ha inoltre creato le Commissioni Regionali di Conciliazione ed Indennizzo (CRCI), organi tecnici, che hanno il compito di facilitare la risoluzione delle controversie in ambito medico evitando il ricorso alle procedure tradizionali. In questo modo, si tenta la strada della conciliazione extra-giudiziale presso le stesse CRCI oppure presso un altro organo appositamente creato dalla legge Kouchner (la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge). Le richieste di risarcimento vengono valutate dalla commissione per determinare la gravità del danno e se esso sia di natura colposa o meno: nel caso in cui sia rintracciabile la colpa del professionista sanitario la richiesta viene trasferita all'assicurazione che può tentare un approccio conciliativo e, qualora questo fallisca, la richiesta di risarcimento passa al tribunale competente. In virtù di questo sistema, nel 2006 sono stati risarciti attraverso una procedura conciliativa il 98% dei reclami per incidenti no-fault mentre, per quanto riguarda i casi di responsabilità medica, il 40% è stato gestito al di fuori delle corti di giustizia e il 60% ha intrapreso la strada giudiziaria. A scopo proattivo esiste, infine, un'Alta autorità per la salute che si occupa di prevenzione pubblica e Linee

Guida che ha il compito di analizzare gli errori professionali [9, 21, 22].

**IL PANORAMA NAZIONALE****La normativa vigente:****la Legge Balduzzi**

Il Decreto Legislativo n. 158/2012, convertito nella Legge n. 189/2012, cosiddetta Legge Balduzzi, rappresenta nel nostro Paese il primo tentativo concreto di affrontare in maniera organica un tema tanto vasto e delicato quale quello della responsabilità professionale medica e della medical malpractice. L'articolo 3 (*Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie*) della legge, pur oggetto di diverse critiche, ha avuto il merito di provare a fare chiarezza su questo tema, occupandosi in modo concreto del problema del contenzioso giudiziario relativo alla responsabilità medica. Con questo intervento il legislatore si è mostrato consapevole della necessità di una specifica disciplina della materia a fronte di una giurisprudenza orientata principalmente alla tutela del paziente danneggiato [26]. Con la Legge Balduzzi, che nasce con l'obiettivo principale di contenere la spesa pubblica e arginare il fenomeno della medicina difensiva, si è provato a ridurre l'ambito della responsabilità medica, sia sotto il profilo civile che sotto quello penale [26].

Prima dell'entrata in vigore della legge, la responsabilità civile da medical malpractice veniva ricondotta alla responsabilità contrattuale per inadempimento ex articolo 1218 del codice civile (*Responsabilità del debitore*: "il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al

risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile" [27]. In questo modo, erano numerosi i casi in cui si poteva rintracciare una responsabilità civile del medico, in particolar modo quello ospedaliero, con il rischio di dover risarcire danni anche ingenti e ciò ha contribuito all'esplosione del fenomeno della medicina difensiva, utilizzata come arma di difesa dai professionisti sanitari [26, 28]. L'articolo 3 della Legge Balduzzi ha portato, invece, a un cambiamento di opinione in merito, attraverso la scelta del legislatore di ricondurre la responsabilità del medico a un'ipotesi di illecito aquiliano. Si afferma, pertanto, la natura extracontrattuale del rapporto medico-paziente, facendo riferimento all'articolo 2043 del codice civile [26] (*Risarcimento per fatto illecito*: "qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno" [29]) e contraddicendo, in questo modo, l'orientamento prevalente della giurisprudenza, disegnato con la sentenza n° 589 del 1999 della Corte di Cassazione, che aveva negato una responsabilità di tipo aquiliano per il medico dipendente di una struttura. L'adesione al modello di responsabilità a cui fa riferimento l'articolo 2043 comporta, inoltre, l'onere per il paziente di provare la colpa del medico e la riduzione dei tempi di prescrizione, che passano da 10 a 5 anni [26]. Sul versante penalistico, la legge introduce una sostanziale esenzione dalla responsabilità penale nel caso

di comportamenti conformi alle Linee Guida e alle buone pratiche cliniche, che dal punto di vista della responsabilità civile comporta una riduzione del danno risarcibile [26]. Al comma 1 dell'articolo 3, infatti, si legge: "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" [30]. In questo modo, il legislatore vuole favorire la diffusione della conoscenza e dell'applicazione di strumenti diagnostico-terapeutici basati su evidenze scientifiche che consentano poi, in virtù anche della individuale prestazione professionale del medico, di adattare in modo flessibile la tipologia di assistenza al singolo paziente senza, pertanto, stimolare la standardizzazione burocratica della pratica medica che andrebbe a favorire l'atteggiamento difensivo del professionista sanitario, che invece si vuole combattere [26]. È necessario tuttavia sottolineare che l'osservanza delle Linee Guida non esclude la colpa (anche grave) dell'operatore sanitario, in quanto esse contengono indicazioni elastiche e non esaustive sui comportamenti da osservare in un determinato caso [26]. Tuttavia, è evidente nei contenuti della Legge Balduzzi l'intento del legislatore di alleggerire il regime della responsabilità medica, e ciò anche at-

traverso l'estensione alla responsabilità penale del criterio limitativo della colpa grave, previsto dall'articolo 2236 del Codice Civile [26] (*Responsabilità del prestatore di opera*: "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave") [31]. La Legge Balduzzi rappresenta, pertanto, un primo tentativo di provare ad arginare il fenomeno della medicina difensiva e i costi ad essa associati, a carico sia del SSN che dei singoli professionisti. Sebbene sia ancora presto per poter dire se l'intento del legislatore sia stato raggiunto, è inevitabile dare atto all'intervento legislativo di avere avviato un processo a lungo rimandato e di aver dato un chiaro segnale della necessità di alleggerire la responsabilità professionale medica [26]. A seguito dell'entrata in vigore della Legge Balduzzi, a luglio 2014 è stata emanata dal Tribunale di Milano una sentenza ritenuta da molti storica in tema di responsabilità medica e di malpractice. Il giudice interessato, interpretando i contenuti della legge del 2012, ha concluso che:

- l'articolo 3 comma 1 della Legge Balduzzi non incide né sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria né su quello del medico che ha concluso con il paziente un contratto d'opera professionale, in entrambe i casi disciplinate dall'articolo 1218 del Codice Civile;
- la responsabilità del medico e degli altri professionisti sanitari, per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera,

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

deve essere ricondotta alla responsabilità da fatto illecito ex articolo 2043 del Codice Civile, e l'obbligo di risarcimento da parte del medico deve scaturire soltanto qualora siano presenti tutti gli elementi dell'illecito aquiliano, che il danneggiato ha l'obbligo di provare;

- l'alleggerimento della responsabilità civile del medico ospedaliero non riguarda anche la struttura sanitaria, pubblica o privata: la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria in caso di inadempimento e/o inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di ospedalità, deve essere inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex articolo 1218 Codice Civile [28, 32].

È necessario tuttavia sottolineare che la Legge Balduzzi non si presta a interpretazioni giurisprudenziali univoche e pertanto resta ancora controversa la natura della responsabilità medica. Dopo la sentenza dello scorso luglio del Tribunale di Milano, infatti, ad aprire nuovamente il dibattito sulla possibilità di considerare la responsabilità del medico di natura contrattuale è una sentenza di novembre 2014 dello stesso Tribunale. Il giudice della sezione V ha concluso che, anche dopo l'entrata in vigore dell'articolo 3 della Legge n. 189/2012, la responsabilità del medico ospedaliero è da qualificarsi come contrattuale [33].

Le ricadute pratico-applicative delle due interpretazioni sono rilevanti. Infatti, se la natura del medico ospedaliero è da ritenersi contrattuale, il tempo di prescrizione è di 10 anni e la colpa è presunta; in caso contrario,

come già ricordato sopra, i tempi di prescrizione dimezzano e la colpa va provata dal paziente [33].

#### Le proposte di legge non convertite

In seguito all'entrata in vigore della Legge Balduzzi, il dibattito sulla responsabilità medica è tornato a farsi vivo e nelle ultime due legislature è stata posta grande attenzione dal legislatore nei confronti della malpractice in sanità.

Tra Camera e Senato, infatti, risultano depositati dieci progetti di legge in merito (Tabella 6), provenienti da quasi tutte le forze politiche. Attualmente la Commissione Affari Sociali di Montecitorio è al lavoro per giungere a un testo unificato [9].

Le modifiche del sistema attuale, ipotizzate nei suddetti progetti, mirate alla riduzione degli episodi di malpractice in sanità, alla ottimale gestione degli eventi avversi e alla ridefinizione delle azioni disciplinari e giudiziali conseguenti, con potenziale influenza pertanto sugli sprechi da medicina difensiva, variano significativamente fra i singoli testi, sia in merito all'ambito dell'azione proposta che alla tipologia di soluzione prospettata.

