

11 dic 2017

IMPRESE E MERCATO


Rc sanitaria/ Dai premi al «loss ratio»: le imprese si raccontano

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

di Ania (Associazione nazionale delle imprese assicuratrici)

 [Gli Ania Trends sulla Rc sanitaria](#)

Anteprima. I premi affluiti nel 2016 al mercato assicurativo per coprire i rischi legati al mondo della sanità sono ammontati a oltre 590 milioni di euro, una cifra sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente. Nello stesso periodo i sinistri denunciati alle compagnie sono stati 15.360 in contrazione (-19,6%) rispetto al 2015. È un dato quest'ultimo che però non deve trarre in inganno. Riflette soprattutto la più marcata tendenza delle strutture sanitarie a gestire in proprio ossia in autoassicurazione i sinistri, soprattutto, quelli di lieve entità (per effetto dell'applicazione di franchigie e scoperti), se non addirittura l'intero comparto della responsabilità civile medica. Nel complesso il settore della responsabilità civile sanitaria continua a essere fonte di perdita per gli assicuratori italiani, con un ammontare di risarcimenti che rimane superiore al volume dei premi incassati. I dati vengono dalla prima rilevazione completa sull'intero mercato assicurativo condotta dall'ANIA (Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici) che ha richiesto, elaborato e riconciliato i dati con l'IVASS (Autorità di Vigilanza del settore). I risultati completi sono pubblicati nello specifico Focus di "ANIA Trends". Ne è scaturita, per il periodo 2010-2016, una fotografia precisa sulla dimensione delle coperture esistenti e sull'andamento dei principali indicatori tecnici nel comparto della responsabilità civile del settore sanitario.

Per svolgere il compito di coprire i rischi altrui un assicuratore li deve conoscere o, perlomeno, prevedere con precisione. Ma, nella responsabilità civile medica, questa indispensabile base statistica finora mancava. I dati forniti in precedenza dall'ANIA risentivano di una forte componente di stima, soprattutto negli ultimi anni, a causa della minore rappresentatività del campione di compagnie italiane, alcune delle quali hanno deciso di uscire dal mercato per le perdite subite. In qualche caso sono subentrati operatori esteri che, operando in regime di libertà di stabilimento o libera prestazione di servizi, spesso non fornivano i propri dati all'Associazione.

Ora questo gap informativo, componente non secondaria della "disaffezione" delle compagnie italiane, è stato finalmente colmato. I dati contenuti nella pubblicazione di "ANIA Trends" sono rappresentativi dell'attività svolta in Italia da tutti gli operatori presenti. Per l'intero periodo preso in considerazione i principali dati di mercato sono stati ripartiti nelle tre grandi categorie di assicurati: 1) strutture sanitarie pubbliche, 2) strutture sanitarie private e 3) medici e operatori sanitari.

La nuova base statistica rappresenta anche uno strumento indispensabile per misurare gli effetti della nuova legge di riforma della responsabilità civile medica (la "Riforma Gelli") approvata in primavera dal Parlamento. La nuova normativa contiene novità importanti per prevenire gli errori connessi all'attività dei professionisti e delle strutture sanitarie, incrementare gli standard di qualità delle prestazioni sanitarie ma, al tempo stesso, anche per ridurre le incertezze entro cui si svolge l'attività sanitaria, rende molto più sereno lo svolgimento delle attività dei professionisti che operano così in un contesto di minore apprensione. Così facendo, peraltro, si disincentiva il ricorso alla "medicina difensiva" (ossia a quelle prestazioni e analisi in eccesso rispetto ai protocolli) cui i sanitari fanno spesso ricorso per evitare contenziosi legali.



[Link al Sito Web](#)

La pubblicazione dell'ANIA, che avrà cadenza annuale permetterà di valutare nel tempo gli effetti delle nuove disposizioni legislative e anche di correggere quelle norme che, alla prova dei fatti, si dimostreranno inefficaci. Ed ecco i dati.

Un mercato a macchia di leopardo. Il mercato della responsabilità civile medica è molto differenziato al suo interno. Il 95% dei premi nel complesso è raccolto da 13 compagnie, 6 delle quali estere, ma nel segmento delle strutture sanitarie pubbliche la composizione è fortemente sbilanciata a favore della componente estera (tre compagnie) con la presenza di un'unica compagnia italiana. In questo ultimo comparto tutte le imprese considerate si spartiscono un flusso di premi (284 milioni) che nel 2016 ha fatto registrare un incremento del 5,8% dopo anni di continue riduzioni. Dal 2010 al 2016 la raccolta si è quasi dimezzata, da 514 a 284 milioni, riflettendo soprattutto la tendenza delle ASL ad autoassicurarsi o a limitare il ricorso all'assicuratore ai rischi più gravi. Il numero delle strutture pubbliche assicurate è passato dalle 1.400 del 2010 alle 721 del 2016. D'altra parte anche le compagnie si sono mostrate sempre più riluttanti a offrire coperture, a causa delle perdite subite negli anni precedenti e a causa delle incertezze del quadro normativo. Più equilibrata è la composizione del segmento rivolto alle strutture sanitarie private dove il 95% dei premi è ripartito fra 4 operatori nazionali sui 9 complessivi. In questo caso l'ammontare dei premi totali nel periodo considerato è aumentato (da 80 a 93 milioni) sia pure con risultati molto variabili da anno in anno. Un trend positivo ha caratterizzato, infine, l'andamento della responsabilità civile del personale sanitario e medico dove i premi sono passati dai 140 milioni del 2010 ai 215 del 2016 nonostante la battuta d'arresto (-10,4%) dell'ultimo anno. Forte è stata la crescita della platea degli assicurati il cui numero si è incrementato del 77% in 7 anni, dalle 172mila unità del 2010 alle 303mila unità del 2016. In questo segmento di mercato sono le imprese domestiche (11 su 14) a raccogliere il 95% dei premi.

