



Proposte di legge in materia di responsabilità professionale del personale sanitario (C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo e C. 1581 Vargiu)

Audizione informale
ANIA

XII Commissione (Affari sociali)
CAMERA DEI DEPUTATI

Roma, 13 novembre 2013

Signor Presidente, Onorevoli Deputati, desideriamo ringraziarVi per aver voluto ascoltare l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici nell'ambito dei lavori sull'esame congiunto di vari disegni di legge recanti disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

Il presente documento riporta, inizialmente, le nostre principali considerazioni di carattere generale sul fenomeno della cosiddetta *malpractice* medica e sui suoi risvolti di natura assicurativa unitamente ad alcune opzioni di *policy*, riconosciute anche a livello internazionale, che hanno l'obiettivo di mitigare il fenomeno e le sue indesiderate conseguenze. Successivamente sono riportati alcuni commenti sulle principali norme previste nei vari disegni di legge concernenti il tema della responsabilità professionale del personale sanitario soffermandoci con uno spirito costruttivo su quelle che a nostro avviso non sembrano apportare reali benefici né riguardo alla mitigazione del fenomeno né riguardo al miglior funzionamento del mercato assicurativo in questo complesso settore. Infine, nell'Appendice a questo documento sono riportate alcune statistiche di mercato sui premi, sui risarcimenti sostenuti dalle imprese di assicurazione e su alcuni indicatori tecnici utilizzati in ambito assicurativo.

FENOMENO DELLA COSIDDETTA “MALPRACTICE MEDICA”, PRINCIPALI RISVOLTI ASSICURATIVI E POSSIBILI OPZIONI DI POLICY

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:

- una maggiore consapevolezza e attenzione dei pazienti alle cure ricevute, a volte anche favorita, soprattutto recentemente, da alcuni fornitori di servizi di gestione del contenzioso;
- 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 riconosciuto a titolo di "danno morale";

- 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 attraverso: la distinzione fra interventi e prestazioni 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 divenuta praticamente, per gli interventi di cui trattasi, un'obbligazione di risultato con conseguente limitazione dell'applicabilità dell'art. 2236 cod.civ., in base al quale, se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni se non in caso di dolo o colpa grave.

Le ovvie conseguenze che ne sono derivate per il sistema sanitario nel suo complesso hanno comportato: maggiori costi diretti anche in termini di risarcimenti dovuti ai pazienti con relativo incremento del costo delle eventuali coperture assicurative; maggiori difficoltà nei rapporti tra medico e paziente; maggiori costi indiretti derivanti dal ricorso alla cosiddetta medicina difensiva. Il costo della medicina difensiva, secondo recenti stime elaborate dal CERGAS – Università Bocconi, raggiungerebbe il 10%, ovvero circa 13 miliardi, della spesa sanitaria complessiva.

Per il sistema assicurativo le conseguenze riguardano le ingenti perdite economiche dovute ad una errata tariffazione delle coperture a causa soprattutto di una comprensibile mancata previsione, all'epoca della sottoscrizione dei contratti, delle tendenze citate in precedenza che ha comportato una sottostima dei reali costi del rischio sottoscritto; rapporti più difficili con gli assicurati a causa dell'inevitabile aumento dei prezzi e più stringenti condizioni contrattuali e assuntive, con conseguente rarefazione dell'offerta a causa della suddetta oggettiva difficoltà nel prevedere gli sviluppi del fenomeno.

A proposito di rarefazione dell'offerta assicurativa è opportuno precisare, al fine di presentare un quadro realistico dell'attuale situazione, che le coperture assicurative in questo settore si possono suddividere in due tipologie ben distinte: quella relativa alle coperture dei singoli esercenti le professioni sanitarie e quella relativa alle coperture per le strutture sanitarie. In questo ultimo caso risulta esserci una rilevante rarefazione dell'offerta assicurativa, come risulta anche dalla relazione conclusiva della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali della scorsa legislatura. Al contrario, per quanto riguarda le coperture dei singoli medici non ci risulta che vi siano generalizzate difficoltà a trovare copertura sul mercato né per i medici dipendenti, chiamati a rispondere del risarcimento per colpa grave in caso di rivalsa da parte della struttura sanitaria, né per gran parte dei medici liberi professionisti, fermo restando che per questi ultimi, se esercenti specializzazioni rischiose, i costi della copertura sono decisamente elevati in quanto proporzionali al rischio.