Gli ambiti delle modifiche proposte dai vari progetti possono raggrupparsi nelle seguenti cinque aree di intervento, pur dovendo riconoscere l'ampia sovrapposizione ed interdipendenza tra le singole aree di attribuzione (Tabella 7):

**A.** definizione del concetto di malpractice, mediante delimitazione degli ambiti della responsabilità penale e civile in sanità (ad esempio,

la delimitazione della responsabilità ai casi di dolo e colpa grave, l'attribuzione alla parte lesa dell'onere della prova, l'obbligatorietà di contratto esplicito tra medico e paziente);

**B.** prevenzione e gestione del rischio di eventi di malpractice nelle attività sanitarie (ad esempio: l'individuazione di funzioni di analisi e gestione del rischio a livello delle singole strutture, a livello regionale e/o a livello nazionale; l'adozione obbligatoria di cartelle cliniche digitali multimediali; l'introduzione di banche dati nazionali con piena pubblicità e accessibilità a informazioni riguardanti attività di contenzioso e di risarcimento; l'istituzione di appositi uffici legali nelle strutture sanitarie a supporto e copertura del personale);

**C.** riduzione della probabilità di azioni giudiziali laddove si sia verificato un evento sospetto (ad esempio: l'obbligo di fornire informazione scritta completa sulle circostanze e cause del danno ai soggetti danneggiati; il tentativo di conciliazione obbligatorio preliminarmente al procedimento giudiziale; l'impossibilità per gli avvocati di assumere il rischio di causa; l'accorciamento dei termini di prescrizione);

**D.** redistribuzione del carico della responsabilità civile (generalmente proposta a carico delle strutture sanitarie, con variabile delimitazione del diritto di rivalsa sul singolo esercente) e dell'obbligo di copertura assicurativa (per le strutture e per il singolo esercente, con possibile regolamentazione delle condizioni da parte del Ministero della Salute, con possibile integrazione/sostituzione

PROPOSTA	ANNO	SINTESI
Fucci (Deputati, n. 259) [34]	15-3-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridefinizione ambiti di responsabilità penale</li> <li>- Istituzione di strutture locali, regionali e nazionali di gestione e prevenzione del rischio clinico</li> <li>- Tentativo obbligatorio di conciliazione preliminare all'azione giudiziale</li> <li>- Obbligo assicurativo per colpa grave per ogni struttura che esercita attività chirurgica</li> <li>- Richiesta diretta di risarcimento all'assicuratore</li> </ul>
Fucci (Deputati, n. 262) [35]	15-3-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratto esplicito tra medico e paziente (modello francese)</li> <li>- Istituzione di appositi uffici legali nelle strutture sanitarie a supporto del personale sanitario</li> <li>- Istituzione di strutture regionali di valutazione e gestione del rischio</li> <li>- Tentativo obbligatorio di conciliazione preliminare all'azione giudiziale</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa per strutture sanitarie per danni da imperizia</li> <li>- Azione civile diretta nei confronti dell'assicuratore</li> <li>- Azioni disciplinari e di rivalsa da parte delle strutture sanitarie in caso di dolo</li> </ul>
Grillo (Deputati, n. 1.312) [36]	4-7-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridefinizione ambiti di responsabilità medica</li> <li>- Istituzione strutture locali di monitoraggio del rischio</li> <li>- Introduzione banca dati nazionale su degenze e cura</li> <li>- Obbligo cartelle cliniche digitali multimediali</li> <li>- Informazioni scritte obbligatorie ai soggetti che abbiano subito un danno</li> <li>- Tentativo obbligatorio di conciliazione preliminare all'azione giudiziale</li> <li>- Attribuzione responsabilità civile a carico delle strutture sanitarie</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa per strutture sanitarie</li> <li>- Criteri per la determinazione dei limiti dei massimali stabiliti dal Ministro della Salute</li> <li>- Obbligo di rinnovo del contratto da parte dell'impresa assicuratrice, incremento annuo del premio non superiore al 5%</li> <li>- Richiesta diretta di risarcimento all'assicuratore</li> <li>- Azione disciplinare e di rivalsa della struttura sanitaria in casi di dolo e colpa grave</li> </ul>
Calabrò (Deputati, n. 1.324) [37]	8-7-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Istituzione di strutture locali e nazionali di gestione e monitoraggio del rischio clinico</li> <li>- Riduzione termini di prescrizione per azione risarcimento danni da malpractice sanitaria</li> <li>- Tentativo obbligatorio di conciliazione preliminare all'azione giudiziale</li> <li>- Attribuzione responsabilità civile a carico delle strutture sanitarie</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa e/o fondi di garanzia regionali per strutture sanitarie</li> <li>- Fondo regionale di solidarietà per risarcimento vittime da alea terapeutica</li> <li>- Sanzioni e azioni disciplinari in casi di dolo e colpa grave</li> </ul>
Di Lello (Deputati, n. 1.423) [38]	25-7-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esenzione per i primi 5 anni di attività professionale dall'obbligo di assicurazione</li> </ul>
Sottanelli (Deputati, n. 1.497) [39]	7-8-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estensione copertura da parte dell'assicuratore alle condotte colpose poste in essere durante il periodo di validità del contratto assicurativo che possono generare una richiesta di risarcimento dopo la cessazione dell'assicurazione</li> </ul>
Vargiu (Deputati, n. 1.581) [40]	13-9-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Istituzione di strutture locali e nazionali di gestione e prevenzione del rischio clinico</li> <li>- Piena pubblicità delle informazioni circa attività di contenzioso e risarcimento</li> <li>- Riduzione termini di prescrizione per azione risarcimento danni da malpractice sanitaria</li> <li>- Tentativo obbligatorio di conciliazione preliminare all'azione giudiziale</li> <li>- Attribuzione responsabilità civile a carico della struttura sanitaria</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa e/o fondi di garanzia regionali per strutture sanitarie, obbligo per le compagnie assicurative di predisporre una proposta per Responsabilità Civile contro Terzi (RCT) sanitaria, massimali minimi di copertura assicurativa e premi assicurativi minimi e massimi determinati dal Ministro della Salute</li> <li>- Fondi di mutualità forzata e di solidarietà a carico del mercato assicurativo</li> <li>- Azione di rivalsa da parte delle strutture sanitarie in caso di dolo e colpa</li> </ul>

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

PROPOSTA	ANNO	SINTESI
Bianco (Senato, n. 1.134) [4]	18-10-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridefinizione ambiti di responsabilità penale e civile</li> <li>- Istituzione di strutture locali e regionali di gestione e prevenzione del rischio clinico</li> <li>- Attribuzione responsabilità civile a carico delle strutture sanitarie</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa e/o fondi di garanzia regionali per strutture sanitarie</li> <li>- Azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione esclusivamente in caso di dolo o colpa grave</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa per ciascun esercente a copertura dell'eventuale azione di rivalsa da parte della struttura sanitaria</li> <li>- Regolamentazione mediante disciplina contrattuale di misure incidenti sul rapporto di lavoro in caso di colpa grave</li> </ul>
Miotto (Deputati, n. 1.769) [41]	6-11-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridefinizione ambiti di responsabilità penale e civile</li> <li>- Istituzione di strutture locali e regionali di gestione e prevenzione del rischio clinico e per il monitoraggio dei contenziosi</li> <li>- Riduzione a 2 anni dei termini per esercitare azione per risarcimento</li> <li>- Attribuzione responsabilità civile a carico delle strutture sanitarie</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa e/o fondi di garanzia regionali per strutture sanitarie</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa per ciascun esercente a copertura dell'eventuale azione di rivalsa da parte della struttura sanitaria</li> <li>- Azioni disciplinari regolate da disciplina contrattuale</li> </ul>
Monchiero (Deputati, n. 1.902) [42]	19-12-2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obbligatorietà della forma scritta del contratto di "spedalità"</li> <li>- Riduzione termini di prescrizione per danni da malpractice sanitaria</li> <li>- Annullata possibilità per gli avvocati di assumere il rischio di causa</li> <li>- Attribuzione responsabilità a carico delle strutture sanitarie (diritto di regresso in caso di dolo o colpa grave)</li> <li>- Obbligo di copertura assicurativa per strutture sanitarie e personale che opera al di fuori delle strutture, obbligo per le compagnie assicurative di predisporre una proposta per RCT sanitaria, massimali minimi e premi assicurativi minimi e massimi fissati dal Ministro della Salute; autorizzate forme di autoassicurazione regionale</li> <li>- Azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicurativa</li> </ul>

Tabella 6. Proposte di legge in tema di malpractice in sanità - Anno 2013

da parte di forme di autoassicurazione e fondi di garanzia o di solidarietà sociale a carico della collettività o del mercato assicurativo; azione diretta del danneggiato nei confronti della compagnia assicurativa);  
**E.** delineaione delle misure incidenti sul rapporto di lavoro conseguenti al sinistro.

Ciascun pacchetto di interventi proposto sembra però non poter accontentare simultaneamente l'intera rosa degli attori coinvolti (utenti dei

servizi sanitari, esercenti le professioni sanitarie, avvocati, magistrati ed esponenti del mondo assicurativo) [9]. Le sostanziali divergenze fra i rispettivi interessi non hanno consentito di trarre, finora, dai numerosi spunti, una soluzione efficace e condivisa.

### CONCLUSIONI

Non vi è dubbio che il settore della sanità nel nostro Paese sia affetto da una grave disfunzione in termini di sprechi per medicina difensiva e che il problema assuma una rilevanza prioritaria in un periodo, quale il presente, di indispensabile ricostruzione sociale ed economica.

L'alleanza terapeutica di ippocratica memoria sembra essersi infranta sullo scoglio della sfiducia reciproca tra paziente e medico [43].  
 L'incremento del rischio connesso

AREE DI INTERVENTO		A	B	C	D	E
PROPOSTE DI LEGGE	1	n. 259, Deputato Fucci				
	2	n. 262, Deputato Fucci				
	3	n. 1.312, Deputati Grillo, Cecconi, et al				
	4	n. 1.324, Deputati Calabrò, Fucci, et al				
	5	n. 1.423, Deputati Di Lello, Di Gioia, et al				
	6	n. 1.497, Deputati Sottanelli, Librandi, et al				
	7	n. 1.581, Deputati Vargiu, Binetti, et al				
	8	n. 1.134, Senatori Bianco, Maturani, et al				
	9	n. 1.769, Deputati Miotto, Lenzi, et al				
	10	n. 1.902, Deputati Monchiero, Rabino, et al				

A Definizione del concetto di malpractice, mediante delimitazione degli ambiti della responsabilità penale e civile in sanità.

B Prevenzione e gestione del rischio di eventi di malpractice nelle attività sanitarie.

C Riduzione della probabilità di azioni giudiziali laddove si sia verificato un evento sospetto.

