

A.C. n. 2486

“Conversione in legge del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, recante disposizioni urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari.”

**Audizione di Dario Focarelli
Direttore Generale ANIA**

I Commissione (Affari costituzionali)

CAMERA DEI DEPUTATI

Roma, 10 luglio 2014

Signor Presidente, Onorevoli Deputati, desideriamo ringraziarVi per aver voluto ascoltare l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici nell'ambito dei lavori dell'iter di conversione in legge del Decreto-Legge 24 giugno 2014, n. 90 recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari".

Porgo subito un giudizio generale: nella nostra valutazione il provvedimento, che si inquadra nel piano di riordino della Pubblica Amministrazione, contiene idee innovative e condivisibili, puntando a semplificazioni e riduzioni di costi. Rendere più efficiente l'azione della nostra Pubblica Amministrazione è condizione indispensabile per riavviare la crescita e lo sviluppo del nostro Paese.

A beneficio del vostro tempo, il presente documento riporta esclusivamente un breve commento alle previsioni contenute nell'art. 27 in materia sanitaria e alcune considerazioni di carattere più generale sul fenomeno della cosiddetta *malpractice* medica nonché sui suoi risvolti di natura assicurativa unitamente a talune opzioni di policy, riconosciute anche a livello internazionale, che hanno l'obiettivo di mitigare il fenomeno e le sue indesiderate conseguenze. A seguire, formuleremo alcune osservazioni in materia di processo telematico e di semplificazione, con particolare riferimento all'Analisi d'impatto della regolazione. Infine, nell'Appendice a questo documento sono riportate alcune statistiche di mercato sull'assicurazione della responsabilità civile in ambito sanitario.

A) COMMENTI ALL'ART. 27 DEL DL N.90/2014

L'art. 27 apporta alcune modifiche all'articolo 3 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. decreto Balduzzi), con l'obiettivo di:

- 1) chiarire che ai dipendenti pubblici esercenti le professioni sanitarie nell'ambito del SSN non si applica l'obbligo di stipula di polizza di responsabilità civile professionale sancito per tutti i professionisti dal decreto-legge n. 138/2011, convertito con modificazioni dalla legge n. 148/2011;
- 2) specificare che il fondo previsto, dal comma 2 lett. a) della citata legge, al fine di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, opererà "nei limiti delle risorse del fondo stesso" e che la misura del contributo al fondo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta non sarà definita in sede di contrattazione collettiva bensì "nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo".

1) AMBITO DI APPLICAZIONE DELL'OBBLIGO DI ASSICURAZIONE

Per quanto riguarda il primo punto, riteniamo che la previsione di escludere dall'obbligo di assicurazione i medici dipendenti sia una scelta politica, di cui comprendiamo le ragioni. Tale scelta però deve essere compiuta nell'ambito di un sistema coerente. Non è semplicemente eliminando un obbligo di assicurazione che si risolve un problema.

Se si vuole rendere coerente il sistema è necessario accompagnare l'eliminazione dell'obbligo di copertura assicurativa con la previsione che l'operatore sanitario risponda esclusivamente a titolo extracontrattuale. Da anni però, come ricorderemo in seguito, la giurisprudenza ritiene che la responsabilità del sanitario dipendente sia a titolo contrattuale, basandosi sulla costruzione del c.d. "contatto sociale". Torneremo su questo punto, in quanto riteniamo sia importante dissipare ogni ambiguità per assicurare ai medici quella serenità necessaria per svolgere il loro insostituibile lavoro.

Per quanto riguarda, invece, le modalità di redazione dell'intervento normativo formuliamo alcune osservazioni. L'emendamento introdotto dal D.L. in commento ha come fine quello di rendere applicabile l'articolo 3, comma 5, del D.L. 138/2011, con particolare riferimento alla lettera e) di tale previsione. Ora, tale articolo prevede che, con Decreto del Presidente della Repubblica, gli ordinamenti professionali dovranno essere riformati per recepire alcuni principi, tra cui, alla lettera c) l'obbligo di assicurazione "a tutela del cliente".

In primo luogo si rileva come non sembri possibile rinvenire, nella norma citata, alcuna distinzione tra personale sanitario dipendente dal SSN ed altro personale sanitario. Del resto, una tale distinzione, quale pare essere ipotizzata dalle Schede di lettura predisposte dai Servizi della Camera dei Deputati, avrebbe una difficile giustificazione, di talché potrebbe anche porsi un problema di legittimità costituzionale.

Ciò premesso, a quanto è dato di capire, dell'articolo 3, comma 5, lettera e) del D.L. 138/2011 sono state date due interpretazioni diverse. Secondo la prima **(a)** l'obbligo assicurativo riguarderebbe solo i **liberi professionisti, con esclusione dei dipendenti**; secondo l'altra **(b)** l'obbligo si estenderebbe a **tutti gli iscritti in albi**.

Per la tesi *sub (a)* si è espresso, ad esempio, il Consiglio Nazionale degli Ingegneri, con Circolare del 12 luglio 2013, n. 250, Prot. U-rsp/3876/2013, secondo la quale non sono soggetti all'obbligo assicurativo gli ingegneri assunti alle dipendenze di pubbliche amministrazioni ed enti pubblici, i quali esercitano l'attività professionale esclusivamente per conto dell'amministrazione o dell'ente di appartenenza, né i professionisti ingegneri dipendenti da un datore di lavoro privato.

Alla tesi *sub (b)* aderisce, invece, il parere del Consiglio Nazionale Forense di data 22 maggio 2013, n. 54 (relatore Berruti), che conclude per la soggezione all'obbligo di assicurazione anche degli avvocati dipendenti, in quanto iscritti nell'elenco speciale annesso all'albo, dato che *"l'esercizio professionale degli avvocati iscritti nell'elenco speciale non differisce qualitativamente da quello esperito dai professionisti iscritti all'albo ordinario"*. È vero che tale parere è stato reso con riferimento ad una norma diversa da quella in commento (l'art. 12, comma 1 della Legge n. 247/2012¹); essa è però sostanzialmente simile tanto alla norma appena richiamata quanto al regolamento attuativo della stessa.