Da quanto sopra riportato risulta evidente che l'origine del problema 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 ampliare la disponibilità di coperture assicurative. Riteniamo utile, pertanto, illustrare nel seguito alcune opzioni di *policy*, riconosciute a livello internazionale¹, in tema di *malpractice* medica e di sua copertura assicurativa dal momento che il fenomeno è già stato affrontato in altri paesi.

Una possibile opzione di *policy* per un sistema giuridico, come quello italiano, basato sulla responsabilità è quella di passare ad un sistema cosiddetto *no fault* in cui, per determinate casistiche di eventi, sia previsto un risarcimento, o meglio un indennizzo, standardizzato senza la ricerca e l'attribuzione della responsabilità. Questa scelta è stata compiuta nel panorama europeo dai Paesi scandinavi, che hanno abbandonato i tradizionali sistemi di attribuzione di responsabilità per *malpractice* e sono approdati a sistemi di tipo *no fault*. La

¹ Si vedano le pubblicazioni "Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze". Agenas 2013 e "Medical Malpractice – Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD 2006.

recente pubblicazione dell'Agenas, riportata in nota, precisa che *“in Svezia, Danimarca e Finlandia i pazienti, vittime di accertati errori clinici, sono indennizzati senza che i medici responsabili dell'accaduto sopportino alcuna conseguenza legale o economica”*. Un'altra soluzione adottata da altri Paesi, quali Francia, Inghilterra, Germania, è quella di un sistema generale basato sulla responsabilità civile affiancato ad un sistema *no fault* per specifiche tipologie di danno. L'opzione di un passaggio ad un sistema *no fault*, dal punto di vista economico, è attraente quando ci si rende conto che, a livello di sistema, la somma dei costi relativi al contenzioso e di quelli indiretti indotti dalla medicina difensiva risultano essere sproporzionati rispetto alle risorse effettivamente riconosciute ai danneggiati a titolo di risarcimento. Tale opzione presenta secondo la letteratura, da un lato, il vantaggio di ridurre i costi diversi dai risarcimenti citati sopra e di rasserenare gli operatori sanitari, dall'altro gli svantaggi di una minore “selezione” ex-post degli operatori (allontanamento dalla categoria a seguito di errori), di un possibile allargamento dei casi indennizzabili, di una teorica deresponsabilizzazione degli operatori. Naturalmente, in questo caso, il costo complessivo degli indennizzi e di conseguenza quello assicurativo dipende dalla definizione del perimetro dei casi indennizzabili e dall'entità dell'indennizzo.

Qualora si voglia rimanere in un sistema basato sulla responsabilità, le possibili misure di *policy* appaiono essere le seguenti:

- la rivisitazione del concetto di responsabilità, per esempio attraverso l'introduzione di protocolli che esimano gli operatori dalla responsabilità se essi sono in grado di dimostrare di averli correttamente seguiti o attraverso una più precisa delimitazione del perimetro della responsabilità, disciplinando le prestazioni mediche che rientrerebbero nell'ambito di applicabilità dell'art. 2236 cod.civ.;
- la standardizzazione dei criteri di valutazione dei danni con l'introduzione, per esempio, di tabelle di valutazione del danno e la definizione di eventuali limiti ai danni non patrimoniali²;

² La recente Legge 189/2012 stabilisce l'applicazione delle tabelle previste dal Codice delle assicurazioni in materia di r.c. auto, che dovranno essere integrate per tener conto delle fattispecie relative all'attività del sanitario.

- il contenimento del ricorso alla giustizia ordinaria tramite meccanismi alternativi di risoluzione del contenzioso³ e la disincentivazione delle richieste infondate.

Infine, in ogni caso vanno implementate e rese obbligatorie rigorose e strutturate attività di *risk management* al fine di minimizzare i rischi di errore. Tali attività potrebbero essere facilitate anche attraverso l'istituzione di osservatori e strutture in grado di monitorare e selezionare le migliori pratiche con la finalità di diffonderle alle strutture e agli operatori sanitari.