D Redistribuzione del carico della responsabilità civile e dell'obbligo di copertura assicurativa.

E Delineazione delle misure incidenti sul rapporto di lavoro conseguenti al sinistro.

**Tabella 7.** Comparazione sinottica per aree di intervento delle proposte di legge in tema di malpractice in sanità - Anno 2013

alla pratica delle attività cliniche, le aumentate aspettative dei pazienti alimentate da un'esposizione a informazioni virtualmente illimitate e poco controllate, un sistema giuridico particolarmente rigoroso in termini di responsabilità, macchinoso e imprevedibile hanno alimentato la litigiosità in ambito sanitario. Le conseguenti pratiche di medicina difensiva comportano uno spreco cospicuo di risorse e di fondi, quantizzabili intorno ai 10 miliardi di euro l'anno, pari al 10,5% della spesa sanitaria complessiva. Ciò senza contare gli sprechi cosiddetti indiretti, plausibili, seppure di difficile quantificazione. Nella ricerca di una soluzione al problema, le esperienze extranazionali hanno evidenziato i limiti degli

approcci fondati sull'adozione di Linee Guida basate sull'evidenza scientifica come garanzia di affrancamento dal coinvolgimento in azioni giudiziali, e hanno in particolare testimoniato la progressiva diffusione degli organi conciliativi per una gestione extragiudiziale delle controversie e dei sistemi no-fault, basati non sulla ricerca della responsabilità clinica, ma su un rapido risarcimento del danno e sull'individuazione delle cause nell'ottica di un miglioramento della qualità nell'assistenza sanitaria. A livello nazionale, un primo passo del Legislatore, volto a contenere il fenomeno degli sprechi da medicina difensiva, è stato rappresentato dalla cosiddetta Legge Balduzzi, che ha cercato di arginare la continua

dilatazione della responsabilità medica principalmente tramite una riaffermazione della natura extracontrattuale del rapporto medico-paziente e mediante una riconduzione della responsabilità all'osservanza delle Linee Guida e delle buone pratiche cliniche. Lasciando però aperte molte questioni interpretative, questa legge risulta a tuttora di difficile applicabilità [44].

Il vivace dibattito parlamentare italiano conseguente alla Legge Balduzzi è documentato dalle numerose recenti proposte di legge, che attingono in maniera varia alle esperienze nazionali ed estere, combinando misure volte alla prevenzione degli episodi di malpractice in sanità, ad altre finalizzate alla ottimale gestione degli

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

eventi avversi, o alla ridefinizione delle azioni disciplinari e giudiziali conseguenti.

Nessuna delle proposte è riuscita però finora nell'intento di soddisfare simultaneamente le esigenze dei vari attori coinvolti. Un approccio multidisciplinare è stato suggerito come l'ideale soluzione per integrare la valutazione degli standard clinici di riferimento con la ricerca di soluzioni giuridiche che incentivino il funzionamento corretto del sistema, con una quantificazione economica attendibile dei costi del fenomeno della medicina difensiva e l'identificazione di ragionevoli tetti di risarcimento dei danni, indispensabili passi per permettere di adeguare le politiche pubbliche di finanziamento e spesa e per risolvere il problema dell'abbandono del mercato della responsabilità civile medica da parte delle compagnie assicurative [45].

Non va dimenticato come l'approccio accusatorio, orientato alla ricerca del colpevole più che delle criticità che favoriscono l'errore, sia ritenuto tra i principali responsabili della diffusione degli atteggiamenti difensivi nei professionisti operanti nel settore sanitario. Un sistema professionale come quello medico, posto a rischio continuo di indagine penale, non è infatti un sistema più attento e diligente, ma è un sistema che riduce i rischi di chi agisce cercando maggiori tutele formali, anche a scapito dell'utenza [8]. È necessario, pertanto, in prima istanza, agire sul versante della giustizia attraverso un radicale ripensamento della responsabilità medica nell'ottica di un concreto alleggerimento della stessa, anche alla

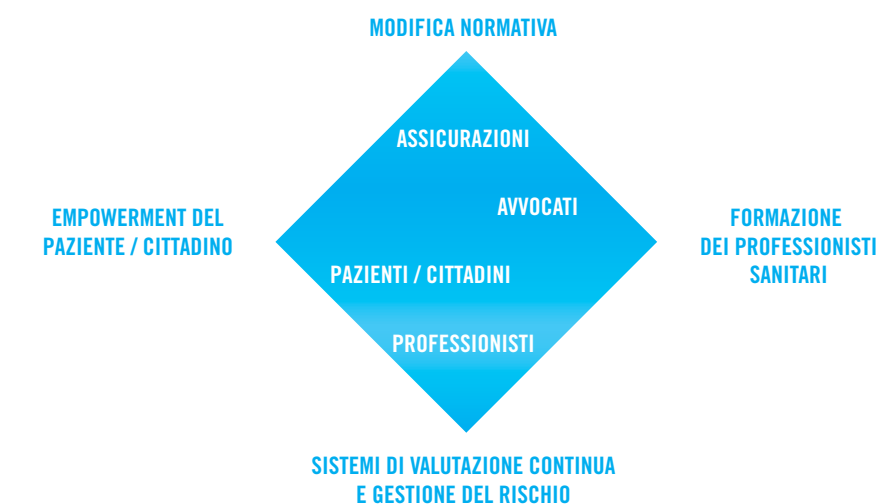


Figura 1. Medicina difensiva: quali azioni?

luce del modello francese “misto”, che sostanzialmente vede la responsabilità civile affiancata da un sistema no-fault. Al tempo stesso, sarebbe auspicabile la promozione di una “giustizia specializzata” in materia: questo all'interno del nuovo paradigma di prestazione dei servizi sanitari come servizi integrati in organizzazioni complesse, opportunamente strutturate con sistemi di gestione del rischio, dove il medico non sia lasciato solo in balia degli eventi e l'errore medico non sia più considerato in termini di colpa ma come un rischio tipico dell'attività [45].

I sistemi di rapida compensazione del paziente in base al danno subito, privati dell'obbligo di dimostrazione della responsabilità, si sono rivelati i più efficaci nel rispondere alle attese dei danneggiati e nell'abbattimento della pratica difensiva e dei suoi costi. La contemporanea analisi e gestione (interna al sistema) delle criticità che hanno favorito l'errore, piuttosto che

la ricerca del colpevole, consentono il mantenimento di standard elevati nell'assistenza sanitaria. Ai fini della tutela del paziente, in aggiunta al ripensamento del concetto di responsabilità in ambito sanitario, necessita, pertanto, una complementare organizzazione di sistemi e strutture di gestione del rischio, in parte già proposti nei disegni di legge esaminati che, partendo dalla periodica discussione dei casi avversi nell'ambito dei singoli gruppi professionali, si avvalgano del ricorso sistematico alla segnalazione degli eventi (incident reporting) e di adeguati sistemi informativi (information technology), per avviare strategie chiare finalizzate alla prevenzione degli eventi indesiderati e all'adeguata risposta alla loro occorrenza, favorendo un contesto che dall'aperta analisi critica non accusatoria tragga spunti per un continuo miglioramento dell'assistenza sanitaria. L'iniziale implementazione delle attività di

gestione del rischio e il loro mantenimento nel tempo non possono prescindere da un'apposita attività formativa, rivolta ai professionisti operanti ai vari livelli, che sottolinei l'importanza dell'incident reporting e della conseguente analisi dei dati in ambito clinico e amministrativo; né si può trascurare l'adozione di adeguati sistemi di incentivazione volti ai professionisti e alle strutture sanitarie. In tal modo, ci si muoverà verso un profondo cambiamento culturale, per la creazione di un ambiente che incoraggi la raccolta dei dati e la comunicazione, riducendo le attribuzioni di colpa e stimolando l'impegno della leadership a questi propositi [46].

Solo mirando a una simile radicalità nell'approccio, accostando, secondo le raccomandazioni sulla sicurezza dei pazienti del Consiglio dell'Unione Europea, alla modifica normativa, l'istituzione di sistemi di valutazione continua e di gestione del rischio, un'adeguata formazione delle varie figure coinvolte e la responsabilizzazione dei pazienti nello sviluppo di politiche e programmi di sicurezza (Figura 1) [47], si potrà costruire un intervento che abbia note di positività per la totalità degli attori coinvolti; un cambiamento che dia nuova collocazione alle compagnie assicurative e ai rappresentanti legali in un mercato meno rischioso e dalle regole di compensazione più chiare e che, nel tutelare al contempo medici e pazienti, come recentemente auspicato dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, "non si risolva, e non possa essere percepito, come la ricerca dell'impunità per i professionisti che

sbagliano, ma che, al contrario, assicurando la giusta serenità a questi ultimi, riduca sino ad eliminarli i casi di malpractice, erogando una effettiva tutela al diritto costituzionale alla salute" [48].



