

La tutela del soggetto danneggiato e il risarcimento del danno: il mercato assicurativo della responsabilità civile sanitaria dopo l'introduzione della L.24/2017

Antonio Rosario De Pascalis ■ Direttore Centrale IVASS - Capo del Servizio Studi e Gestione Dati*

La legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Gelli), intitolata “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”

doveva raggiungere diversi obiettivi, tra cui la diffusione delle coperture assicurative nel settore della responsabilità civile sanitaria, anche attraverso una riduzione del rischio.

A sei anni dalla sua approvazione proviamo a fare una ricognizione per verificare se tale obiettivo è stato raggiunto.

Ci sarà d'aiuto il bollettino statistico IVASS n.14/22¹ da cui sono tratti i dati di seguito evidenziati.

Come noto, il rischio assicurativo della r.c. sanitaria è compreso nel più ampio ramo della r.c. generale. Nel 2021 i premi raccolti per l'r.c. sanitaria ammontavano a circa 646 milioni di euro, con un'incidenza di oltre il 13% sulla raccolta del ramo della r.c. generale²; tale incidenza è in calo rispetto al 2017: la raccolta dell'r.c. generale è cresciuta significativamente negli ultimi 5 anni, mentre la crescita per l'r.c.

sanitaria è stata più contenuta. La raccolta premi del settore è piuttosto concentrata: nel 2021 il 79% delle coperture assicurative è stata sottoscritta da sole 5 imprese. La concentrazione è ancora maggiore se teniamo conto delle polizze sottoscritte dalle strutture pubbliche. Peraltro, la raccolta premi presso le strutture sanitarie pubbliche è in forte calo rispetto al 2010 (-52%), a fronte del ricorso da parte di un sempre maggior numero di strutture a forme di auto-ritenzione del rischio. È utile infatti ricordare che la L. 24/2017, in alternativa all'obbligo di dotarsi di una copertura assicurativa contro i rischi della responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, concede la possibilità alle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private di adottare a tal fine misure alternative e, più precisamente, di gestire direttamente il rischio (auto-ritenzione del rischio, spesso impropriamente definita autoassicurazione).



Nel 2021 il 79% delle coperture assicurative è stata sottoscritta da sole 5 imprese.

*Le opinioni espresse in questo articolo sono attribuibili solo all'autore e non impegnano in alcun modo la responsabilità dell'Istituto di appartenenza.

¹ https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/bollettino-statistico/2022/n_14_2022/Bollettino_rcg_rcsanitaria.pdf

² L'incidenza è calcolata con riferimento alla raccolta delle imprese vigilate dall'IVASS e delle imprese SEE ammesse a operare in Italia in regime di stabilimento.