PRINCIPALI COMMENTI AI DISEGNI DI LEGGE

Di seguito desideriamo svolgere con spirito costruttivo alcune riflessioni che riteniamo possano essere utili per il conseguimento delle finalità, certamente condivise da tutti, di poter disporre di una sanità “più sicura” e di ottenere un più celere e certo risarcimento delle vittime di quegli errori medici, auspicabilmente pochi, che non si riuscissero ad evitare. Richiamiamo l'attenzione della Commissione su alcune misure tra quelle previste dai vari disegni di legge esaminati in questa sede e, al fine di agevolarne l'esame, riteniamo di commentare le previsioni raggruppandole per materia piuttosto che per disegno di legge, evidenziando, ove opportuno, le eventuali differenze tra le diverse proposte e riservandoci di commentare nel dettaglio tutte le misure qualora venisse predisposto un testo unificato.

Non commenteremo alcune proposte che appaiono palesemente contrarie a norme comunitarie e nazionali e soprattutto che non sono percorribili tecnicamente. Ci riferiamo, per esempio, all'obbligo per l'impresa di rinnovare il contratto assicurativo di responsabilità civile delle strutture sanitarie, oppure all'obbligo di incrementare annualmente il premio, in caso di pregressa sinistrosità, in misura non superiore al 5% del premio dell'anno precedente e, in caso di riduzione della sinistrosità, di ridurlo di una percentuale non inferiore al 10% o, ancora, all'individuazione per legge di premi minimi e massimi. È evidente che simili previsioni, oltre a non essere coerenti con i principi di libertà di impresa, non possono essere applicabili sul piano concreto. Infatti, una caratteristica dell'attività assicurativa è lo scambio

³ In Italia è stata già introdotta la mediazione per queste fattispecie.

tra una cifra certa (il premio) e un'obbligazione aleatoria (in questo caso il risarcimento a seguito del verificarsi di un sinistro) che dipende in larga parte da fattori esogeni all'impresa di assicurazione (nel nostro caso orientamenti giurisprudenziali, evoluzione di prassi e tecniche scientifiche). L'impresa di assicurazione fissa il premio sulla base di stime della distribuzione di probabilità della frequenza, dell'entità dei risarcimenti e della struttura dei costi del servizio reso: tali stime possono variare nel tempo a seconda degli sviluppi del fenomeno sottostante. Di conseguenza l'impresa si vede costretta a variare il prezzo della copertura per raggiungere l'equilibrio economico e tale variazione non può essere predeterminata a prescindere dagli sviluppi del rischio che si vuole assicurare. Le misure sopra ipotizzate renderebbero impossibile l'attività assicurativa e sarebbero quindi controproducenti per tutti gli *stakeholders*.

Assicurazione obbligatoria delle strutture sanitarie ospedaliere

I disegni di legge qui esaminati individuano come prerequisito per l'esercizio dell'attività da parte delle strutture sanitarie, pubbliche e private, la stipula di una assicurazione per la responsabilità civile delle stesse. Più esattamente, il contratto di assicurazione dovrebbe essere stipulato a copertura della responsabilità civile per i danni causati ai pazienti nell'ambito dell'erogazione dei servizi sanitari⁴.

A tale proposito si osserva che la previsione di un obbligo assicurativo in capo a particolari soggetti si giustifica quando essi, per le caratteristiche della loro attività, corrono il rischio di arrecare danni rilevanti a terzi e dispongano di un patrimonio limitato, risultando così probabile che non siano in grado di risarcire i danni stessi con conseguente e rilevante impatto sociale. Andrebbe pertanto considerata l'introduzione dell'obbligo assicurativo nei casi in cui concorrano le due caratteristiche citate sopra. Nel caso di strutture sanitarie che possano contare in ultima istanza sul bilancio pubblico e/o siano proprietarie di importanti attivi di natura strumentale difficilmente si potrebbe sostenere che non siano in grado di risarcire eventuali danni cagionati. Andrebbe pertanto valutata la possibilità, per tali

⁴ I ddl n. 1324 e n. 1581 prevedono anche la stipula obbligatoria per le strutture sanitarie di polizza di responsabilità civile verso i prestatori d'opera (RCO)

strutture, di scegliere liberamente se assicurarsi, e in tal caso con quale tipo di copertura, oppure autoassicurarsi, anche parzialmente, per sinistri, per esempio fino ad un certo importo, ovviamente predisponendo mezzi adeguati in termini sia di controllo del rischio sia di eventuali appostazioni a bilancio. Infatti, a seconda dell'attività, delle specialità mediche esercitate, dell'organizzazione e delle misure di prevenzione adottate, l'esposizione della struttura al rischio di "*medical malpractice*" è diverso e ciò influenza in maniera significativa l'individuazione della modalità ottimale di copertura assicurativa. Si ricorda a tal proposito che gli amministratori delle strutture sanitarie possono disporre di professionalità tali da metterli in grado di valutare l'eventuale piano assicurativo per la struttura che dirigono e, in ogni caso, possono ricorrere a consulenze specifiche sull'argomento.