## BIBLIOGRAFIA

---

1. US Congress, Office of Technology Assessment. Defensive medicine and medical malpractice, OTA - H - 602, Washington, DC, 1994: US Government Printing Office.
2. Atella V, Marchisio E. La medicina difensiva in Italia: spunti per una proposta di ricerca. CEIS Tor Vergata, 18 dicembre 2014. Disponibile sul sito: [www.ceistorvergata.it/public/CEIS/file/event/Relazione%20MD\\_Rev%2004-1%2017%20dic%202014.pdf](http://www.ceistorvergata.it/public/CEIS/file/event/Relazione%20MD_Rev%2004-1%2017%20dic%202014.pdf).
3. Passmore K, Leung W C. Defensive practice among psychiatrists: a questionnaire survey. *Postgrad Med J* 2002; no. 78: 671-3.
4. Senatori Bianco, De Biasi, Dirindin, Granaiola, Mattesini, Padua, Silvestro. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito medico e sanitario. Disegno di Legge n. 1.134 del 18-10-2013.
5. Lombardo C. La responsabilità del medico tra presente e futuro: proposte di legge a confronto. Disponibile sul sito: [www.mastermars.it/pdf/AttivitaTirocinio/CATTANEO.pdf](http://www.mastermars.it/pdf/AttivitaTirocinio/CATTANEO.pdf).
6. Hiyama T, Yoshihara M, Tanaka S, Urabe Y, Ikegami Y, Fukuhara T, Chayama K. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World J Gastroenterol* 2006; no. 21, 12 (47): 7671-5.
7. Impatto sociale, economico e giuridico della pratica della medicina difensiva in Italia e negli Stati Uniti. Fondazione ISTUD, 2012. Disponibile sul sito: [www.fsk.it/download/Content/Eventi/4209/o/20121109c.pdf](http://www.fsk.it/download/Content/Eventi/4209/o/20121109c.pdf).
8. Forti G, Catino M, D'Alessandro F, Mazzucato C, Varraso G. 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. Centro Studi Federico Stella sulla Giustizia Penale e la Politica Criminale, Pisa, 2010. Disponibile sul sito: [www.collegiochirurgi.it/public/legislazioni/Progetto\\_Riforma\\_Responsabilita\\_Penale\\_Prof\\_Forti.pdf](http://www.collegiochirurgi.it/public/legislazioni/Progetto_Riforma_Responsabilita_Penale_Prof_Forti.pdf).
9. Malpractice, il grande caos. I dossier di ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), 2 luglio 2014. Disponibile sul sito: [www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier/Dossier-ANIA-Malpractice-il-grande-caos.pdf](http://www.ania.it/export/sites/default/it/pubblicazioni/Dossier/Dossier-ANIA-Malpractice-il-grande-caos.pdf).
10. Piperno A. Chi si difende da chi e perché. I dati della prima ricerca nazionale sulla medicina difensiva. Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, presentato al Senato della Repubblica italiana il 23 novembre 2010. Disponibile sul sito: [www.quotidianosanita.it/allegati/create\\_pdf.php?all=9848861.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=9848861.pdf).
11. Studdert D M, Mello M M, Sage W M, DesRoches C M, Peugh J, Zapert K, Brennan T A. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA* 2005; no. 293: 2.609-17.
12. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; vol 310 (no. 6971): 27-9.
13. Medical Malpractice Claims Analysis. Marsh Risk Consulting, Sesta edizione, Gennaio 2015. Disponibile sul sito: [www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/\\_Oggetti\\_Correlati/Documenti/Imprese/STUDIO\\_MARSH.pdf?uuid=66674138-9e21-11e3-9f80-88df8305bae5](http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Imprese/STUDIO_MARSH.pdf?uuid=66674138-9e21-11e3-9f80-88df8305bae5).
14. Catino M, Locatelli C. Il problema della medicina difensiva: una ricerca sui Pronto Soccorso in Italia. Università degli Studi di Milano Bicocca, 2010. Disponibile sul sito: [www.acemc.it/sito/eventi/doc/secondo/CATINO.pdf](http://www.acemc.it/sito/eventi/doc/secondo/CATINO.pdf).
15. Medicina difensiva - Sperimentazione di un modello per la valutazione della sua diffusione e del relativo impatto economico. Agenas, Novembre 2014. Disponibile on line al sito: <http://www.Agenas.it/medicina-difensiva-quanto-ci-costa>.
16. Ministero della Salute. Il fenomeno della medicina difensiva: costi, ragioni, strategie di contrasto. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_1994\\_listaFile\\_itemName\\_o\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_o_file.pdf) (Ultimo accesso: 20.05.2015).

17. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307 (14): 1.513-6.
18. Cartabellotta A. Ridurre gli sprechi per aumentare la sostenibilità del SSN: quale ruolo per le evidenze scientifiche? *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2013; 2 (5): 5-10.
19. Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali. Anno 2013. Disponibile sul sito: [www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4662857.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4662857.pdf).
20. De Sio S, Rinaldi G. I costi della medicina difensiva. *International Open Access Journal of Prevention and Research in Medicine*. Disponibile sul sito: [www.preventionandresearch.com/i-costi-della-medicina-difensiva.html](http://www.preventionandresearch.com/i-costi-della-medicina-difensiva.html).
21. La responsabilità professionale medica in Francia, Regno Unito e Spagna. *Quotidiano Sanità*, 2 luglio 2014. Disponibile sul sito: [www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?approfondimento\\_id=5324](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?approfondimento_id=5324) (Ultimo accesso: 27.02.2015).
22. Il problema della medicina difensiva: una proposta di riforma. Sintesi prospetto comparatistico. Centro studi Federico Stella, Dicembre 2008. Disponibile sul sito: [www.cineas.it/lib/att/pag/502/D1-FEDSTELLA.pdf](http://www.cineas.it/lib/att/pag/502/D1-FEDSTELLA.pdf) (Ultimo accesso: 26.02.2015).
23. Castellaneta M. Dal Consiglio d'Europa una ricetta per le cause contro i «camici bianchi». *Guida al Diritto - Il Sole-24 Ore*, luglio-agosto 2008. No. 7. Disponibile sul sito: [www.professionisti24.ilsole24ore.com/art/Professionisti24/Diritto/Pages%20from%20Responsabilita\\_e\\_Risarcimento\\_07\\_08.pdf](http://www.professionisti24.ilsole24ore.com/art/Professionisti24/Diritto/Pages%20from%20Responsabilita_e_Risarcimento_07_08.pdf).
24. La responsabilità medica in Italia e in Europa. *Iniziativa Ospedaliera - supplemento a Dirigenza Medica* 2011, N. 11-12.
25. NHS Litigation Authority. Disponibile sul sito: [www.nhsla.com/Pages/Home.aspx](http://www.nhsla.com/Pages/Home.aspx) (Ultimo accesso: 28.02.2015).
26. Bilancetti M, Bilancetti F. Responsabilità medica, cosa è cambiato con la Legge Balduzzi. *Guida al Diritto. Il Sole 24 Ore*. Disponibile sul sito: [www.diritto24.ilsole24ore.com/guidaAlDiritto/civile/civile/primiPiani/2013/09/responsabilita-medica-cosa-e-cambiato-col-dl-balduzzi.php](http://www.diritto24.ilsole24ore.com/guidaAlDiritto/civile/civile/primiPiani/2013/09/responsabilita-medica-cosa-e-cambiato-col-dl-balduzzi.php) (Ultimo accesso: 06.02.2015).
27. Articolo 1218 Codice civile, Libro IV, Titolo I, agg. al 29.06.2012.
28. Responsabilità del medico: cambio di rotta per il Tribunale di Milano. *Tribunale Milano, sez I civile, sentenza 17.07.2014*. Disponibile sul sito: [www.altalex.com/index.php?idnot=69105](http://www.altalex.com/index.php?idnot=69105).
29. Articolo 2043 Codice civile, Libro IV, Titolo IX, agg. al 29.06.2012.
30. Legge 8 Novembre 2012, n° 189. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n.263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n. 201. Disponibile sul sito: [www.gazzettaufficiale.it/atto/stampa/serie\\_generale/originario](http://www.gazzettaufficiale.it/atto/stampa/serie_generale/originario).
31. Articolo 2236 Codice civile, Libro V, Titolo III, agg. al 29.06.2012.
32. Svolta sulla responsabilità medica, il paziente deve provare l'errore. *Tribunale Milano, Sezione I civile - Sentenza 17 luglio 2014. Guida al Diritto, Il Sole 24 Ore*. Disponibile sul sito: [www.diritto24.ilsole24ore.com/art/guidaAlDiritto/dirittoCivile/responsabilita/2014-10-13/svolta-responsabilita-medica-paziente-deve-provare-errore-185437.php](http://www.diritto24.ilsole24ore.com/art/guidaAlDiritto/dirittoCivile/responsabilita/2014-10-13/svolta-responsabilita-medica-paziente-deve-provare-errore-185437.php).
33. *Guida al Diritto. Il Sole 24 Ore*, 31 Gennaio 2015, no. 6.
34. Deputato Fucci. Delega al Governo per la modifica della disciplina in materia di responsabilità professionale del personale sanitario e per la riduzione del relativo contenzioso. Proposta di Legge n. 259 del 15-3-2013.