Figura 1. Quota r.c. sanitaria sulla raccolta r.c. generale

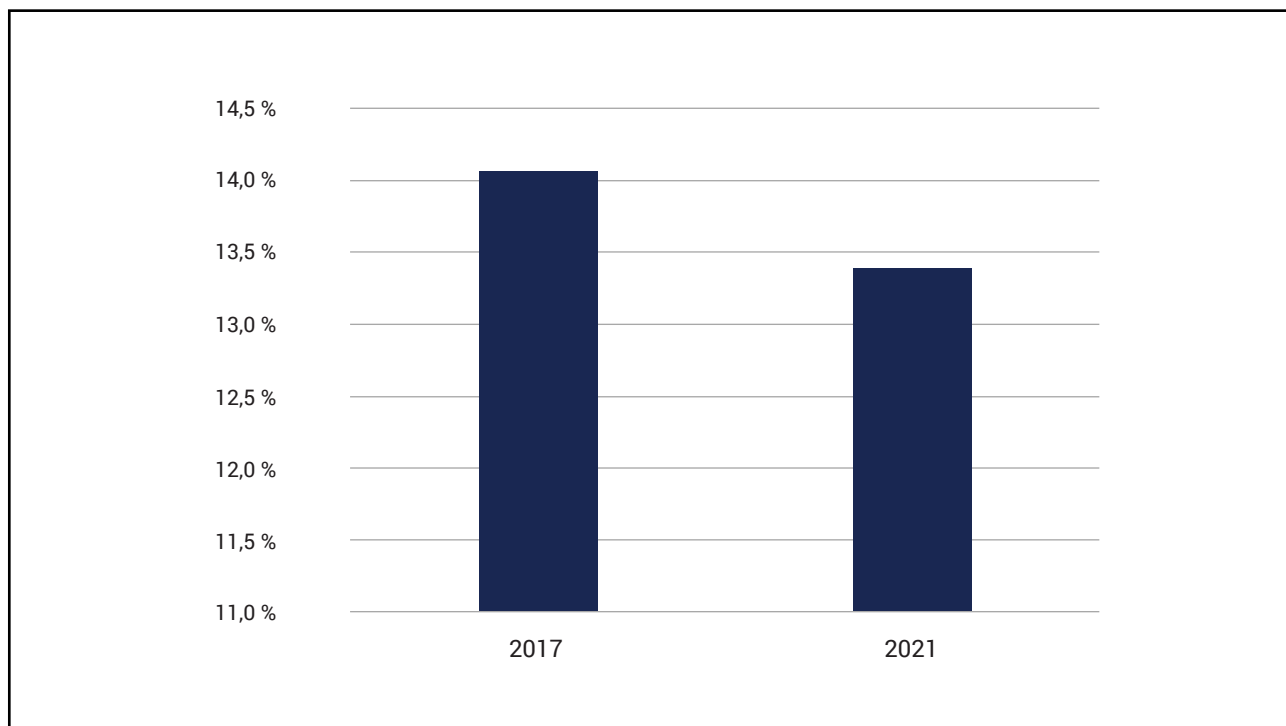
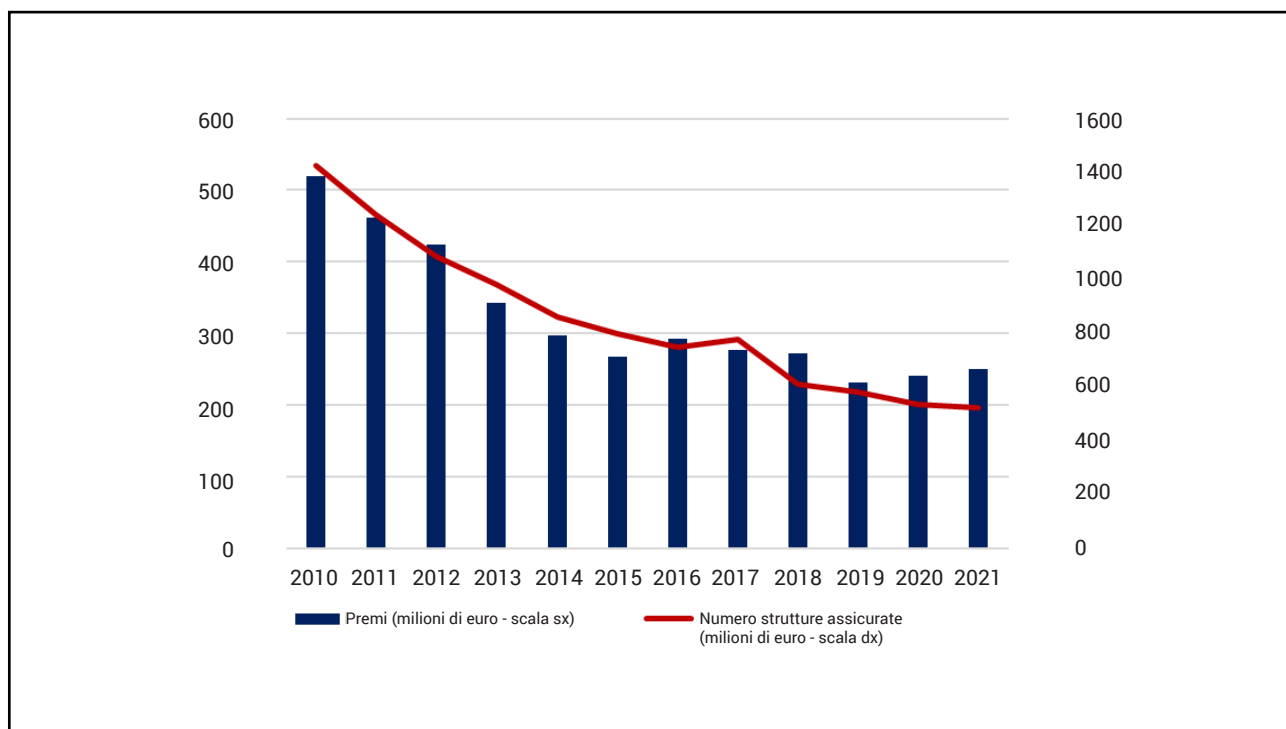