Tali valutazioni andrebbero maggiormente approfondite anche alla luce della varietà di modelli regionali di gestione dei sinistri presenti nel panorama nazionale (modelli con gestione diretta dei sinistri, fondati sul trasferimento del rischio o misti). Va detto che in caso di auto-assicurazione, anche parziale, andrebbe posta molta attenzione all'accantonamento delle risorse finanziarie per il risarcimento dei sinistri visto il lungo periodo che intercorre tra l'accadimento del fatto e la liquidazione dello stesso. Sugeriremmo di sottoporre tali accantonamenti a verifica di congruità da parte di revisori terzi per non rischiare disavanzi prospettici.

Obbligo a contrarre

Il solo disegno di legge n. 1581 prevede l'obbligo a contrarre a carico di tutte le imprese di assicurazione operanti nel territorio nazionale secondo requisiti, massimali e premi minimi e massimi stabiliti con decreto emanato dal Ministero della Salute. Rimandando alle considerazioni già fatte in precedenza relativamente alla sostanziale improponibilità giuridica e pratica di fissare dei prezzi, ci preme osservare che la previsione di un obbligo a contrarre non gioverebbe ad allentare la tensione attualmente esistente sul tema della *medical malpractice*. Infatti, l'effetto dell'obbligo sarebbe quello di restringere l'offerta con conseguente minore disponibilità di coperture assicurative, diminuzione della concorrenza e

pressione al rialzo dei prezzi con conseguente e prevedibile allontanamento degli operatori (italiani e stranieri) dal settore.

Anche per questo motivo l'obbligo a contrarre non è previsto nelle numerosissime coperture assicurative obbligatorie adottate in Italia così come negli altri paesi. Una eccezione è la r.c. auto in Italia, che ha suscitato, peraltro, perplessità da parte della Commissione Europea che vi ravvisava un evidente ostacolo all'ingresso di nuovi assicuratori nel mercato con conseguenti minori benefici in termini concorrenziali. Ricordiamo infatti che, una volta ottenuta l'autorizzazione all'esercizio (totale o parziale) di un ramo assicurativo, l'impresa può operare liberamente senza vincoli diversi da quelli della concreta vigilanza da parte delle Autorità preposte, in ossequio alla normativa di derivazione comunitaria che risale già alla direttiva n. 73/239/CEE, c.d. "prima direttiva danni".

Tale previsione sarebbe poi di fatto inattuabile sul piano operativo proprio con riferimento ai rischi sanitari: infatti, la sottoscrizione di tali rischi implica un processo complesso di analisi della singola struttura o del singolo operatore che non può prescindere dalla individuazione del reale livello di assicurabilità di ciascun interessato, onde mantenere una corretta tariffazione sostenibile, se del caso anche con le necessarie conseguenze selettive.

Inoltre, il meccanismo per cui un'impresa operante sul territorio nazionale sarebbe obbligata a contrarre in modo automatico nel quadro di condizioni e tariffe in precedenza annunciate va anche contro principi di regolamentazione e di vigilanza prudenziale del settore: si pensi, ad esempio, ad una impresa di limitate dimensioni che si trovasse obbligata ad accettare la richiesta di un ospedale che presenti una rischiosità effettiva per dimensioni e tipo di operatività da eccedere la sua stessa capacità sottoscrittiva mettendo a repentaglio la sua solidità. A tal proposito ricordiamo che la legge 8 novembre 2012, n. 189 già prevede l'istituzione di un Fondo con obbligo a fornire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie per particolari categorie di rischio.