## SPRECHI E MEDICINA DIFENSIVA

- 
35. Deputato Fucci. Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Proposta di Legge n. 262 del 15-03-2013.
36. Deputati Grillo, Cecconi, Dall'Osso, et al. Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario nonché di controllo della qualità delle prestazioni e delle cause di decesso nelle strutture sanitarie pubbliche e private. Disegno di Legge n. 1312 del 4-7-2013.
37. Deputati Calabrò, Fucci, Elvira Savino. Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Proposta di Legge n. 1324 dell'8-7-2013.
38. Deputati Di Lello, Di Gioia, Locatelli, Pastorelli. Disposizioni concernenti l'esenzione dei giovani professionisti dall'obbligo di assicurazione. Proposta di Legge n. 1423 del 25-7-2013.
39. Deputati Sottanelli, Librandi, Mazziotti, Di Celso. Modifica all'art 1917 del codice civile in materia di assicurazione della responsabilità civile. Proposta di Legge n. 1497 del 7-8-2013.
40. Deputati Vargiu, Binetti, Gigli, Monchiero. Norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Proposta di Legge n. 1581 del 13-9-2013.
41. Deputati Miotto, Lenzi, Amato, et al. Modifiche al codice civile e al codice penale in materia di responsabilità in ambito medico e sanitario e altre disposizioni concernenti la sicurezza delle cure e il risarcimento dei danni da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Proposta di Legge n. 1769 del 6-11-2013.
42. Deputati Monchiero, Rabino, Oliaro, Binetti, Matarrese, Gigli. Norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Proposta di Legge n. 1902 del 19-12-2013.
43. Lombardo C. La responsabilità del medico tra presente e futuro: proposte di legge a confronto. Disponibile online su [www.mastermars.it/pdf/AttivitaTirocinio/CATTANEO.pdf](http://www.mastermars.it/pdf/AttivitaTirocinio/CATTANEO.pdf).
44. Sanità, Tribunale di Milano: tante cause, cresce medicina difensiva e costi per Ssn. Adnkronos Sanità, 17 gennaio 2015. Disponibile sul sito: [www.adnkronos.com/salute/sanita/2015/01/17/sanita-tribunale-milano-tante-cause-cresce-medicina-difensiva-costi-per-ssn\\_Qd-KBZdorEnBoR5Mw8vezMJ.html](http://www.adnkronos.com/salute/sanita/2015/01/17/sanita-tribunale-milano-tante-cause-cresce-medicina-difensiva-costi-per-ssn_Qd-KBZdorEnBoR5Mw8vezMJ.html).
45. Atella V, Marchisio E. Sanità, la medicina difensiva costa anche più dell'Imu. Linkiesta, 16 dicembre 2014. Disponibile sul sito: [www.linkiesta.it/cos-e-medicina-difensiva](http://www.linkiesta.it/cos-e-medicina-difensiva).
46. Mancini T, Caricati L, Bellini S, Bianconcini M, Ferri P, Guidi C, Iemmi M, Melegari E, Padalino MP, Prandi C, Sollami A, Taffurelli C, Artioli G. La cultura della sicurezza nei contesti sanitari: significati e rappresentazioni dei professionisti sanitari. MECOSAN 2013,88: 37-48.
47. Council recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Official Journal of the European Union 2009/C 151/01. Disponibile sul sito: [ec.europa.eu/health/patient\\_safety/docs/council\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf).
48. Salute: Lorenzin, ora intervento risolutivo su medicina difensiva. AGI, 20 gennaio 2015. Disponibile sul sito: [www.regioni.it/sanita/2015/01/20/salute-lorenzin-ora-intervento-risolutivo-su-medicina-difensiva-384911/](http://www.regioni.it/sanita/2015/01/20/salute-lorenzin-ora-intervento-risolutivo-su-medicina-difensiva-384911/).

---

OPINIONI  
E INTERVISTE

---



### TONINO ACETI

*Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di CITTADINANZATTIVA*

#### ***Qual è la lettura del Tribunale per i Diritti del Malato (TDM) rispetto alle cause dell'accresciuto fenomeno in Italia della medicina difensiva e della voragine di costi che questa genera?***

Quello della medicina difensiva è un fenomeno che va certamente analizzato, affrontato e superato. Non solo per la quantità di risorse economiche che assorbe e distoglie da altri ambiti nei quali molte istanze di tipo sanitario non trovano ancora risposta. Ma anche perché a rimetterci sono i cittadini: le prestazioni inutili e inappropriate incidono negativamente sui tempi di attesa; fanno perdere tempo alle persone distraendole dalle attività di vita quotidiana; in alcuni casi espongono a rischi (come, ad esempio, nel caso delle radiazioni) e non è infrequente che alla fine i cittadini siano costretti a metter mano al portafoglio per pagare prestazioni inutili.

Il vero nodo, però, sono le modalità con cui affrontare questo fenomeno nel senso che, a nostro avviso, non lo si può fare solo mettendo mano alla responsabilità professionale – sarebbe un approccio riduttivo – ma affrontandolo nella sua complessità e orientandosi in più direzioni. Anzitutto aumentando il livello di comunicazione, il dialogo e la relazione – oggi a livelli insoddisfacenti – tra pazienti e operatori sanitari. Il dialogo medico/professionista sanitario e paziente va inteso come parte integrante dell'approccio terapeutico, in linea con i principi del codice deontologico dei medici. Oggi – dobbiamo dirlo – il sistema sanitario, così com'è concepito e organizzato, è di fatto in antitesi con il concetto di dialogo, essendo principalmente orientato nelle direzioni dell'efficienza economica e della produttività che con il dialogo hanno poco a che fare (basti pensare ai minuti dedicati alle visite specialistiche).

Altro aspetto che potrebbe contribuire al contenimento della medicina difensiva è quello dell'utilizzo dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che sicuramente produrrebbe effetti positivi in termini di attribuzioni corrette dei ruoli, delle responsabilità, degli standard qualitativi e dell'appropriatezza (quindi nell'uso costo-efficace delle risorse).

Quest'ultimo, cioè il ritorno alla centralità del principio dell'appropriatezza, è un altro caposaldo per la riduzione del ricorso alla medicina difensiva.

Volendo fare una sintesi, potremmo dire che il TDM non giustifica il fenomeno della medicina difensiva, essendo irrinunciabile che ciascun professionista sanitario continui ad operare, mantenendo la possibilità di scegliere secondo scienza e coscienza, con le responsabilità che da ciò conseguono, utilizzando al meglio tutti i mezzi di cui dispone e nel modo più appropriato. In altre parole, deve esercitare pienamente e fino in fondo il proprio ruolo.

Per sgomberare il campo da ogni dubbio, vorrei sottolineare che dove c'è medicina difensiva non c'è appropriatezza nella gestione del paziente e della patologia e, quindi, delle risorse del SSN. Ciò premesso, il TDM è consapevole dell'importanza di rivedere il tema della responsabilità professionale e che questo debba esser fatto bilanciando i diritti dei pazienti e la necessità di permettere agli operatori sanitari di lavorare con serenità.

#### ***Il rapporto medico-medico-paziente, negli ultimi anni, è andato progressivamente deteriorandosi, nel senso di una crescente sfiducia di questi ultimi verso gli operatori sanitari. Quale ruolo può svolgere in questo senso il TDM e il mondo advocacy?***

Anzitutto, il nostro obiettivo non è quello di alimentare il contenzioso o creare e aumentare distanze tra cittadini-pazienti e gli operatori sanitari, ma quello di accorciare le distanze ed essere facilitatori in questo ambito. L'atteggiamento e l'obiettivo del TDM non è certo quello di favorire il proliferare di controversie giudiziarie ingiustificate, tanto che siamo tra i promotori della risoluzione alternativa delle controversie. Anzi, ci siamo già espressi sulle forme di incentivazione alle controversie che strumentalizzano il paziente per farne un vero e proprio business. In questo senso, la collaborazione per noi è un metodo irrinunciabile del nostro lavoro e la collaborazione è possibile solo se si dialoga in modo franco e costruttivo. Lo dimostrano, ad esempio, i lavori congiunti con le alcune società scientifi-

che sul consenso informato o le raccomandazioni civiche sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, le campagne di empowerment come "Operazione Sicurezza", l'impegno per la promozione di una cultura della sicurezza come "Imparare dall'errore" etc.

Anche in questa materia un ingrediente fondamentale è il dialogo trasparente tra le parti: cittadini, istituzioni e operatori sanitari. In questo quadro, riteniamo anche debba essere rimesso al centro dell'attenzione il consenso informato, da non considerarsi come un mero adempimento amministrativo, ma come un momento cardine, pilastro per la costruzione di un rapporto medico-paziente maturo, all'insegna della trasparenza.

***Come valuta il TDM l'idea di completare sul piano normativo quanto in parte già impostato dall'art. 3 della Legge Balduzzi?***

Ribadisco: noi pensiamo che se si vuole metter mano alla normativa che disciplina la responsabilità professionale, deve esser fatto in un'ottica che non tenga solo conto della prospettiva del professionista, ma che garantisca un vero bilanciamento tra l'esigenza di far lavorare con serenità gli operatori sanitari e la necessità di continuare a garantire il diritto alla tutela dell'integrità psicofisica dei pazienti e al risarcimento del danno subito. È per questo che un eventuale provvedimento di carattere normativo deve prendere in considerazione congiuntamente anche l'aspetto della sicurezza delle cure, che, invece, mi pare che nei disegni di legge giacenti in Parlamento non sia adeguatamente previsto.

***Un quadro normativo nuovo capace di contenere il ricorso alle pratiche di medicina difensiva potrebbe contribuire a ridurre alcuni costi della sanità e generare nuove risorse economiche reinvestibili in termini di accesso alle cure e di efficienza dei servizi. In questo senso il TDM sentirebbe di impegnarsi affinché questo accada effettivamente?***

Se i dati sui presunti sprechi generati dalla medicina difensiva sono fondati - dobbiamo dirci che sono stime - auspichiamo un patto tra cittadini, Istituzioni e operatori sanitari per rivedere certamente la normativa, tutelando diritti e interessi di ciascuno e riconoscendo alcuni capisaldi che non possono essere messi in discussione, ma anche concordando per legge che ogni euro che si risparmia torni alla

sanità e alle varie aree di assistenza, sottraendolo a qualsiasi manovra futura o legge di stabilità che possa ridimensionare le risorse destinate alla sanità pubblica.

Il nostro obiettivo, quindi, è quello di blindare queste eventuali nuove risorse per il nostro Servizio Sanitario Nazionale da possibili operazioni di "finanza creativa", che nulla hanno a che vedere con la tutela della salute dei cittadini.

Lei mi chiede dove riallocarle? Io le dico che c'è l'imbarazzo della scelta purtroppo: potrei citare l'abrogazione del super ticket di 10 euro sulla ricetta, l'incremento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, l'ammodernamento delle dotazioni strumentali, nuovi servizi sul territorio (telemedicina, etc.), terapie innovative etc. Per esempio, nel campo delle grandi innovazioni potrebbe essere quello dell'epatite C, per la quale esiste un indubbio problema di finanziamento e una parte di queste nuove risorse potrebbero consentire un allargamento della popolazione dei pazienti trattabili ogni anno. Queste sono le logiche secondo le quali mi parrebbe corretto intervenire.