Il settore della responsabilità civile medica è stato esposto negli ultimi anni a diverse criticità che hanno reso sempre più complessa l'assicurazione dei rischi. In particolare, si è assistito a una crescita costante del costo medio dei sinistri e a un abnorme incremento del contenzioso giudiziario. I prezzi delle coperture conseguentemente sono lievitati, in una spirale senza fine che non è comunque riuscita a evitare, come vedremo, forti perdite a carico delle compagnie. Proprio per rompere questa spirale il Parlamento è intervenuto a più riprese negli ultimi anni, prima con il decreto Balduzzi (2012) e da ultimo, appunto, con la riforma Gelli (2017).

Sinistri in diminuzione. Il primo indicatore per valutare l'andamento di un mercato assicurativo è costituito dal numero dei sinistri che, per la responsabilità civile medica, ha mostrato negli anni una costante diminuzione. Dalla rilevazione di ANIA Trends risulta che il numero di sinistri denunciati si è sostanzialmente dimezzato nel periodo 2010-2016 passando dai 30mila casi del 2010 ai 15.360 dell'ultimo anno della rilevazione. La diminuzione più marcata si è manifestata nel comparto delle strutture pubbliche ma ha "contagiato" anche i segmenti delle strutture private e degli operatori sanitari e professionisti medici. Anche in questo caso, comunque, occorre evitare facili conclusioni. Le politiche di contenimento delle spese assicurative poste in essere dalle Asl negli ultimi anni le hanno spinte a gestire in proprio i sinistri che, dunque, sono usciti dal perimetro statistico censito dall'ANIA. I trattati assicurativi hanno incluso progressivamente meccanismi di compartecipazione ai danni (con l'introduzione di scoperti e franchigie) che indubbiamente hanno agito sui comportamenti degli assicurati promuovendo una maggiore disciplina. Inoltre gli aggregati presi in considerazione per la rilevazione non sono omogenei al loro interno. Nelle strutture pubbliche, ad esempio, sono inclusi anche centri diagnostici e quelli per le analisi di laboratorio normalmente meno coinvolti in casi di errori medici. Anche nel personale sanitario sono state sommate assieme le diverse categorie di medici (tutte con una diversa rischiosità) con infermieri e altro personale sanitario, meno esposti al rischio medico. Considerazioni analoghe varranno, più avanti, nel valutare l'incremento del costo medio dei sinistri.

Rapportando il numero dei sinistri denunciato ai numeri dei rischi assicurati si ricava un indicatore sintetico di sinistrosità più idoneo a rappresentare i reali trends dell'andamento tecnico dell'assicurazione medica. Anche in questo caso la freccia è orientata verso il basso con un indice di sinistrosità che, nel periodo considerato, si è sostanzialmente dimezzato per le strutture pubbliche, si è ridotto di un quarto per quelle private e del 40% nel caso del personale sanitario.

Particolarmente significativo per valutare l'andamento della responsabilità civile medica è poi il fenomeno dei cosiddetti sinistri senza seguito, cioè quelle denunce che non sono seguite da un risarcimento o perché l'esito di accertamenti e di contenziosi legali porta a escludere la responsabilità degli assicurati, o perché la responsabilità di un sinistro attribuita in un primo tempo in modo indistinto a strutture e operatori sanitari (dando luogo ad un significativo numero di duplicazione di denunce) viene in seguito

[Link al Sito Web](#)

indirizzata in modo più appropriato. È probabile che il nuovo quadro normativo determinato dalla Riforma Gelli inciderà su queste dinamiche perché, modificando la natura della responsabilità medica - rimarrà contrattuale con prescrizione decennale per le strutture sanitarie mentre diventerà extracontrattuale per i medici con prescrizione quinquennale e inversione dell'onere della prova - le denunce per errori medici saranno più facilmente e velocemente indirizzate per le strutture sanitarie. Al momento, comunque, quello delle denunce senza seguito continua a rimanere un fenomeno rilevante. Esaminando le generazioni più mature di denunce (dal 2010 al 2013) la rilevazione di ANIA Trends mostra che circa la metà dei sinistri denunciati viene chiusa senza un risarcimento.