Se l'intenzione del legislatore è, pertanto, quella di meglio chiarire la portata dell'obbligo di assicurazione, potrebbe essere valutata l'opportunità di un intervento volto a dissipare i dubbi interpretativi, come visto, già sorti. Una possibile modalità sarebbe chiarire, con norma di interpretazione autentica, se per "professionista" ai sensi dell'articolo 3, comma 5, del D.L. 138/2011 debba essere inteso il soggetto "iscritto in albi o collegi" ovvero "colui che esercita l'attività come libero professionista senza vincolo di subordinazione, ai sensi dell'art. 2222 del codice civile".

2) FONDO DI COPERTURA

Per quanto riguarda il secondo punto, la ratio dell'intervento è quella di chiarire che l'emanando "Fondo rischi sanitari" fornirà, nei limiti delle risorse ad esso conferito, un rimborso per integrare la differenza fra un prezzo standardizzato e quello concretamente richiesto al professionista dall'impresa di assicurazione.

Avevamo da tempo sottolineato che la dotazione del Fondo, finanziato a carico del professionista che ne richiama l'intervento e a carico delle imprese di assicurazione che esercitano il ramo della responsabilità civile sanitaria nella misura massima del 4% della raccolta premi dell'esercizio, difficilmente poteva essere adeguata a garantire la copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie che non la trovassero sul mercato.

Il Fondo non è quindi un assicuratore ma svolgerà una funzione di garanzia per taluni rischi "aggravati" o per potenziali attività che possono arrecare danni seriali che non dovessero trovare

¹ Si riporta per facilità di lettura il testo del richiamato Art. 12, comma 1, rubricato "Assicurazione per la responsabilità civile e assicurazione contro gli infortuni":

1. L'avvocato, l'associazione o la società fra professionisti devono stipulare, autonomamente o anche per il tramite di convenzioni sottoscritte dal CNF, da ordini territoriali, associazioni ed enti previdenziali forensi, polizza assicurativa a copertura della responsabilità civile derivante dall'esercizio della professione, compresa quella per la custodia di documenti, somme di denaro, titoli e valori ricevuti in deposito dai clienti. L'avvocato rende noti al cliente gli estremi della propria polizza assicurativa.

adeguata copertura nel settore privato. Si tratta in linea generale di un'idea utile nel settore della responsabilità civile sanitaria e già utilizzata in altri paesi. Ma va detto che in questo caso si tratta semplicemente di una sorta di "mutualità forzata", poiché la contribuzione a carico delle imprese assicuratrici è destinata, in ultima istanza, a gravare sul prezzo pagato dalla collettività degli assicurati del settore.

In definitiva si ritiene utile osservare che le previsioni oggetto di discussione – di cui comprendiamo delle ragioni – non affrontano alla radice i problemi afferenti alla cosiddetta *malpractice* medica, che vengono illustrati nel capitolo seguente, e quindi non apporteranno benefici riguardo alla mitigazione del fenomeno.

Resterà pertanto elevato il numero delle denunce di *malpractice*, si manterranno alti i costi dei risarcimenti e i prezzi delle coperture assicurative, si potrebbe consolidare la propensione delle strutture pubbliche a non assicurarsi, con possibili effetti dirompenti, nel tempo, sui conti dello Stato se non si dovessero appostare adeguati fondi per i rischi.

Non sarà neanche intaccato il fenomeno della cosiddetta "medicina difensiva", ossia il ricorso spropositato a prescrizioni, accertamenti diagnostici e ricoveri al solo scopo di escludere ogni possibile responsabilità medica. **Un atteggiamento che comporta oneri per circa 13 miliardi di euro a carico del sistema sanitario pubblico.**

Per questo riteniamo utile proporre, in modo organico, alcuni provvedimenti che potrebbero risolvere concretamente i problemi.

FENOMENO DELLA COSIDDETTA "MALPRACTICE MEDICA", RISVOLTI ASSICURATIVI E POSSIBILI INTERVENTI

Innanzitutto, va notato che il fenomeno dell'aumento del numero delle denunce per *malpractice* medica ha riguardato molti paesi sviluppati negli ultimi decenni e quindi non si tratta di un caso circoscritto al nostro Paese.

Generalizzando si può dire che le principali cause del fenomeno sono: a) una maggiore consapevolezza e attenzione dei pazienti alle cure ricevute, a volte anche favorita, soprattutto recentemente, da fornitori di servizi di gestione del contenzioso; b) un deciso aumento degli importi dei risarcimenti riconosciuti dai tribunali, non tanto a causa della componente del danno patrimoniale costituito dalla "perdita subita (danno emergente)" o dal "mancato guadagno (lucro cessante)", quanto a causa della componente rappresentata dal "danno biologico" o "alla salute" e dall'importo dei risarcimenti riconosciuti a titolo di "danno morale"; c) l'ampliamento dei diritti e

dei casi da risarcire da parte della giurisprudenza, che ha sostanzialmente modificato i contenuti della prestazione medica, quasi trasformandola da obbligazione di mezzi a obbligazione di risultato.

A tale ultimo proposito è da ricordare, ad esempio, che l'area di responsabilità civile del medico è stata sostanzialmente ampliata con la distinzione degli interventi e prestazioni fra routinari e non, con la conseguenza che - nel caso di esito negativo di intervento routinario o di agevole esecuzione - la colpa del medico sussiste in *re ipsa*, gravando sul medico l'onere di provare che l'esito negativo è dovuto a fattori estranei e imprevedibili o eccezionali. L'obbligazione del medico, come detto, è così divenuta praticamente, per gli interventi di cui trattasi, un'obbligazione di risultato.

Le ovvie conseguenze per i sistemi sanitari e per i loro operatori comprendono:

- maggiori costi diretti in termini di risarcimenti dovuti o di prezzi delle coperture assicurative;
- maggiori difficoltà nei rapporti tra il medico e il paziente;
- maggiori costi indiretti derivanti dal ricorso alla cosiddetta medicina difensiva.