Attribuzione di responsabilità alla struttura sanitaria

I disegni di legge sanciscono, in linea di massima, che la responsabilità civile o gli effetti patrimoniali di essa per i danni a persone, occorsi in strutture sanitarie pubbliche o private e causati dal personale medico e non medico, sono sempre a carico delle strutture.

Nel disegno di legge n. 262 le strutture sanitarie possono (pertanto in via facoltativa), solo in caso di accertata responsabilità per dolo, avviare azioni disciplinari e trattenere dallo stipendio le somme equivalenti all'aumento del costo delle polizza assicurativa da essi causato, previsione quest'ultima di difficile applicabilità anche in considerazione del fatto che il dolo, ai sensi di legge, non è assicurabile. Nei disegni di legge n. 1312, 1324 e 1581 la struttura sanitaria esercita azione di rivalsa nei confronti dei responsabili nei casi di dolo o – nel ddl n. 1312 – di colpa grave, indotta da assunzione di sostanze stupefacenti, riconosciuti con sentenza passata in giudicato e, quindi, con tempi piuttosto lunghi.

In caso di colpa grave definitivamente accertata con sentenza passata in giudicato, inoltre, il dipendente appare esposto all'azione di recupero o - nel ddl n. 1581 - di rivalsa ma queste hanno tuttavia carattere meramente eventuale (il direttore generale della struttura, sentito il collegio di direzione, resta libero di disporla o meno) e risultano anche oltremodo circoscritte sul piano quantitativo (il recupero sarebbe comunque limitato – in misura fissata in via equitativa e comunque non superiore ad un quinto dello stipendio per un periodo massimo di cinque anni – ai danni rimasti a carico della struttura oltre il massimale della copertura assicurativa o entro la franchigia di questa).

Sembra comunque doversi ritenere impedito il diritto di surroga dell'assicuratore, dal momento che l'azione di rivalsa o recupero sarebbero facoltative; nei provvedimenti n. 1324 e n. 1312 risulta espressamente esclusa ogni rivalsa dell'assicuratore in quanto lo stesso copre anche la responsabilità personale del singolo operatore.

Tale traslazione di responsabilità, che in parte già esiste per quanto riguarda i lavoratori subordinati, verrebbe estesa a tutti i casi. Va detto che tale eventualità non avrebbe alcun impatto sul costo complessivo dei risarcimenti e dunque non ne mitigherebbe l'entità. Inoltre, va notato sul piano strettamente giuridico che una tale linea legislativa sembra porsi in contrasto con la scelta a suo tempo operata dall'art. 28 della Costituzione, nel senso di disporre la diretta responsabilità dei dipendenti pubblici, pur prevedendo comunque l'intervento dell'Amministrazione ai fini della responsabilità civile conseguente. Sembra pertanto opportuno valutare e calibrare attentamente tali profili.

Azione giudiziaria per il risarcimento del danno

I disegni di legge prevedono, di norma, che il danneggiato abbia la titolarità dell'azione diretta per il risarcimento del danno nei confronti dell'assicuratore. In alcuni sono inoltre previsti termini tassativi, a carico dell'assicuratore, per la formalizzazione e quantificazione dell'offerta di risarcimento.

Premesso che il riconoscimento dell'azione diretta nei confronti dell'assicuratore è rarissimo nell'ambito delle assicurazioni obbligatorie previste dalla legislazione italiana, si osserva, in generale, che i casi di responsabilità trattati nei provvedimenti sono estremamente complessi e l'assicuratore non è normalmente in grado di gestirli in modo professionale in assenza di una seria e completa assistenza da parte del presunto danneggiante. Tale collaborazione potrebbe essere assicurata prima di tutto escludendo l'azione diretta nei confronti dell'assicuratore: in questo caso, infatti, sarebbe l'assicurato ad essere chiamato in causa direttamente e a sua volta potrebbe poi chiedere l'intervento del proprio assicuratore (art. 1917 cod. civ., ultimo comma); quest'ultimo, peraltro, avrebbe evidentemente tutto l'interesse ad intervenire sempre e in qualsiasi sede a protezione dei diritti dell'assicurato, in quanto ne copre il patrimonio a seguito della stipula del contratto assicurativo di responsabilità civile. Ove si intendesse mantenere l'azione diretta, dovrebbe essere in ogni caso previsto un dovere di massima collaborazione in capo alla struttura sanitaria o all'operatore sanitario per la ricostruzione dei fatti e le modalità di accadimento del sinistro. Tale collaborazione andrebbe resa espressamente obbligatoria prima di tutto nella fase stragiudiziale di trattazione del sinistro e poi anche nell'eventuale processo, disponendo un litisconsorzio necessario.