***Tra Camera e Senato giacciono almeno dieci proposte di legge in materia di responsabilità nella professione medica e che dovrebbero concorrere a completare il quadro normativo rispetto a quanto previsto dall'art. 3 della Legge Balduzzi. Considerando le attuali priorità di Governo e Parlamento il fondato timore è che le proposte rimangano tali ancora per molto. Il TDM pensa ad azioni di stimolo in tal senso?***

Non c'è certezza che quei provvedimenti vedano la luce, anche perché su di essi non c'è il consenso unanime. Abbiamo piena consapevolezza del problema, delle sue dimensioni e impatto, per questo stiamo lavorando ad una proposta che parta dai bisogni che rileviamo oggi: siamo a buon punto sul documento, che presto sarà vagliato dagli organismi del nostro Movimento e dagli organi statuari. A breve, una volta approvato, lo proporremo come piattaforma sulla responsabilità professionale e sulla sicurezza delle cure e la invieremo alle Commissioni parlamentari, al Ministro e agli organismi di rappresentanza della comunità medico-scientifica e a tutti coloro che a vario titolo sono interessati. Il nostro obiettivo è di stimolare e giungere così ad una produzione legislativa su questa materia che sia più equilibrata e vicina ai bisogni dei cittadini.



### FRANCESCO RIPA DI MEANA

*Presidente Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere*

***Qual è la lettura di FIASO rispetto alle cause dell'accresciuto fenomeno della Medicina Difensiva (MD) in Italia e alla voragine di costi che questa genera? Quale ruolo può svolgere FIASO in questo senso?***

Vorrei sottolineare prima di tutto che la MD va coniugata alla inappropriatazza e alla gestione del rischio clinico: le due cose non possono essere divise e una comprende l'altra. Sono le facce della stessa medaglia. Lavorare in modo sistematico per l'appropriatazza e il rischio clinico darebbe molta più sicurezza ai professionisti. Una politica di promozione dell'appropriatazza (sia a livello regionale che aziendale) diventa, quindi, efficace anche per la MD: non è la cultura della paura della denuncia o della "punizione" (confusa spesso con la cultura della responsabilità) che aumenta l'attenzione del professionista e, di conseguenza, le scelte cliniche, anzi le distorce. Dobbiamo difendere pazienti e professionisti allo stesso tempo. Infatti, il rischio che vedo è anche quello dell'abbandono da parte del professionista delle proprie responsabilità professionali, per esempio quando non accetta casi troppo rischiosi forieri di problemi e rischi, e crea condizioni diseconomiche di undertreatment. Ricordiamoci che il numero dei sinistri non è aumentato in modo significativo a differenza della percezione che ne danno i media: le denunce dei pazienti, per esempio, si collocano nello stesso range da anni. E non c'è, da parte dei cittadini, l'ossessiva visione apocalittica che il SSN non merita fiducia e che ogni complicità è un caso di mala sanità. Mi sembra banale e ripetitivo continuare con il ritornello dei 10 miliardi di euro di costi evitabili: le due malattie (MD/inappropriatazza e rischio clinico) sono collegate ed è su questo che dobbiamo lavorare, sia al pronto soccorso che nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale. FIASO ha deciso da tempo di farsi parte attiva sulla diffusione della cultura della sicurezza partendo dalla relazione col paziente, dalla qualità-trasparenza e dalla registrazione degli atti medici (fonte di contenziosi molto più frequente degli errori medici): una buona politica del risk management (che dovrebbe essere prassi manageriale) è quello che crea il necessario punto di riferimento per dare sicurezza ai professionisti e risposte adeguate ai pazienti. Stiamo per

avviare un laboratorio sul risk management e sulla gestione dei sinistri per identificare e diffondere le buone prassi nelle aziende, anche per dimostrare il portato di una buona fusione della cultura manageriale di quella professionale.

Coinvolgeremo compagnie assicurative, broker e produttori di alta tecnologia... e professionisti. Si pensi a quanto sia critico introdurre alta tecnologia in strutture obsolete! Gli stessi professionisti sono preoccupati perché non riescono a prevedere tutti gli eventi di questo matching macchina/organizzazione.

Insomma, FIASO intende lavorare sulla sicurezza delle cure come driver di una cultura della appropriatazza.

***C'è un senso di crescente sfiducia nei confronti degli operatori sanitari: il management aziendale deve puntare a mantenere alto il livello di credibilità delle aziende nel loro complesso? Oppure deve rimettere in circolo elementi di valutazione delle performance dei professionisti?***

Partirei ancora dalla gestione del rischio: dall'analisi emerge che la gestione del rapporto con l'utente e la sua famiglia è l'elemento più critico di tutta la vicenda. Non è tanto l'errore in se, ma come si è gestito il sinistro fin dal suo primo manifestarsi. È esperienza comune delle aziende che raramente la percezione di fiducia professionista-paziente diminuisce se la relazione è ben gestita.

La cultura del no-blame e dell'anticipazione del rischio, lo svolgimento corretto di pratiche e registrazioni etc., sono elementi molto più importanti per recuperare la fiducia dei pazienti che non la speranza di non avere errori e complicazioni nel percorso clinico. La performance dei professionisti, come delle strutture sanitarie, è di fatto già "misurata": il paziente, infatti, va dove le cose si fanno meglio perché i volumi garantiscono ai suoi occhi maggiore competenza. La comunicazione e la trasparenza giocano un ruolo importante in questo e serve investire di più nel rapporto col paziente per dare maggiore sicurezza al professionista e renderlo capace di fare le scelte giuste. Il vero problema nel rapporto col cittadino è quello della promessa fatta, ma non mantenuta: su questo il management può intervenire e molto, perché un'ottima comunicazione evita il 90% dei casi di perdita di

fiducia. E quando c'è fiducia in un sistema sanitario, la MD diminuisce. Il management può fare molto su tutto ciò che va dalla diffusione di una cultura della prevenzione del rischio e della promozione della appropriatezza; ritorno all'esempio del rapporto con l'utente in caso di evento avverso: il coinvolgimento dei professionisti, la totale trasparenza verso i pazienti e le loro famiglie, la capacità comunicativa (coinvolgiamo anche gli psicologi), sul saper "prendere il toro per le corna" immediatamente, appena accaduto il sinistro... sono tutte azioni messe in campo da un management che funziona. Il management può fare molto e se lo fa vincendo la diffidenza dei medici, difendendo se possibile la loro onorabilità e, non approfittando della loro eventuale debolezza, porta un senso di minore solitudine dello stesso professionista che diventa, quindi, più disposto a rivedere le sue eventuali pratiche di MD spicciola.

***Un quadro normativo nuovo può essere capace di contenere il ricorso alle pratiche di MD e contribuire a ridurre alcuni costi della sanità e a generare nuove risorse economiche?***

Il quadro normativo attuale si è mosso, ma ha creato una situazione non compiuta tra la paura creata e alla fine degli anni '90 quando il sistema giudiziario ha inteso affermare che il rapporto medico paziente fosse di tipo contrattuale e gli indubbi ma insufficienti passi avanti della Legge Balduzzi: infatti non è stato portato a termine il ribaltamento della situazione, mantenendosi spazi di poca chiarezza forieri di comportamenti difensivi di professionisti e assicurazioni; persiste una sensazione di rischio fra i professionisti molto più alta, allarmati anche da un atteggiamento aggressivo delle assicurazioni (che chiedono premi altissimi ai professionisti e si rifiutano di assicurare le aziende).

La parziale correzione del quadro normativo apportato dalla Legge Balduzzi, che ha definito il rapporto fra professionista e paziente - nel caso di danno generico cogente - non più contrattuale ma extra-contrattuale, è stata ribadita da alcune sentenze, ma noi siamo allarmati che sia stata mantenuta la colpa contrattuale per le aziende: questo la dice lunga sul fatto che siamo in mezzo ad un guado e, ripeto, questo impasse genera insicurezza e comportamenti di MD. Deve finalmente risolversi, infatti, il problema della mancanza di tabelle sui risarcimenti (tipo quelle della Responsabilità Civile Auto) con range di risarcibilità e della chiara individuazione delle persone che devono essere risarcite,

senza lasciare al singolo caso giudiziario e alla giurisprudenza discrezionalità tali da diffondere una sorta di terrore; le aziende non riescono ad assicurarsi più e i medici sono tartassati da premi assicurativi altissimi e ogni sinistro può essere portatore di risarcimenti destabilizzanti. E ricordiamoci che questo non è fonte di equità per il cittadino: chi si può permettere un buon avvocato ha più chance di ottenere un ottimo risarcimento. C'è bisogno di andare oltre la Legge Balduzzi: chiarire in modo più deciso che siamo all'interno di quanto stabilito dall'art. 2043 del codice civile e non in un contratto; e definire le tabelle di cui ho detto.

Un clima di chiarezza e sicurezza che, al di là della colpa grave, ci sono regole che tutelano sarebbe di estrema utilità per combattere la MD.

Il resto sta in mano a noi: fare bene il risk management è proprio dell'azienda e non si fa per legge, ed è lo strumento idoneo a diffondere un clima di razionalità. I progetti di legge non si devono perdere su aspetti tecnici tipici del management, ma piuttosto fare chiarezza sugli aspetti giuridici che ci mettono in difficoltà.