Per il sistema assicurativo le conseguenze riguardano:

- le ingenti perdite economiche dovute all'impossibilità di tariffare con precisione le coperture;
- i rapporti più difficili con gli assicurati a causa dell'inevitabile aumento dei prezzi e delle più stringenti condizioni contrattuali e assuntive;
- la rarefazione dell'offerta a causa dell'oggettiva difficoltà nel prevedere gli sviluppi del fenomeno.

Da quanto sopra riportato risulta evidente che l'origine della problematica è di natura giuridica e sociale e che le soluzioni vanno ricercate soprattutto in questo ambito. Risulta sempre più urgente un intervento volto ad introdurre misure idonee a mitigare il rischio di *malpractice* medica al fine di contenere il livello dei costi, di renderli maggiormente prevedibili e, di conseguenza, di incrementare anche la disponibilità di coperture assicurative. Riteniamo utile, pertanto, illustrare nel seguito alcune opzioni di *policy*, riconosciute a livello internazionale², in tema di *malpractice* medica e di sua copertura assicurativa dal momento che il fenomeno è già stato affrontato in altri paesi.

Qualora si voglia rimanere in un sistema basato sulla responsabilità, escludendo pertanto l'opzione esercitata in alcuni paesi di adottare un sistema "*no-fault*", le possibili misure di *policy*

² Si vedano le pubblicazioni "Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze" di Agenas 2013 e "Medical Malpractice – Prevention, Insurance and Coverage Options" di OECD 2006.

che, se adottate prontamente, potrebbero contenere il livello dei danni causati dalla *malpractice*, riducendo il costo delle coperture assicurative, appaiono essere le seguenti:

1. rafforzamento delle attività di prevenzione nelle strutture sanitarie attraverso un'attività di risk management e di elaborazione di linee guida;
2. chiara definizione della responsabilità dei medici e degli operatori sanitari;
3. approvazione di tabelle valutative del danno biologico e introduzione di limiti ai danni non patrimoniali.

1. RISK MANAGEMENT E LINEE GUIDA

Per quanto riguarda le linee guida previste dal decreto Balduzzi, si è molto discusso tra gli operatori se, in che forma e a che livello debbano essere adottate e formalizzate e se debba essere resa obbligatoria l'istituzione di un apposito ufficio nazionale per la loro elaborazione.

L'istituzione di tale ufficio nazionale sembra essere di difficile realizzazione per varie considerazioni, non ultimo di costo.

D'altro canto, una formalizzazione delle linee guida è auspicabile, sia per semplificare in parte l'istruzione processuale, sia e soprattutto per ragioni di politica legislativa.

Una possibile soluzione potrebbe essere l'introduzione di un sistema simile a quello del D. Lgs. 231/01, nel quale l'adozione di un "modello di organizzazione e gestione" è facoltativa ed in quel caso può valere come esimente dalla responsabilità amministrativa da reato per l'impresa. Nel nostro caso, la facoltatività potrebbe essere mantenuta, mentre sembra più corretto ipotizzare invece una semplice inversione dell'onere della prova. In altre parole, il rispetto delle linee guida potrebbe essere considerato presunzione semplice di diligenza.

2. CHIARA DEFINIZIONE DELLA RESPONSABILITÀ DEGLI ESERCENTI PROFESSIONI SANITARIE

La giurisprudenza assolutamente prevalente, ancorché criticata da parte della dottrina, è arrivata a creare una (criticabilissima) figura di *responsabilità da contatto sociale*, di tipo contrattuale.

L'elaborazione è stata presa dalla giurisprudenza tedesca; in quel Paese, però, il sistema di responsabilità civile extracontrattuale è totalmente diverso, dato che manca una clausola generale come l'art. 2043 del nostro codice civile, di talché – senza la *fictio juris* della sussistenza di un contratto – le figure di illeciti civili "innominati", cioè non espressamente previsti come tali dal BGB (il codice civile tedesco), sarebbe restata senza tutela. È evidente, in base a queste premesse,

come la figura della responsabilità contrattuale da contatto sociale non abbia diritto di cittadinanza in Italia alla luce della vigente normativa.

Come è stato anticipato in sede di commento sull'ambito di applicazione dell'obbligo di assicurazione, per risolvere il problema pare necessario e sufficiente introdurre nell'ordinamento una **norma di interpretazione autentica** in cui si chiarisca che l'esercente professioni sanitarie non risponde a titolo contrattuale.

Questo perché in primo luogo sembra che l'interpretazione proposta sia l'unica ammissibile e corretta in base alla vigente normativa. In secondo luogo, ogni altro intervento darebbe luogo a questioni di successione di norme di legge nel tempo, con conseguente rischio di regimi di responsabilità diversi a seconda del momento in cui si è verificato il preteso illecito.

3. INTRODUZIONE DI UN SISTEMA TABELLARE PER IL DANNO NON PATRIMONIALE

Un sistema tabellare di risarcimento dei danni consta di più elementi, in quanto deve prevedere:

- le varie categorie di danno risarcibile (danno biologico ed altre categorie di danno non patrimoniale);
- l'ammontare dei risarcimenti accordati (tabella vera e propria), e
- l'individuazione dei soggetti aventi diritto al risarcimento.

Il c.d. decreto Balduzzi introduce solo uno di questi elementi, ossia il riferimento alla tabella per il danno biologico, che deve tuttavia essere ancora emanata. Manca invece qualunque previsione relativamente agli altri due elementi, che pure sarebbe opportuno introdurre. Questa è la via seguita, ad esempio, dal legislatore spagnolo e che ha sostenuto ripetutamente il vaglio di costituzionalità operato dal *Tribunal constitucional*.