* * *

In conclusione, ci permettiamo di chiedere, Signor Presidente e Onorevoli Deputati, che la Commissione valuti l'opportunità di considerare le nostre valutazioni e i nostri suggerimenti.

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.

Stima del volume dei premi

La stima dei premi del lavoro diretto italiano per l'esercizio 2011 è pari a circa 525 milioni di euro di cui il 57% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 43% relativo a polizze stipulate dai professionisti sanitari. Tale stima per l'intero mercato si basa su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi pari ad oltre il 40% del ramo R.C. Generale. Va notato, comunque, che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi, alcune delle quali particolarmente attive nel settore.

Rispetto all'anno precedente i premi si sono incrementati del 5,5%: vi ha contribuito essenzialmente l'aumento di oltre otto punti percentuali 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. Pur se in misura più contenuta (+3,6% rispetto al 2010) risultano in aumento anche i premi relativi alle strutture sanitarie. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi nel periodo 2001-2011 si attesta al 7,3% (rispettivamente 5,5% per le strutture sanitarie e 10,3% per i professionisti).

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

Anno	RC Strutture Sanitarie		RC Professionale Medici		RC Medica TOTALE	
	(2)	Var. % (3)	(4)	Var. % (5)	(2)	Var. % (3)
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	262.880	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%

(*) 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 2011) 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 2011 ha sfiorato i 31.500 casi, di cui quasi i due terzi relativi a polizze stipulate dalle strutture sanitarie. Il numero dei sinistri ha registrato una riduzione del 6,7% rispetto al 2010, proseguendo la tendenza già avviata nell'anno precedente, quando diminuivano dell'1,0%; malgrado la contrazione, questo numero rimane tra i più elevati dell'ultimo decennio. A diminuire maggiormente sono stati i sinistri relativi alle strutture sanitarie (-8,1%), probabilmente come effetto della crescente attenzione posta dalle stesse nell'analisi e nel monitoraggio dei rischi sanitari e del ricorso all'autoassicurazione.

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%

(*) 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 2011) 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 2001), mediamente 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 72%), anche se occorre segnalare che parte di questi sono poi risarciti direttamente dalle strutture stesse in quanto ricadono sotto la franchigia contrattuale. 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	63,9%
1995	9.047	79,3%	4.049	68,7%	13.096	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	15.735	67,6%	5.573	61,4%	21.309	65,9%
2000	15.554	66,9%	6.407	63,6%	21.961	65,9%
2001	15.561	71,0%	6.499	57,8%	22.060	66,5%
2002	12.397	65,1%	6.805	59,5%	19.202	63,0%
2003	10.441	63,0%	6.283	57,8%	16.724	60,9%
2004	10.131	61,9%	6.736	56,2%	16.868	59,5%
2005	10.063	61,6%	6.889	56,1%	16.952	59,2%
2006	9.421	57,4%	6.411	53,6%	15.833	55,8%
2007	9.178	56,9%	7.105	53,0%	16.284	55,1%
2008	9.026	50,9%	5.643	47,6%	14.669	49,6%
2009	8.998	41,9%	5.181	41,3%	14.179	41,7%
2010	6.436	30,1%	3.557	28,9%	9.993	29,7%
2011	2.891	14,7%	2.183	18,5%	5.073	16,2%

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 18 anni, la generazione del 1994 mostra un 2,3% di sinistri che devono ancora essere definiti (oltre il 7% degli importi dell'intera generazione) a testimonianza che occorrono un numero elevato di anni per definire le controversie giudiziarie che scaturiscono da tali tipologie di danni.