***Spesa pubblica, responsabilità nella professione medica, risk management, politiche assicurative, etc: ci sono ulteriori spazi di manovra delle aziende oppure bisogna confidare solo nella costruzione di un più organico e produttivo quadro normativo e/o di un diverso sistema di regole?***

Molti di tali strumenti, come detto, rappresentano gli spazi di lavoro del management, ed è cantiere sempre 'in corso' nelle nostre aziende. Le capacità di trattare un sinistro sono capacità che si sviluppano nel tempo all'interno di un sistema aziendale e sono molto cresciute negli anni e certamente non si adottano in ottemperanza a una legge ma sono il risultato di un processo. Certo, un quadro normativo più completo e che prosegua nel percorso intrapreso va costruito. Negli anni 90 è successo qualcosa che ci ha cambiato la vita, e ha fatto nascere gli avvocati che girano nei Pronto Soccorso e che ha fatto accrescere la MD con tutti i suoi effetti negativi. Uno stop a questo genere di deriva, come detto, è stato dato dalla Legge Balduzzi ma non è sufficiente e bisogna andare avanti, proponendo un quadro di chiarezza complessiva. Anche perché in questo modo le aziende potrebbero ritrovare un mercato assicurativo che oggi non hanno più e che non viene dato loro dalle scelte più recenti fatte da alcune regioni in materia. Le regioni che parlano di



autoassicurazioni, fuori dal mercato assicurativo, ci fanno correre un grave rischio che avrà effetti nel futuro: sarebbe meglio creare un quadro sostenibile per le assicurazioni e che tutelerebbe molto di più i manager di quanto fatto dalle autoassicurazioni delle regioni.

Infatti, di fronte a un problema di risarcimento siamo sicuri che il servizio pubblico sia in condizione di fare l'assicuratore di se stesso? Se sbatto con la macchina sono contento di avere l'assicurazione non solo perché non devo risarcire io il terzo, ma perché non sono io che devo trattare con la controparte: fosse così, vincerebbe solo chi è più forte o chi può permettersi l'avvocato migliore. In questo senso permettete-mi di segnalare un disagio di FIASO e dei manager che non si sentono tutelati: chi firma ogni transazione è il manager, non la Regione o chi gestisce l'autoassicurazione. Anche in questo, quindi, un quadro di norme o un sistema di regole a sostegno di un quadro sostenibile è più che mai auspicabile. In conclusione: la MD dilaga per la difficoltà di difendere la nostra reputazione di fronte ai cosiddetti "casi di mala sanità", occorre investire sempre di più in una cultura della appropriatezza come fonte di sicurezza del percorso clinico, e il clima di migliore rapporto cittadino/professionista/azienda creerà le condizioni per difenderci dalla MD. Ed è questa la strada per fare della appropriatezza uno strumento riconosciuto da tutti gli attori di tenuta del sistema.



### LUCA FRANZI

Direzione Segmento Enti Pubblici e Sanità, AON

***L'art. 3 della Legge Balduzzi del 2012 – lo si è visto dalle prime sentenze – non sembra si presti a interpretazioni giurisprudenziali univoche. Lei ha notato un cambiamento di scenario in merito alle politiche di assicurazione sottoscritte dalle Regioni, dalle aziende sanitarie o dai singoli professionisti?***

Allo stato attuale non risulta essere cambiato nulla sotto il profilo della quantificazione del potenziale danno di medical malpractice.

La Legge Balduzzi, infatti, oltre alle conseguenze sul piano penale, impatterebbe esclusivamente per quanto attiene la responsabilità personale del medico. Il richiamo all'art. 2043 del codice civile riporterebbe la responsabilità civile personale del medico – derivante dal cosiddetto contatto sociale – in ambito extracontrattuale con la conseguente inversione dell'onere della prova. Rimarrebbe, invece, confermata la responsabilità contrattuale – derivante dal cosiddetto contratto di ospitalità – della struttura, anche per la responsabilità personale del medico non scelto dal paziente.

Anche il richiamo alla potenziale riduzione dei termini di prescrizione da 10 a 5 anni avrebbe un impatto sostanzialmente non significativo, in funzione del fatto che il termine decorre non dal momento di accadimento dell'evento avverso, ma da quello in cui il paziente ha percepito di aver subito una lesione: siamo, comunque, in un regime di prescrizione sine die.

A mio modo di vedere la Legge Balduzzi, anche nelle more di un più chiaro ed univoco orientamento giurisprudenziale circa la sua applicabilità, nulla ha calmierato in termini di esposizione finanziaria derivante dal rischio sanitario nel suo complesso.

***Spesa pubblica, responsabilità nella professione medica, risk management, politiche assicurative etc.: ci sono elementi tali da poter costruire un più organico e produttivo quadro normativo e/o un diverso sistema di regole?***

Assolutamente sì.

Vorrei precisare a questo proposito che, mentre si ha la percezione che il rischio clinico sia cresciuto nel corso degli anni, in realtà io sono convinto che lo stesso sia in costante ridimensionamento.

Il problema, infatti, non risiede nell'evoluzione del rischio nella sua accezione classica (probabilità di accadimento di un evento dannoso e delle conseguenze economiche che ne possano derivare), ma bensì nella valutazione giurisprudenziale dell'atto medico e del corretto adempimento.

Fino a vent'anni fa vivevamo in un sistema sanitario che di fatto non aveva creato le condizioni per una valutazione oggettiva della responsabilità medica: il termine "medical malpractice" fa la sua comparsa a fine anni '90, momento nel quale rapidamente il contesto è cambiato e viene sistematicamente richiamata l'attenzione e conseguentemente valutato l'errore medico, o presunto tale, sotto il profilo della responsabilità.

Il costante richiamo alla responsabilità medica ha indotto le strutture ad interrogarsi sull'effettivo livello di qualità dei servizi erogati e, pertanto, ad individuare i necessari percorsi di miglioramento dei processi di erogazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Tuttavia, dal riconoscimento del diritto ad un'attività di azione speculativa finalizzata al riconoscimento di una lesione a fini risarcitori il passo è stato breve.

E qui emerge uno dei punti più controversi: il consenso informato rimane, a mio parere, un problema irrisolto. Non c'è disciplina che specifichi in modo inequivocabile come somministrarlo affinché sia certamente ritenuto valido in caso di valutazione ex post e, peraltro, la recente giurisprudenza ha riconosciuto la responsabilità anche in caso di assenza di una lesione fisica (che dovrebbe essere l'elemento scatenante la richiesta di un risarcimento); l'impossibilità da parte del medico di dimostrare oggettivamente di aver rappresentato le alternative terapeutiche ha comportato il riconoscimento della sua responsabilità: parificare la lesione di un diritto (non essere stato messo nelle condizioni di fare la scelta) ad una lesione conseguente ad un errore porta a una valutazione in termini di responsabilità e di danni che assume una nuova dimensione.

Queste considerazioni ci inducono a ritenere che l'ambito della comunicazione, più trascurato nel passato, è ancora uno dei punti deboli della catena nella dimostrazione del corretto adempimento.

Sotto il profilo della quantificazione del danno, quello conseguente ad atto medico è penalizzato rispetto ad altri ambiti: in caso di evento mortale da circolazione stradale, ad esempio, la vita del medesimo individuo risulterebbe avere un valore notevolmente inferiore rispetto al decesso in sala operatoria; senza entrare nel merito di quella che sia la valutazione più corretta è naturale chiedersi la ratio di una valutazione diseguale. Evidentemente siamo ancora carenti di un sistema di regole.

L'evoluzione giurisprudenziale, sia sotto il profilo del *an debeat* che del *quantum debeat*, rende di fatto impossibile predeterminare, con un ragionevole margine di certezza, la reale esposizione finanziaria derivante dalla responsabilità medica, con il conseguente impatto sulle politiche assuntive del mercato assicurativo sia sotto il profilo dei costi che sotto quello delle condizioni di copertura.

Sull'aspetto dei costi ritengo utile fare alcune precisazioni: lo scopo della copertura assicurativa non è quello di trasferire le inefficienze sistemiche, ma quello di tutelarsi in caso di accadimenti imprevedibili. Dobbiamo dividere il rischio in due macro aree: i rischi probabili in sanità ma non prevenibili – e qui la copertura assicurativa ha un senso – diversi da quelli che possono accadere e che possono anche essere prevenibili.

Se il mondo del pubblico (come il mondo del privato) si concentrasse sulle attività relative ai rischi prevenibili lasciando all'assicuratore la tutela solo per i rischi non prevenibili, migliorerebbe notevolmente la qualità dei processi con una notevole riduzione del costo del rischio. Infatti, non solo la frequenza e la magnitudo degli eventi avversi si ridurrebbero, ma l'impatto positivo a livello di sistema lo si registrerebbe anche sugli extra-costi (ulteriori spese per diagnosi e cura derivanti dagli eventi avversi).

Non essendo aprioristicamente classificabili le cause degli eventi prevenibili, se in possesso di tutte le informazioni statistiche, è possibile individuare la soglia ipotizzabile per "neutralizzare" il danno di frequenza ottimizzando in maniera più che significativa i costi assicurativi con risparmi sul costo certo (il premio) anche in funzione del livello di autoritenzione individuato.

La normativa dovrebbe aiutare maggiormente il sistema a rendere attuabili monitoraggi circa gli effetti di politiche virtuose di risk management, a rendere maggiormente perseguibile il risarcimento per una lesione (soprattutto dove la lesione è grave), conferendo al risarcimento un ruolo sociale compensativo, e a limitare le azioni di natura speculativa che oggi hanno un impatto a dir poco significativo.

***In molti Paesi europei, sulla scia di quanto fatto per la prima volta in Nuova Zelanda, si è costruito un sistema c.d. no-fault, in cui l'interesse di tutti non è cercare il colpevole ma dirimere in termini rapidi e "giusti" il contenzioso, concentrandosi sul risarcimento del danno e sull'individuazione della causa. Ritiene che sia un sistema da approfondire e, nel caso, introdurre anche nel nostro "litigiosissimo" Paese?***

A mio modo di vedere sì: anche se il sistema "fault" che abbiamo in Italia, cioè utilizzare strategie mirate ad accelerare la transazione in sede giudiziaria, ha uno scarso impatto sul valore del risarcimento, il sistema no-fault è validissimo dove si cerca di rendere più trasparente il rapporto tra paziente, struttura e magistratura.