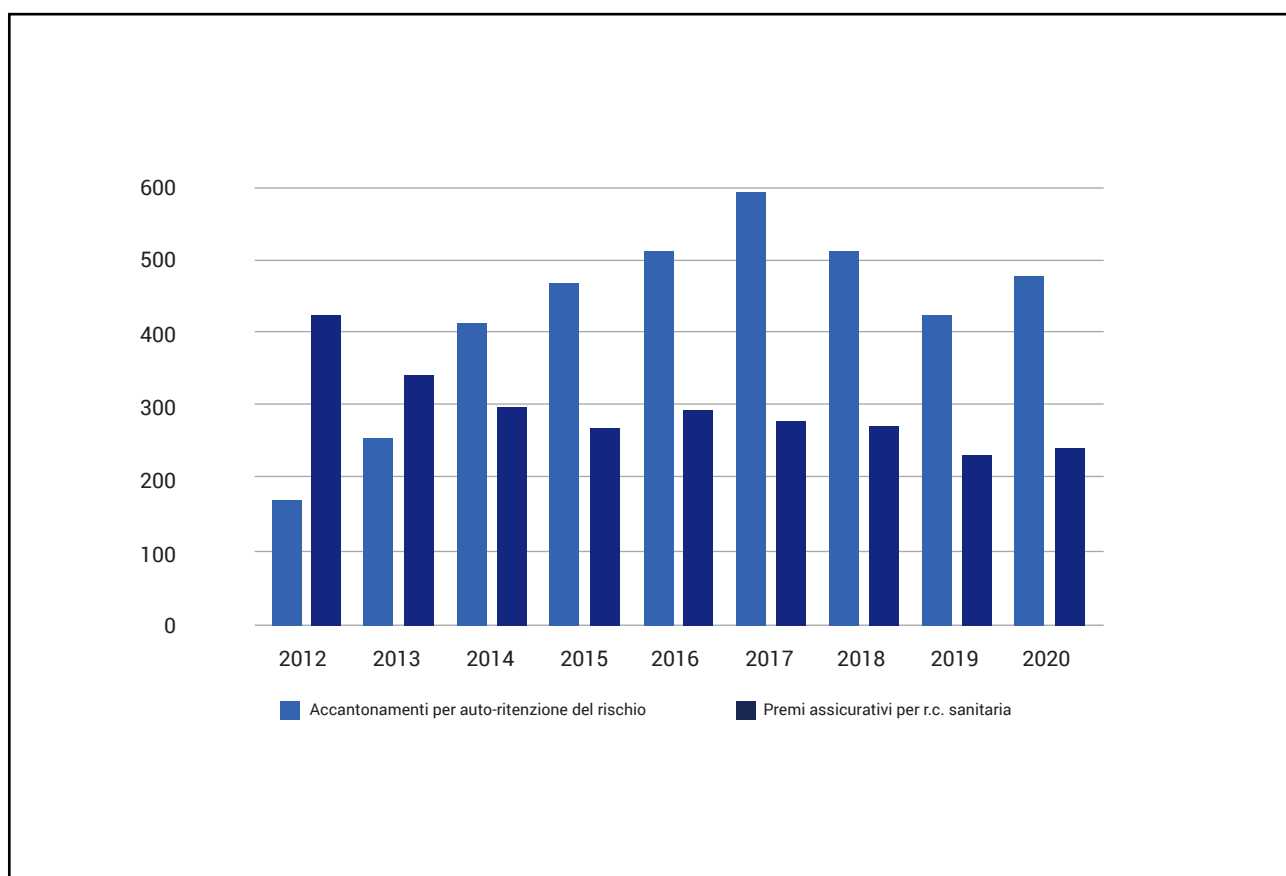
Figura 2. R.c. Sanitaria delle strutture pubbliche: premi e unità assicurate



Evidentemente, a fronte dell'osservata progressiva riduzione del ricorso alla copertura assicurativa, nel periodo 2014-2020³ assistiamo a un maggior utilizzo da parte delle strutture sanitarie pubbliche a forme di auto-ritenzione del rischio. Come già osservato, infatti, le strutture sanitarie possono gestire

internamente, in tutto o in parte, il rischio di r.c. sanitaria, costituendo fondi specificatamente destinati a risarcire i pazienti che hanno subito errori sanitari, alimentati da accantonamenti annuali⁴. Il Ministero della Salute rende disponibili dati relativi a fondi e accantonamenti delle strutture sanitarie pubbliche⁵.

Figura 3. r.c. Sanitaria delle strutture pubbliche: raccolta premi e accantonamenti per auto-ritenzione del rischio a confronto, 2012-2020



³ I dati pubblicati dal Ministero della Salute con riferimento all'auto-ritenzione del rischio sono aggiornati al 2020.