Innanzitutto va infatti ribadita la piena costituzionalità di un sistema tabellare di risarcimento del danno. Si è a volte tentato di sostenere che in tale meccanismo vi sarebbe una possibile violazione di un principio di integralità del risarcimento del danno. La determinazione dell'ammontare *pecuniario* del danno *non pecuniario* è comunque un ossimoro: la vita umana, l'integrità fisica, la sofferenza sono per definizione non suscettibili di valutazione patrimoniale. Ogni risarcimento pecuniario è di conseguenza e per sua natura forfettario e quindi convenzionale e mai integrale, in quanto relativo a beni incommensurabili.

Si pone quindi il problema concettuale di chi, tra legislatore e potere giudiziario, abbia maggior titolo per quantificare tale importo forfettario. Affermare che debba essere quest'ultimo (come

pure è stato fatto, in termini espliciti, da alcuni giudici spagnoli) è contraddire il principio di sovranità della legge, motivazione che ha guidato il *Tribunal constitucional* nel valutare il sistema tabellare come conforme a costituzione.

Dal canto suo, la Corte di Giustizia³ ha confermato che il sistema tabellare di cui all'art. 139 del Codice delle Assicurazioni Private (CAP) rispetta pienamente anche le previsioni del diritto europeo, di talché non vi possono essere perplessità di alcun tipo sullo strumento.

Per motivazioni di coerenza sistematica, il meccanismo di quantificazione del danno in forma tabellare andrebbe esteso anche al risarcimento dei danni causati dalla struttura sanitaria.

³ Corte di Giustizia UE , sez. II, sentenza 23.01.2014 n° C-371/12

B) COMMENTI ALLE PREVISIONI SUL PROCESSO TELEMATICO (artt. 44 e 52)

L'ANIA valuta positivamente la digitalizzazione del processo civile e la sua estensione anche al processo amministrativo. L'utilizzo di nuovi strumenti è potenzialmente in grado di contenere la durata del processo, ridurre la mole di arretrati e razionalizzare l'amministrazione della giustizia, contribuendo così alla competitività dell'intero sistema-Paese.

Va peraltro evidenziata la necessità di razionalizzare il materiale normativo che è andato accumulandosi negli ultimi anni su questa materia, inserendolo in maniera coordinata nel codice di procedura civile e nelle disposizioni di attuazione con il metodo della novellazione ovvero quantomeno dando delega al Governo per la predisposizione di un Testo Unico che raccolga, coordinandole, le norme susseguitesesi nel tempo.

Per quanto riguarda, più in particolare, il decreto legge in fase di conversione, l'ANIA intende concentrarsi su due norme:

1. l'art. 52 (*Poteri di autentica dei difensori e degli ausiliari del giudice*), che con il comma 1, lett. a) ha inserito il comma 9-bis nell'art. 16-bis del d.l. n. 179/2012;
2. l'art. 44 (*Obbligatorietà del deposito telematico degli atti processuali*), che con il comma 2, lett. c) ha inserito il comma 9-ter nel medesimo art. 16-bis del d.l. n. 179/2012.

1. POTERI DI AUTENTICA DEI DIFENSORI E DEGLI AUSILIARI DEL GIUDICE PER L'ESTRAZIONE DI ATTI E DOCUMENTI DAI FASCICOLI INFORMATICI

L'ANIA accoglie con favore l'inserimento del comma 9-bis nell'art. 16-bis del d.l. n. 179/2012, che ora prevede che:

- le copie informatiche, anche per immagine, di atti processuali di parte e degli ausiliari del giudice nonché di provvedimenti di quest'ultimo, presenti nei fascicoli informatici dei procedimenti per i quali si prevede il processo civile telematico, equivalgono all'originale anche se prive della firma digitale del cancelliere;
- il difensore, il consulente tecnico, il professionista delegato, il curatore ed il commissario giudiziale possono estrarre con modalità telematiche duplicati, copie analogiche o informatiche degli atti e dei provvedimenti ed attestare la conformità delle copie estratte ai corrispondenti atti contenuti nel fascicolo informatico.

In questo modo si è correttamente prevista la necessità dell'autenticazione per l'estrazione di copie dal fascicolo d'ufficio, estendendo opportunamente la facoltà di autentica ad ulteriori soggetti, tra cui il difensore, con indubbia semplificazione degli adempimenti.

Si impone tuttavia una precisazione.

A nostro avviso, non è opportuno che la facoltà di autentica si estenda a provvedimenti del giudice che costituiscono **titolo esecutivo** o sono comunque **suscettibili di esecuzione forzata**, né, ovviamente, all'apposizione della **formula esecutiva**.

Di conseguenza, l'ultimo periodo del comma 9-*bis* dell'art. 16-bis del d. l. n. 179/2012, così come introdotto dall'art. 52, comma 1, lett. a) del d.l. n. 90/2014 ora in commento, andrebbe integrato per comprendere anche queste ipotesi tra i casi in cui non è possibile l'autentica da parte del difensore, del consulente tecnico, del professionista delegato, del curatore e del commissario giudiziale.

2. DEPOSITO TELEMATICO DI ATTI PROCESSUALI – MANCATA PREVISIONE DELL'AUTENTICA

Nonostante sia stata prevista l'autenticazione di atti e documenti *estratti* dal fascicolo, non altrettanto è stato fatto per quanto riguarda la fase – logicamente e temporalmente precedente – della sua *formazione*.

Infatti, il **deposito** telematico degli atti (disciplinato dal comma 9-*ter* dell'art. 16-*bis* del d.l. n. 179/2012, così come introdotto dall'art. 44 del d.l. in fase di conversione) non prevede alcuna forma di autentica da parte di chicchessia, anche quando si riveli necessario trasformare documenti analogici in documenti digitali ovvero trasformare documenti digitali in un formato diverso (ad esempio, perché la normativa regolamentare prevede che i documenti informatici allegati possono essere depositati solo in un limitato numero di formati, espressamente elencati).