Se c'è un danno, vige un principio di responsabilità, ma ci interessa altro. Non so come questo sistema si articoli nel dirimere il contenzioso: sicuramente aiuta, perché il medico si sente maggiormente sereno e non avere il problema della colpevolizzazione eccessiva rasserena il rapporto medico-struttura e il rapporto medico-paziente.

Sotto il profilo economico, non ne ravviso un immediato impatto: è un sistema che agevola la partnership e supera il problema empatico della lite. In AON abbiamo la possibilità di monitorare il valore del danno su scala internazionale: in Italia siamo certamente molto superiori agli altri Paesi europei e ciò oggettivamente non ha senso. Certamente uno strumento di controllo dell'esposizione finanziaria è da ricercarsi nel percorso transattivo senza aspettare che "la giustizia abbia fatto il suo corso": solo gli effetti rivalutativi del danno fanno aumentare l'esposizione in maniera più che considerevole.

Per individuare la strada finalizzata ad un contenimento della lite va fatta un'analisi del processo nel suo insieme: sia per capire come mitigare i rischi nelle varie fasi di erogazione delle prestazioni che per individuare le metodologie più efficaci per la gestione "proattiva" del contenzioso dal

momento in cui emerge. Se si analizza il sinistro in modo oggettivo e costruttivo viene individuata, oltre alla potenziale causa che l'ha originato, quella che è la reale e potenziale responsabilità ascrivibile o meno al medico/struttura, attraverso l'accertamento dell'esistenza di eventuale responsabilità oggettivamente non confutabile (fumus) in termini di carenza di corretto adempimento, e si valutano le differenti strategie di resistenza o di percorsi transattivi. Questo percorso, condotto in tempi celeri ha certamente un impatto sull'esposizione finanziaria derivante dalla responsabilità medica. Ciò assume una maggiore valenza nel nostro Paese, dove è impossibile prevedere aprioristicamente quella che è la potenziale valutazione economica del danno sotto il profilo giurisprudenziale.

A maggior chiarezza di quanto sopra espresso, riporto due esempi di recenti sentenze, che hanno sancito nuovi principi valutativi.

Il primo è riferibile al riconoscimento agli eredi del danno biologico del paziente deceduto.

Il secondo è quello secondo il quale sono state riconosciute le spese di assistenza che, a differenza del passato, sono stabilite in una rendita vitalizia di 145.000 euro all'anno, rivalutabile negli anni fino a quando la persona rimanga in vita.

Nessuno prima di queste due sentenze aveva pensato a una tale rivoluzione giurisprudenziale. Ma d'ora in poi abbiamo condizioni diverse per la valutazione dei rischi che è necessario determinare qualora, in attesa di copertura assicurativa, si decidesse di costituire un fondo rischi in proprio. Anche per gli assicuratori ciò si tradurrà in un nuovo problema da affrontare, qualora questo tipo di sentenze diventi più frequente, creando un'ulteriore problematica, ad esempio, sotto il profilo della capienza dei massimali.

Se devo liquidare i risarcimenti, ho dei dati certi; ma se devo iniziare a stimare quale sarà il consumo dei massimali in funzione di quelle che sono le rendite da corrispondere "vita natural durante" alle persone che ne hanno diritto, il problema diventa enorme. Con l'impossibilità oggettiva, anche per l'assicuratore che calcola i rischi, di predeterminare quello che sarà il valore del danno e di conseguenza il valore del premio da richiedere per massimali che conseguentemente tenderanno ad essere maggiori di quelli previsti dalle coperture assicurative.

***In Francia, considerando l'impulso dato alle controversie per malpractice da parte di molti uffici legali, si è concepita l'idea di imporre tetti alle tariffe professionali degli avvocati. Pensa che anche questa potrebbe essere una valida opzione calmieratrice?***

Certamente sì: il problema che si è creato è anche il fiorire di realtà non profit (basta fare una ricerca del termine "malasanità" nei vari motori di ricerca) che si propongono come veicolo per ottenere risarcimenti senza alcun impegno di spesa, se non in termini di riconoscimento di quote dell'incasso finale.

Bisogna, quindi, disincentivare con ogni mezzo l'attività speculativa in atto, che oggi è il vero problema...

***Le leggi in materia di appalti pubblici sono un ostacolo a migliorare il rapporto tra le aziende sanitarie e le compagnie assicurative? Oppure ritiene ci sia qualche altro fondamentale driver per modificare l'attuale mercato assicurativo in materia di professione medica?***

Si sono realizzate recentemente diverse iniziative, non ultima la costituzione di un tavolo dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP) (ora Autorità Nazionale Anticorruzione - ANAC) allargato agli stakeholder mirato a colmare l'assenza di dialogo tra la pubblica amministrazione e il mondo assicurativo, con l'obiettivo di individuare regole di ingaggio più corrette, con un focus preciso sulla sanità. Esistono delle opportunità di rigenerare questo rapporto strategico, ma solo in funzione del riconoscimento del ruolo dell'assicuratore, ossia quella di tutelare, tramite un costo certo, il bilancio dell'azienda da quelli che possono essere gli effetti di un evento dannoso che, per essere assicurabile, non deve essere controllabile né dall'assicuratore né dall'assicurato. Parliamo dei rischi prevedibili ma non prevenibili.

L'assicuratore non deve essere considerato alla stregua di chi si fa solo carico delle inefficienze di un sistema.

Per fare questo diventa fondamentale non solo che il mercato assicurativo dia risposte più evolute a quelli che sono i bisogni di un sistema che cambia rapidamente, ma è ancora più importante che il sistema stesso conosca quali sono i rischi, quali sono gli elementi che possano modificare la qualità del rischio: che poi significa "maggiore sicurezza del paziente", al di là di quelli che sono i risvolti economici. Attraverso un processo di diagnosi, di conoscenza e di con-

sapevolezza, il sistema arriva a definire strategie di mitigazione dei rischi e lascia al mercato assicurativo il compito di dare risposte più qualificate, alla ricerca del miglior rapporto costo-beneficio nell'ambito di un progetto complesso di ridimensionamento del rischio clinico.

In quest'ottica, ci sono degli esempi in atto che meritano di essere menzionati.

Tra le varie regioni, la Lombardia, ad esempio, ha messo a punto un processo di gestione integrata del rischio e ha individuato, in un dialogo costante e sistematico col mercato assicurativo, il migliore driver per una reciproca valutazione di quelli che possono essere i bisogni. Il tutto poggia su una strategia (anche efficiente sul piano economico) che mantiene vivo il rapporto col mercato della fornitura, qualificando l'acquisto della copertura assicurativa nella ricerca del miglior rapporto qualità-prezzo e non nella ricerca del miglior prezzo a discapito della qualità.

Il costo della copertura assicurativa sarà più efficiente e calmierato da quella che sarà la crescita della qualità del rischio: è vero che ancora oggi non si può calmierare l'impatto della valutazione giurisprudenziale del danno, ma è altrettanto vero che un atteggiamento proattivo in termini di gestione del contenzioso porterà a ridurre il costo del rischio nel suo complesso.

Questo senza dimenticare che il costo del contenzioso è solo la punta dell'iceberg del problema: non vanno dimenticati, ad esempio, i costi della medicina difensiva.

Si possono, quindi, cambiare le regole del sistema ed individuare percorsi più efficienti, da costruire nel tempo in una logica di costante miglioramento, dove le procedure d'acquisto non sono che la parte formale a garanzia della trasparenza.



**On. Pier Paolo Baretta**

*Sottosegretario Ministero dell'Economia e delle Finanze*

***Le pratiche sanitarie (ospedalizzazione eccessiva, esami diagnostici e strumentali non necessari e farmaci in eccesso) legate alla Medicina Difensiva (MD) generano un costo ingiustificato di circa 10 miliardi di euro.***

***Voci di spesa evitabili o, comunque, comprimibili in modo importante. Ritiene che il Governo debba considerare questo tema come una voce importante della spending review?***

Tutto ciò che non è necessario, oltre ad essere inutile, a volte rischia di diventare anche dannoso, non solo per il bilancio dello Stato, ma soprattutto per la salute dei pazienti. Direi, quindi, che, prima ancora di soffermarci sulla spending review, bisognerebbe ripensare alla formazione dei medici su questo tema, ad una sensibilizzazione dei pazienti e ad una adeguata contrattualizzazione di polizze assicurative professionali, con evidenti massimali di garanzia. Visto che si parla di salute, sia dei pazienti che dei conti pubblici, ricordiamoci “prevenire è meglio che curare”!

***Le risorse economiche che dovessero essere generate da una riduzione delle pratiche di MD potrebbero a suo avviso essere reinvestite nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale per migliorare l'accesso alle cure e al miglioramento dei servizi o trasferite ad altri capitoli di spesa?***

I risparmi nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale sono sempre auspicabili e perseguiti dal Governo. Il loro riutilizzo nel miglioramento dei servizi ai cittadini è la strada giusta da perseguire. Può rappresentare un incentivo alla prevenzione degli sprechi da parte degli operatori sanitari, come dicevo prima adeguatamente formati sulla problematica, che sono attualmente preoccupati da questo circolo vizioso che si è innescato, ed un premio, in termine di servizi resi ai cittadini, per tutti i pazienti, anche per quelli che si riuscirà a sensibilizzare sulla tematica magari con campagne istituzionali, in stile pubblicità progresso, ad hoc.

***La forte tendenza all'aumento della spesa sanitaria generata dalla MD non dovrebbe essere ragione sufficiente per il Governo e la maggioranza per dare impulso e sostegno alla realizzazione di una nuova normativa che – se solo di origine parlamentare – ha poche speranze di andare in porto in tempi ragionevoli?***

Bisogna sempre avere fiducia nell'operato del Parlamento, le buone ragioni finiscono sempre per prevalere! Tuttavia, il Governo non è sordo rispetto a queste importanti tematiche, portate in evidenza da questo lavoro scientifico che mi è stato sottoposto e che ho molto apprezzato.