⁴ Il sistema di gestione della r.c. sanitaria alle strutture sanitarie pubbliche è eterogeneo e in molte regioni italiane coesistono, anche nella stessa struttura, forme di auto-ritenzione del rischio e coperture assicurative acquisite presso le imprese di assicurazione. Una forma mista tipicamente adottata prevede l'utilizzo dell'auto-ritenzione per valori del sinistro al di sotto di una certa soglia e l'intervento di un risarcimento di tipo assicurativo per i sinistri di valore superiore. Si veda al riguardo il rapporto dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) "Monitoraggio delle denunce di sinistri 2015 - Rapporto Annuale - novembre 2016".

⁵ I dati fanno riferimento alle relative voci del conto economico delle Aziende unità sanitarie locali, Aziende ospedaliere, degli IRCCS, delle Aziende ospedaliere universitarie e della gestione sanitaria accentrata.

Tuttavia, risulta singolare, o quanto meno controintuitivo, osservare che sia gli accantonamenti per auto-ritenzione del rischio, sia la spesa per l'acquisto di polizze assicurative, si riducono in modo non trascurabile dal 2017 al 2020 (anno di piena pandemia). Nel 2020 le strutture sanitarie pubbliche hanno accantonato fondi per un importo di 478,2 milioni di euro, in aumento rispetto al 2019 (+13,6%) ma in riduzione del 19% rispetto al 2017, quando ha raggiunto il suo massimo. La consistenza dei fondi accantonati al 2020 è pari a 2.265 milioni.

Si rilevano differenze nell'accumulo di fondi tra le singole aree geografiche. In rapporto

alla popolazione residente, il livello dei fondi accantonati per abitante risulta comparabile per il Nord e il Sud (40 euro per abitante) e più contenuto al Centro (30 euro).

Tuttavia, anche se il confronto tra macro aree territoriali non presenta rilevanti difformità, tra le singole regioni le differenze sono marcate. Soltanto in due regioni (Valle d'Aosta e Molise) non si adottano forme di auto-ritenzione del rischio. In rapporto al numero di abitanti, la consistenza maggiore dei fondi accantonati si registra per l'Umbria (83,1 euro per abitante), seguita dal Veneto (78,6 euro per abitante) e dalla Sicilia (70 euro).

Tabella 1. Auto-ritenzione del rischio per la r.c. sanitaria delle strutture pubbliche-accantonamenti e fondi di copertura per Regioni e Province autonome (2020) (totali in migliaia di euro, valori per abitante in euro)

Regioni e Province autonome	Accantonamenti			Fondi di copertura		
	Totale	%	Per abitante	Totale	%	Per abitante
Piemonte	2.074	0,4	0,5	107.266	4,7	25,1
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-
Lombardia	71.053	14,9	7,1	342.951	15,1	34,4
PA di Bolzano	-	-	-	34	..	0,1
PA di Trento	3.101	0,6	5,7	30.841	1,4	56,9
Veneto	100.983	21,1	20,7	382.539	16,9	78,6
Friuli V. Giulia	-	-	-	337	..	0,3
Liguria	24.847	5,2	16,4	2.877	0,1	1,9
Emilia-Romagna	63.871	13,4	14,4	257.242	11,4	58,0
Toscana	-	-	-	18.972	0,8	5,1
Umbria	11.662	2,4	13,5	71.961	3,2	83,1
Marche	5.500	1,2	3,7	30.043	1,3	20,1
Lazio	39.691	8,3	6,9	237.235	10,5	41,4
Abruzzo	5.193	1,1	4,1	7.545	0,3	5,9
Molise	-	-	-	-	-	-
Campania	67.952	14,2	12,1	289.967	12,8	51,6
Puglia	32.526	6,8	8,3	102.342	4,5	26,0
Basilicata	1.309	0,3	2,4	13.214	0,6	24,2
Calabria	1.300	0,3	0,7	2.695	0,1	1,4
Sicilia	32.920	6,9	6,8	338.176	14,9	70,0
Sardegna	14.209	3,0	8,9	28.642	1,3	18,0
Totale Italia	478.190	100,0	8,1	2.264.876	100,0	38,2

In presenza di regole chiare e uniformi sugli accantonamenti, tale evidenza potrebbe riflettere diversi fattori, quali ad esempio i differenti livelli di rischio sanitario e l'eterogeneità dell'offerta assicurativa. Queste variabili potrebbero influire sulla decisione di ricorrere a forme di auto-ritenzione del rischio e determinare l'applicazione di politiche di accantonamento differenziate nelle varie aree del Paese.

Con riferimento alle regole sulla gestione del rischio in auto-ritenzione si segnala che la L. 24/2017 prevede che debbano essere stabiliti con Decreto Ministeriale i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio (auto-ritenzione del rischio); il decreto deve disciplinare anche le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati. Nonostante l'iter per l'introduzione del decreto sia stato avviato già da molto tempo, a oggi non è ancora stato approvato.

Un'altra differenza tra la gestione del rischio in auto-ritenzione e il ricorso alla copertura assicurativa è costituita dalla fiscalità: i premi assicurativi sono assoggettati all'imposta sulle assicurazioni pari al 21,25%, cui bisogna sommare un ulteriore 1% destinato al fondo anti-racket. Di conseguenza, circa un quarto dei premi versati per ciascun contratto assicurativo è assorbito da fiscalità e parafiscalità; gli accantonamenti necessari nei casi di auto-ritenzione del rischio non sono invece assoggettati ad alcun ulteriore contributo. Si rileva, pertanto, un diverso regime (con effetti sui costi) delle due diverse forme di copertura del rischio sanitario nonostante, in entrambi i casi, possa essere immaginabile una traslazione complessiva dei costi a carico dei fruitori dei servizi sanitari (nella forma di ticket o parcelle per prestazioni), ovvero più in generale nei confronti di tutti i contribuenti (nei casi di traslazione sulla fiscalità generale). Nella rilevazione annuale dell'IVASS, realizzata presso le imprese abilitate all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia nel ramo cui sono riferiti i rischi da r.c. sanitaria, vengono chiesti agli operatori del mercato quali siano gli ostacoli allo sviluppo del mercato assicurativo nel settore. Le principali cause, sistematicamente

riproposte dagli intervistati in questi ultimi anni, sono ascrivibili a:

- Incertezza sull'evoluzione giurisprudenziale, in un settore caratterizzato da una significativa diffusione del contenzioso;
- Insufficiente profittabilità del settore, in particolare per le strutture pubbliche;
- Incertezza nella quantificazione del rischio, per il lungo tempo di definizione dei sinistri.

Con riferimento alla profittabilità del settore, a fine 2021 il rapporto medio dei sinistri a premi (loss ratio) del mercato dell'r.c. sanitaria è risultato superiore o prossimo al 100% per i sinistri più remoti, mentre risulta inferiore al 100% per le generazioni di sinistri più recenti (accaduti dal 2014 in poi). Per i sinistri del 2021 si evidenzia un loss ratio elevato per le strutture sanitarie pubbliche (114,3%), mentre il settore del personale sanitario presenta il valore più contenuto (53,4%).

Un altro elemento che incide invece sull'incertezza dei costi dei sinistri è determinato dall'assenza di una tabella di legge di riferimento per la liquidazione delle lesioni che determinano invalidità permanenti di non lieve entità (oltre il 9 %, cd. macro-permanenti); quest'ultima incertezza è anche causa del più frequente ricorso al contenzioso che, come noto, in Italia ha tempi di definizione molto lunghi.



Anche in questo caso il Decreto Ministeriale, che colmerà il vuoto legislativo e che dovrebbe soddisfare l'esigenza di certezza negli importi dei risarcimenti, dovrebbe essere in dirittura d'arrivo. Un ultimo elemento, che forse potrebbe avere il peso più significativo tra le determinanti di prezzo, è costituito dalla gestione del rischio realizzata dalle strutture sanitarie; è questo probabilmente un ambito di collaborazione pubblico-privato tra tutti i vari attori del mercato della responsabilità civile sanitaria che presenta i maggiori margini di miglioramento. Attraverso la stesura e l'adozione di modelli di riferimento per la gestione del rischio che consentano un contenimento dei rischi e dei costi dei risarcimenti e, di conseguenza, dei relativi prezzi delle coperture assicurative.

Una più attenta e oculata gestione del rischio, accompagnata dall'approvazione dei decreti ministeriali attesi, potrà auspicabilmente portare anche all'ingresso di nuovi competitors nello specifico comparto del mercato assicurativo, a beneficio di tutto il settore sanitario e, più in generale, dei pazienti e dei contribuenti.

Un'altra differenza tra la gestione del rischio in auto-ritenzione e il ricorso alla copertura assicurativa è costituita dalla fiscalità.

Figura 4. Rapporto sinistri a premi per sotto-settore per la generazione dei sinistri 2021 (%)