Dovrebbe pertanto essere previsto che le copie informatiche, tanto di documenti analogici quanto di documenti informatici, vengano **certificate conformi** a cura del difensore contestualmente al loro deposito telematico e che gli **originali** (analogici o telematici) vengano **tenuti a disposizione** presso lo studio di questi per eventuali verifiche ad opera delle parti o del giudice. Naturalmente tutto ciò deve valere in ogni stato e grado del giudizio, di talché si renderanno necessari interventi di coordinamento.

C) ANALISI DI IMPATTO DELLA REGOLAZIONE (Titolo II)

Nel quadro del Titolo II (Interventi urgenti di semplificazione) del decreto-legge in commento, sembra opportuno segnalare che un effettivo e sostanziale intervento di semplificazione sarebbe rappresentato soprattutto dalla concreta messa in atto delle, peraltro già previste, procedure di analisi dell'impatto della regolazione (AIR), nonché di analisi tecnico normativa (ATN).

In attuazione, tra l'altro, del principio di sussidiarietà, una corretta AIR è in grado di aiutare a valutare se sia necessaria l'introduzione di una nuova regola nell'ordinamento (c.d. base option) e, in caso positivo, se la nuova norma apporti un effettivo vantaggio in termini economici, attraverso una valutazione costi/benefici.

L'AIR si inserisce nell'ambito di un più ampio concetto di *better regulation*, che investe la normazione non come un momento statico e puntuale, ma come un processo, che deve prevedere il continuo monitoraggio della regolazione, al fine di aggiornarla e migliorarla. A tale processo l'OCSE si riferisce con l'espressione "*life-cycle management of regulations*".

Nel senso della opportunità e della efficacia della valutazione dell'impatto regolamentare si pone anche l'impostazione comunitaria, per la quale si richiama la comunicazione della Commissione europea COM (2013) 686 final (Consolidare le basi della regolamentazione intelligente: migliorare la valutazione).

In essa la Commissione ricorda la necessità di una politica di "regolamentazione intelligente", destinata ad agevolare il conseguimento di obiettivi di interesse generale al minor costo possibile e ad accrescere il valore aggiunto dell'intervento normativo, precisando che uno degli strumenti principali, se non il primo, della regolamentazione intelligente è proprio la valutazione del suo impatto. Questa infatti aiuta a giudicare se l'azione legislativa consegua effettivamente risultati sperati e di conseguenza migliori le condizioni in cui operano cittadini e imprese.

Ovviamente, sempre secondo la Commissione l'impiego della procedura di valutazione deve essere strumentale ad un impegno del legislatore a rendere "l'individuazione dei costi superflui e delle aree in cui i risultati possono essere migliorati parte integrante e permanente del processo di elaborazione e di programmazione delle politiche."

Nella realtà, l'AIR viene di fatto raramente effettuata o perché si ricorre ai decreti legge, per i quali l'analisi non è prevista, o perché l'obbligo di legge viene eluso. Nei casi in cui viene effettivamente posta in essere un'AIR, essa non sempre risponde ai requisiti formali e qualitativi previsti dalla normativa. Assai di rado, infine, risulta effettuata la valutazione dell'impatto della regolazione (VIR) ossia la valutazione ex post, che dovrebbe essere periodica, del raggiungimento delle finalità

e nella stima dei costi e degli effetti prodotti dagli atti normativi approvati sia sulle attività dei cittadini e delle imprese che sull'organizzazione e sul funzionamento delle pubbliche amministrazioni.

Nella prospettiva di creare un'efficace AIR, potrebbe essere interessante valutare, de jure condendo, la possibilità di far svolgere l'analisi di impatto da un organismo esterno ed indipendente, come ad esempio un'istituzione universitaria. Tale schema potrebbe rivelarsi particolarmente efficace, ad esempio, nell'ipotesi in cui sia taluno degli stakeholders a ritenere particolarmente importante l'effettuazione di un'AIR, mentre l'autorità competente, a causa della limitatezza delle risorse, ritenga non possibile il ricorso a tale analisi. In tale circostanza, ad esempio, l'effettuazione dell'AIR potrebbe essere affidata ad un terzo, quale appunto un'Università, ponendo il relativo costo a carico degli stakeholders. Potrebbero così risolversi contemporaneamente due problemi, quello dell'indipendenza e dell'oggettività di chi provvede alla realizzazione dell'analisi di impatto e quello della limitatezza delle risorse, che impone di contenere il numero di interventi normativi per i quali realizzare l'AIR.

* * *

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

APPENDICE STATISTICA

RILEVAZIONE STATISTICA ANIA SULLA RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA

L'ANIA dispone da diversi anni di una rilevazione statistica che ha l'obiettivo di monitorare un settore caratterizzato da andamenti tecnici problematici: la copertura assicurativa di responsabilità civile per le strutture sanitarie e per la professione medica. La statistica offre un quadro sintetico del volume premi e della sinistrosità del settore a partire dal 1994, attraverso la costruzione di indicatori tecnici. Tale analisi, come detto, è condotta separatamente per due categorie:

- R.C. strutture sanitarie: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata (sono escluse dalla rilevazione le strutture quali case di riposo, laboratori di analisi, centri diagnostici, università);
- R.C. professionale medici: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria.

Questa rilevazione, tuttavia, è stata fortemente influenzata nel tempo dalla progressiva uscita dal mercato oggetto della rilevazione di numerose imprese a favore di imprese europee che operano in Italia utilizzando la libertà di stabilimento o la libera prestazione di servizi. Questa dinamica ha avuto un impatto negativo sulla rappresentatività del campione statistico in quanto le rappresentanza di imprese UE non forniscono informazioni all'Associazione se non, in parte, quelle relative ai premi. Quindi mentre risulta più agevole la stima del volume della raccolta premi per il mercato, gli indicatori tecnici che derivano dal campione potrebbero risultare non pienamente rappresentativi dell'intero mercato.

Stima del volume dei premi

La stima dei premi del lavoro diretto italiano 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. Va notato che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi. Rispetto all'anno precedente i premi sono aumentati del 3,6%: vi ha contribuito essenzialmente l'aumento di oltre il 14% registrato dal volume premi relativi alle polizze dei professionisti, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore. Risultano invece in contrazione (-4,3% rispetto al 2011) i premi relativi alle strutture sanitarie.