TAVOLA 4 - INCIDENZA % DEL NUMERO E DELL'IMPORTO DEI SINISTRI PROTOCOLLATI AL 31/12/2011 - TOTALE R.C.MEDICA

Anno	% Numero dei sinistri		% Importo dei sinistri	
	Liquidati	Riservati	Liquidati	Riservati
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1994	97,7%	2,3%	92,9%	7,1%
1995	97,8%	2,2%	94,7%	5,3%
1996	97,1%	2,9%	94,7%	5,3%
1997	96,5%	3,5%	91,7%	8,3%
1998	95,9%	4,1%	91,6%	8,4%
1999	94,3%	5,7%	89,6%	10,4%
2000	91,2%	8,8%	86,8%	13,2%
2001	89,5%	10,5%	82,8%	17,2%
2002	86,2%	13,8%	75,8%	24,2%
2003	82,4%	17,6%	74,7%	25,3%
2004	78,7%	21,3%	66,5%	33,5%
2005	73,7%	26,3%	60,4%	39,6%
2006	69,0%	31,0%	54,1%	45,9%
2007	59,8%	40,2%	46,6%	53,4%
2008	52,8%	47,2%	38,6%	61,4%
2009	39,7%	60,3%	28,8%	71,2%
2010	24,6%	75,4%	14,2%	85,8%
2011	9,8%	90,2%	2,3%	97,7%

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 circa 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 31/12/2011 - TOTALE R.C.MEDICA

(Importi in euro)

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
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421	28.904	29.012	28.023
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488	22.687	22.676	22.190
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622	23.819	23.493	23.028
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961	32.948	31.940	31.950
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966	34.271	33.924	33.184
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571	37.281	36.511	36.584
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634	39.968	40.605	40.134
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974	40.042	40.159	37.457
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490	42.732	43.196	42.371
2003		30.306	34.379	39.475	39.080	44.521	47.241	46.169
2004		22.706	29.755	36.545	38.349	44.083	43.304	43.653
2005			26.670	33.174	35.471	42.383	42.245	41.277
2006				30.659	33.408	41.476	42.019	41.779
2007					26.670	38.266	38.816	39.537
2008						29.505	34.067	39.427
2009							25.083	33.225
2010								27.689
2011								

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 state 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 estremamente negativi per i conti tecnici del settore e, quindi, valori particolarmente 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.

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.

TAVOLA 6 - RAPPORTO "SINISTRI / PREMI" AL 31/12/2011 - 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
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1994	199%	251%	241%	251%	238%	240%	241%	237%	236%
1995	182%	212%	216%	206%	202%	201%	201%	203%	200%
1996	187%	198%	195%	191%	187%	199%	198%	195%	189%
1997	223%	320%	300%	293%	286%	336%	323%	323%	311%
1998	168%	340%	313%	288%	284%	341%	331%	323%	312%
1999	179%	262%	266%	249%	246%	330%	321%	321%	308%
2000	151%	216%	219%	208%	206%	233%	217%	214%	203%
2001	154%	218%	218%	200%	192%	215%	204%	187%	251%
2002	149%	232%	229%	199%	192%	207%	199%	275%	287%
2003		196%	199%	171%	162%	173%	177%	215%	223%
2004		145%	170%	154%	150%	144%	140%	162%	174%
2005			173%	162%	155%	133%	131%	118%	123%
2006				158%	157%	150%	141%	128%	142%
2007					140%	130%	123%	109%	117%
2008						111%	147%	138%	148%
2009							153%	155%	169%
2010								153%	177%
2011									147%

MEDIA PONDERATA RAPP. SINISTRI/PREMI AL 31.12.2011: 175%

Al 31 dicembre del 2011 il rapporto medio dei sinistri a premi per le varie generazioni si attesta al 175%. Relativamente alla generazione più recente si nota che il rapporto si attesta al 147%. 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 2011 assume valori particolarmente elevati (da 174% della generazione 2004 a oltre 310% per le generazioni 1997 e 1998);
- dalla generazione 2005 a quella 2008 il rapporto tra sinistri e premi tende a essere più contenuto, pur restando su livelli di evidente diseconomicità;
- negli ultimi tre anni disponibili (dal 2009 al 2011) il rapporto sinistri a premi, pur non raggiungendo le punte estreme degli anni dal 1994 al 2004, ha mostrato valori comunque in peggioramento rispetto agli anni dal 2005 al 2008.

Questa differenza tra generazioni di sinistri potrebbe essere determinata dal progressivo miglioramento da parte delle imprese nella capacità di stima e di previsione dei trend in atto nel settore.

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 condotta⁵ da Marsh S.p.A., primario 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:

⁵ Studio di Marsh & McLennan "3° Edition medical claims analysis of Marsh clients public hospital"

- 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.