Il costo medio dei risarcimenti in continua crescita. Per queste considerazioni è opportuno concentrare l'analisi sui sinistri con seguito (ossia quei sinistri che hanno dato o daranno luogo in futuro a un pagamento) al fine di comprendere le vere dinamiche della responsabilità civile medica. Ebbene, entra qui in gioco un'altra variabile significativa che attiene alla velocità di liquidazione dei sinistri. Questa, ovviamente, ha a che vedere con il livello di complessità dei medesimi, con l'avvio di contenziosi giudiziari e anche l'evoluzione dei danni conseguenti a episodi di presunti errori medici. Nel corso degli anni aumenta la percentuale dei sinistri liquidati e diminuisce quella dei sinistri riservati per i quali l'assicuratore accantona prudentemente la somma che presumibilmente dovrà risarcire. La rilevazione di ANIA Trends mostra, analizzando i sinistri con seguito denunciati nel 2010, che a distanza di sette anni dalla denuncia rimanevano ancora da liquidare il 26% dei sinistri per un importo di riserva pari al 35,5% del costo totale dei sinistri relativi a quell'anno di generazione. Fra i tre settori analizzati è quello del personale sanitario ad avere l'incidenza più alta di sinistri da liquidare (sia come numero che come importo) per la generazione di denuncia sinistri più matura (2010); infatti, per quell'anno di denuncia, dopo 7 anni di sviluppo, risultano ancora da pagare il 29% dei sinistri (mentre sono il 24% per le strutture pubbliche e il 26% per quelle private) che incidono però oltre la metà di tutto il costo dei sinistri di quell'anno (per le strutture sanitarie invece l'incidenza del costo riservato è circa un terzo del costo sinistri totale). Le più elevate percentuali degli importi di riserva rispetto al numero di sinistri ancora da liquidare conferma che sono proprio i casi dei danni più complessi e potenzialmente più "costosi" che vengono liquidati con i tempi più dilatati.

Tutto ciò trova un'ulteriore conferma nello sviluppo negli anni del costo medio dei sinistri con seguito di una stessa generazione. Nel totale della responsabilità civile medica l'importo medio dei sinistri denunciati nel 2010 è passato dai circa 31mila euro liquidati entro un anno dalla denuncia ai 53mila euro di quelli liquidati dopo sette anni. Significativi sono gli importi per le diverse categorie di assicurati. Nel caso delle strutture sanitarie pubbliche gli importi liquidati dopo sette anni ammontano in media a 62 mila euro, più del doppio degli importi liquidati per i sinistri che coinvolgono il personale sanitario (29mila euro).

Tra i protocolli professionali del mercato assicurativo rientra un periodico check delle denunce di sinistri non ancora liquidati per i quali la compagnia aggiorna le riserve incorporando le ultime informazioni di cui dispone al fine di avere una stima precisa di quanto dovrà pagare al momento del risarcimento. Prese in considerazione non sono soltanto le valutazioni dei periti o l'andamento delle liti giudiziarie. Sono valutati, ad esempio, anche i cambiamenti del quadro normativo che possono influire sui risarcimenti futuri. Anche questo indicatore è finito sotto la lente dell'indagine statistica. L'analisi ha mostrato che l'importo dei sinistri riservati di una stessa generazione più che raddoppia nel corso degli anni passando, in media, dai 32 mila euro nel primo anno dalla denuncia (per gli eventi denunciato nel 2010) ai circa 73mila euro riservati dopo 7 anni.

La riforma alla prova del Loss Ratio. Una simile crescita degli importi dei sinistri liquidati e riservati spiega perché il ramo della responsabilità civile medica continua a riservare perdite agli assicuratori della penisola. Al dicembre 2016 il rapporto medio dei sinistri a premi (Loss Ratio) per le varie generazioni è risultato sempre superiore al 100% con un picco nel 2013 (133%). Soltanto per l'ultimo anno della rilevazione il Loss Ratio si è attestato al disotto della soglia di perdita tecnica (91%) ma, ovviamente, il dato è esposto alla successiva evoluzione nel tempo dei sinistri presi in gestione. Per i sinistri di maggiore anzianità, quelli denunciati nel 2010, il Loss Ratio più elevato (176%) si registra nel comparto delle strutture sanitarie private, quello più basso per le coperture del personale sanitario (80%).

Sono questi i dati da cui partire per valutare gli effetti della riforma Gelli che, approvata dal Parlamento, sta compiendo di recente i primi passi. L'obiettivo, come s'è detto, è quello di promuovere prevenzione e più elevati standard qualitativi del servizio sanitario per limitare i casi di errori medici riducendo i risarcimenti che gli assicuratori sono

[Link al Sito Web](#)

chiamati a pagare e, in definitiva, anche i premi richiesti a medici ed aziende sanitarie per le coperture assicurative. Intanto, fin d'ora, sia le compagnie sia i propri clienti potranno contare su una base statistica finalmente affidabile per poter verificare progressi e battute d'arresto nell'obiettivo di porre un argine ai costi della responsabilità civile medica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA