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).

TAVOLA 1 - PREMI CONTABILIZZATI PER IL SETTORE DELLA R.C. SANITARIA ^(*) (.000 Euro)

Anno	R.C. Strutture Sanitarie	Var. %	R.C. Professionale Medici	Var. %	R.C. Medica TOTALE	Var. %
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	17.260		18.145		35.406	
1995	29.249	69,5%	26.100	43,8%	55.349	56,3%
1996	36.428	24,5%	26.199	0,4%	62.628	13,2%
1997	41.673	14,4%	30.105	14,9%	71.777	14,6%
1998	54.687	31,2%	38.455	27,7%	93.141	29,8%
1999	84.036	53,7%	63.934	66,3%	147.970	58,9%
2000	159.325	89,6%	75.908	18,7%	235.232	59,0%
2001	176.486	10,8%	83.689	10,3%	260.175	10,6%
2002	180.269	2,1%	90.765	8,5%	271.033	4,2%
2003	214.691	19,1%	101.745	12,1%	316.436	16,8%
2004	261.897	22,0%	121.756	19,7%	383.653	21,2%
2005	239.634	-8,5%	138.652	13,9%	378.286	-1,4%
2006	262.800	9,7%	165.858	19,6%	428.738	13,3%
2007	276.671	5,2%	176.356	6,3%	453.027	5,7%
2008	304.491	10,1%	180.412	2,3%	484.903	7,0%
2009	285.873	-6,1%	196.466	8,9%	482.339	-0,5%
2010	290.215	1,5%	206.948	5,3%	497.163	3,1%
2011	300.666	3,6%	223.832	8,2%	524.498	5,5%
2012	287.798	-4,3%	255.690	14,2%	543.489	3,6%

(*) Si tratta di una stima ANIA del volume dei premi per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2012) pari al 41% del ramo R.C. Generale

Stima numero sinistri denunciati e loro costo medio

Come riportato nella tavola 2, la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2012 è risultata pari a circa 31.200, di cui quasi 19.500 relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie. Il numero dei sinistri ha registrato una lieve riduzione (-0,7% rispetto al 2011), proseguendo la tendenza già avviata nel 2010: nel triennio 2010-2012 sono diminuiti di oltre l'8%. I sinistri relativi alle strutture sanitarie diminuiscono dell'1,0%, mentre quelli relativi alle polizze dei professionisti rimangono sostanzialmente invariati.

TAVOLA 2 - NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI (*)

Anno di protocollazione	R.C. Strutture Sanitarie	Var. %	R.C. Professionale Medici	Var. %	TOTALE R.C. Medica	Var. %
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	6.345		3.222		9.567	
1995	11.411	79,9%	5.892	82,9%	17.303	80,9%
1996	13.028	14,2%	4.028	-31,6%	17.057	-1,4%
1997	18.672	43,3%	4.829	19,9%	23.501	37,8%
1998	21.678	16,1%	6.036	25,0%	27.714	17,9%
1999	23.261	7,3%	9.073	50,3%	32.334	16,7%
2000	23.249	0,0%	10.078	11,1%	33.327	3,1%
2001	21.911	-5,8%	11.238	11,5%	33.149	-0,5%
2002	19.028	-13,2%	11.443	1,8%	30.471	-8,1%
2003	16.566	-12,9%	10.874	-5,0%	27.440	-9,9%
2004	16.356	-1,3%	11.988	10,2%	28.344	3,3%
2005	16.343	-0,1%	12.290	2,5%	28.633	1,0%
2006	16.424	0,5%	11.959	-2,7%	28.383	-0,9%
2007	16.128	-1,8%	13.415	12,2%	29.543	4,1%
2008	17.746	10,0%	11.851	-11,7%	29.597	0,2%
2009	21.476	21,0%	12.559	6,0%	34.035	15,0%
2010	21.353	-0,6%	12.329	-1,8%	33.682	-1,0%
2011	19.627	-8,1%	11.782	-4,4%	31.409	-6,7%
2012	19.436	-1,0%	11.759	-0,2%	31.195	-0,7%

(*) Si tratta di una stima ANIA del volume dei premi per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2012) pari al 41% del ramo R.C. Generale

La tavola 3 riporta invece per ciascun anno di protocollazione, la situazione del numero dei sinistri che la compagnia chiude senza effettuare nessun pagamento (c.d. senza seguito). Se si esaminano le generazioni più mature (dal 1994 al 2002), mediamente oltre i due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie, per il totale della r.c. medica, vengono chiusi senza seguito. In particolare tale percentuale è più elevata per i sinistri relativi alle strutture sanitarie (mediamente pari nel periodo al 71%). Questo potrebbe essere causato da fenomeni di duplicazione di denunce per lo stesso sinistro (che possono colpire ad esempio sia la struttura sia il personale medico coinvolto singolarmente) e che sono poi chiuse senza seguito dalla compagnia in quanto riconducibili ad un unico sinistro per l'impresa assicurativa. Per i sinistri relativi alla r.c. professionale mediamente il 60% dei sinistri denunciati non dà seguito a un risarcimento.

TAVOLA 3 - NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI SENZA SEGUITO

Anno di protocollazione	Numero dei sinistri senza seguito r.c. strutture sanitarie	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri r.c. strutture sanitarie	Numero dei sinistri senza seguito r.c. professionale medici	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri r.c. professionale medici	Numero dei sinistri senza seguito totale r.c.medica	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale sinistri r.c. medica
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	4.244	66,9%	1.854	57,5%	6.098	63,7%
1995	9.044	79,3%	4.053	68,8%	13.097	75,7%
1996	9.993	76,7%	2.252	55,9%	12.246	71,8%
1997	13.972	74,8%	2.851	59,1%	16.823	71,6%
1998	15.332	70,7%	3.674	60,9%	19.006	68,6%
1999	15.749	67,7%	5.585	61,6%	21.334	66,0%
2000	15.571	67,0%	6.442	63,9%	22.013	66,1%
2001	15.591	71,2%	6.538	58,2%	22.129	66,8%
2002	12.383	65,1%	6.838	59,8%	19.221	63,1%
2003	10.389	62,7%	6.294	57,9%	16.684	60,8%
2004	10.139	62,0%	6.798	56,7%	16.937	59,8%
2005	10.129	62,0%	7.021	57,1%	17.150	59,9%
2006	9.492	57,8%	6.695	56,0%	16.187	57,0%
2007	9.419	58,4%	7.372	55,0%	16.790	56,8%
2008	9.782	55,1%	5.921	50,0%	15.703	53,1%
2009	10.555	49,1%	5.827	46,4%	16.382	48,1%
2010	9.166	42,9%	4.536	36,8%	13.702	40,7%
2011	6.052	30,8%	3.042	25,8%	9.094	29,0%
2012	3.721	19,1%	1.649	14,0%	5.370	17,2%

La tavola 4 riporta per i due settori della r.c. medica (strutture sanitarie e professionisti medici) la percentuale dei numeri e degli importi liquidati e riservati rispetto al valore complessivo dei sinistri per anno di protocollazione, cioè per ciascun anno di presa in carico della denuncia da parte dell'assicuratore. Le percentuali relative ai sinistri liquidati (numeri e importi) sono relativamente basse per le generazioni più recenti di sinistri in quanto è generalmente incerta sia l'effettiva responsabilità dell'assicurato sia l'entità del danno. Le percentuali crescono al crescere dell'anzianità della generazione dei sinistri attestandosi a valori superiori al 90% per quelle con oltre dieci anni di sviluppo. Occorre segnalare che dopo 19 anni, la generazione del 1994 mostra un 2,0% di sinistri che devono ancora essere definiti (il 5,5% degli importi dell'intera generazione) a testimonianza che occorre un numero elevato di danni.

TAVOLA 4 - INCIDENZA % DEL NUMERO E DELL'IMPORTO DEI SINISTRI PROTOCOLLATI AL 31/12/2012 - TOTALE R.C.MEDICA

Anno	% Numero dei sinistri Liquidati	% Numero dei sinistri Riservati	% Importo dei sinistri Liquidati	% Importo dei sinistri Riservati
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1994	98,0%	2,0%	94,5%	5,5%
1995	98,1%	1,9%	95,0%	5,0%
1996	97,4%	2,6%	95,2%	4,8%
1997	96,9%	3,1%	92,8%	7,2%
1998	96,4%	3,6%	94,0%	6,0%
1999	95,5%	4,5%	91,5%	8,5%
2000	92,9%	7,1%	89,9%	10,1%
2001	91,7%	8,3%	84,4%	15,6%
2002	88,9%	11,1%	80,5%	19,5%
2003	86,4%	13,6%	79,1%	20,9%
2004	83,4%	16,6%	71,5%	28,5%
2005	79,8%	20,2%	69,1%	30,9%
2006	76,5%	23,5%	59,9%	40,1%
2007	67,7%	32,3%	51,4%	48,6%
2008	61,9%	38,1%	48,0%	52,0%
2009	51,7%	48,3%	42,8%	57,2%
2010	38,5%	61,5%	26,2%	73,8%
2011	24,6%	75,4%	14,6%	85,4%
2012	8,7%	91,3%	4,3%	95,7%

La tavola 5 riporta, sempre per i due settori e per ciascuna generazione di sinistri, l'evoluzione dei loro costi medi man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e, quindi, man mano che le informazioni si consolidano. Accade infatti che, a causa della complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, la valutazione del sinistro da parte delle compagnie sia in molti casi sottostimata. A ciò si aggiunga l'incertezza nella quantificazione del danno legata alla frequente evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di entità del danno da risarcire.

Ad esempio, per i sinistri protocollati nel 2002 le imprese di assicurazione avevano stimato mediamente di pagare 20.157 euro alla fine dell'anno di protocollazione, mentre a distanza di 4 anni la valutazione si era già raddoppiata e aveva raggiunto quasi 40.000 euro, per poi continuare a crescere e arrivare a quello che sembra essere oggi il costo medio "ultimo" dei sinistri di quella generazione (circa 47.000 euro). Tale andamento si osserva (talvolta con tempi più rapidi) per tutte le generazioni di sinistri.

TAVOLA 5 - EVOLUZIONE DEL COSTO MEDIO DEI SINISTRI AL 31/12/2012 - TOTALE R.C.MEDICA

(Importi in euro)

Anno di protocollazio ne	AL 31.12.2002	AL 31.12.2004	AL 31.12.2005	AL 31.12.2006	AL 31.12.2007	AL 31.12.2008	AL 31.12.2009	AL 31.12.2010	AL 31.12.2011	AL 31.12.2012
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421	28.904	29.012	28.023	27.983	27.782
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488	22.687	22.676	22.190	21.887	21.829
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622	23.819	23.493	23.028	23.091	23.044
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961	32.948	31.940	31.950	31.768	31.342
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966	34.271	33.924	33.184	33.049	32.495
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571	37.281	36.511	36.584	36.157	36.106
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634	39.968	40.605	40.134	38.929	39.688
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974	40.042	40.159	37.457	45.865	47.214
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490	42.732	43.196	42.371	46.835	47.111
2003		30.306	34.379	39.475	39.080	44.521	47.241	46.169	50.577	49.492
2004		22.706	29.755	36.545	38.349	44.083	43.304	43.653	49.951	50.504
2005			26.670	33.174	35.471	42.383	42.245	41.277	46.330	46.473
2006				30.659	33.408	41.476	42.019	41.779	50.330	53.385
2007					26.670	38.266	38.816	39.537	47.798	51.466
2008						29.505	34.067	39.427	49.581	52.176
2009							25.083	33.225	43.852	44.244
2010								27.689	38.538	41.313
2011									30.789	35.576
2012										29.422

I dati di tavola 5 dimostrano la peculiarità dell'evoluzione dei sinistri in questo settore: nonostante le imprese di assicurazione applichino tutti i rigorosi principi normativi e regolamentari per la stima delle riserve sinistri, negli anni vi è quasi sempre stata la necessità di rivedere al rialzo le stime degli importi riservati con un conseguente deterioramento dei conti tecnici per i sinistri già accaduti in anni precedenti. Questo aspetto, peraltro, non deve essere considerato un'anomalia del mercato italiano; in tutti i principali paesi risulta che le stime iniziali dei danni che implicano delle lesioni fisiche registrino necessariamente degli aumenti nel tempo proprio perché la giurisprudenza e i vari Tribunali riconoscono, con il passare del tempo, importi via via più elevati, con un tasso di crescita che supera di molto il normale indice di inflazione generale del costo della vita. Le stime attuariali, pur considerando tutti i possibili aspetti legati sia all'emergere di sinistri accaduti ma non ancora denunciati sia all'eliminazione di sinistri che vengono poi chiusi senza pagamento (cosiddetti "senza seguito") non sono stati efficaci nel prevedere come può evolvere la giurisprudenza in periodi temporali anche estesi (fino e oltre a 15 anni di tempo). Anche l'inclusione di elementi cautelativi e conservativi nel processo di stima del costo ultimo dei sinistri, si è di fatto dimostrato costantemente insufficiente a coprire la reale evoluzione del costo dei sinistri.

Stima rapporti sinistri a premi ("S/P")

Sono gli andamenti in forte crescita del costo dei risarcimenti, congiuntamente a un numero elevato di denunce che le imprese registrano di anno in anno, a determinare risultati particolarmente negativi per i conti tecnici del settore e, quindi, valori elevati del rapporto sinistri a premi. Anche in questo caso, per una corretta valutazione dell'andamento del business assicurativo oggetto di questa analisi, occorre osservare lo sviluppo del rapporto sinistri a premi nei diversi anni.

TAVOLA 6 - RAPPORTO "SINISTRI / PREMI" AL 31/12/2012 - TOTALE R.C.MEDICA

Anno di protocollazione	AL 31.12.2002	AL 31.12.2004	AL 31.12.2005	AL 31.12.2006	AL 31.12.2007	AL 31.12.2008	AL 31.12.2009	AL 31.12.2010	AL 31.12.2011	AL 31.12.2012
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
1994	199%	251%	241%	251%	238%	240%	241%	237%	236%	235%
1995	182%	212%	216%	206%	202%	201%	201%	203%	200%	200%
1996	187%	198%	195%	191%	187%	199%	198%	195%	189%	194%
1997	223%	320%	300%	293%	286%	336%	323%	323%	311%	315%
1998	168%	340%	313%	288%	284%	341%	331%	323%	312%	316%
1999	179%	262%	266%	249%	246%	330%	321%	321%	308%	314%
2000	151%	216%	219%	208%	206%	233%	217%	214%	203%	210%
2001	154%	218%	218%	200%	192%	215%	204%	187%	251%	260%
2002	149%	232%	229%	199%	192%	207%	199%	275%	287%	296%
2003		196%	199%	171%	162%	173%	177%	215%	223%	225%
2004		145%	170%	154%	150%	144%	140%	162%	174%	180%
2005			173%	162%	155%	133%	131%	118%	123%	125%
2006				158%	157%	150%	141%	128%	142%	150%
2007					140%	130%	123%	109%	117%	123%
2008						111%	147%	138%	148%	151%
2009							153%	155%	169%	163%
2010								153%	177%	153%
2011									147%	151%
2012										122%

MEDIA PONDERATA RAPP. SINISTRI / PREMI AL 31.12.2012 : 173%

Nella tavola 6 sono riportati i rapporti sinistri a premi (e la loro evoluzione nel tempo) per le varie generazioni di sinistri analizzate per il totale settore della r.c. medica. Al 31 dicembre del 2012 il rapporto medio dei sinistri a premi per le varie generazioni si attesta al 173%. Relativamente alla generazione più recente si nota che il rapporto si attesta al 122%.

Per quanto riguarda l'evoluzione del rapporto S/P, man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e che le informazioni sui sinistri diventano più consolidate, si notano tre distinti fenomeni:

- per le generazioni di sinistri protocollati dal 1994 al 2004, il rapporto sinistri a premi valutato al 31 dicembre 2012 assume valori particolarmente elevati (da 180% della generazione 2004 a oltre 310% per le generazioni dal 1997 al 1999);

- dalla generazione 2005 al 2012 il rapporto tra sinistri e premi tende a essere più contenuto, pur restando su livelli di evidente diseconomicità;
- nell'ultimo anno disponibile il rapporto sinistri a premi ha mostrato un miglioramento. Tuttavia già nel 2005 e nel 2007 l'indicatore sembrava essere migliorato, assumendo lo stesso valore, per poi ritornare a livelli più elevati l'anno successivo.

ALTRE STATISTICHE SUL SETTORE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA

L'unica altra analisi pubblicata, limitata tuttavia ai soli sinistri afferenti alla responsabilità civile delle strutture sanitarie, è quella condotta⁴ da Marsh S.p.A., primary broker assicurativo, relativa al proprio portafoglio clienti di strutture sanitarie pubbliche in Italia. Resta inteso che questi dati e la loro proprietà appartiene esclusivamente a Marsh S.p.A. e il loro utilizzo è subordinato all'autorizzazione della società stessa. Per qualsiasi approfondimento va quindi contattata la società. Di seguito viene riportato il costo sinistri complessivo per le strutture sanitarie rapportato ad alcuni indicatori tratto dallo studio come riportato da alcune notizie stampa:

- 72€ per ricovero (131€ per le cliniche ortopediche, 67€ per gli ospedali universitari);
- 2,688€ per numero di letti;
- 4,569€ per numero di medici;
- 1,959€ per numero di infermieri.

⁴ Studio di Marsh & McLennan "3° Edition medical claims analysis of Marsh clients public hospital"