

SANITÀ

UN CHECK UP ALLA RC SANITARIA

di Cinzia Altomare



IL NUOVO STUDIO DELL'ANIA, EFFETTUATO IN CONTEMPORANEA CON UN'ANALOGA RICERCA DELL'IVASS, EVIDENZIA I DATI SULL'ANDAMENTO DEL PORTAFOGLIO DAL 2010 AL 2016: I SINISTRI SONO IN CALO MA SEMPRE PIÙ COSTOSI, MENTRE LA RAGIONE DELL'ABBANDONO DEL MERCATO RISIEDA NELLA LOSS RATIO

I motivi della crisi che ha investito l'assicurazione della responsabilità sanitaria nel nostro Paese sono stati a più riprese analizzati e illustrati dall'**Ania**, che nel corso degli anni ha pubblicato i risultati di uno studio sull'andamento del portafoglio di Rc medica, dal 1994 ai nostri giorni. Per quanto influenzato dalla progressiva uscita dal mercato di numerose imprese italiane a favore di assicuratori stranieri, questo prezioso rapporto ha consentito agli addetti ai lavori di monitorare un campione statistico abbastanza significativo (equivalente al 47% delle compagnie attive nel ramo della responsabilità civile generale), ed è risultato di grande aiuto per comprendere l'evoluzione di questa classe di rischi nel nostro Paese.

Tuttavia, l'ultimo aggiornamento pubblicato al termine del 2017 (*Ania Trends, Focus Rc Sanitaria, novembre 2017*), presenta una serie di novità importanti, avendo potuto beneficiare dei dati forniti dall'**Ivass** in un analogo rapporto (*Bollettino statistico, I rischi da responsabilità civile sanitaria in Italia 2010-2016*), stavolta non più relativo a un campione di imprese, ma a tutto il mercato italiano.

Il perimetro dell'analisi è risultato così assai più ampio, e comprende le polizze che coprono la responsabilità civile di tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche sia private. In questa nuova rilevazione, inoltre, sono state incluse anche le case di riposo, i laboratori di analisi, i centri diagnostici e le Università, che non erano comprese nei precedenti studi dell'associazione. Infine, rientrano nello studio le polizze che coprono la Rc professionale di tutte le figure che operano in ambito sanitario, mentre le precedenti rilevazioni Ania si limitavano alla sola categoria dei medici.

I PREMI CHE CALANO E QUELLI CHE AUMENTANO

Lo studio concerne rischi assicurati, premi e sinistri dal 2010 al 2016. L'ammontare complessivo dei premi contabilizzati nel 2016 è stato pari a 592,3 milioni di euro, con un'incidenza del 15% circa sul volume premi del ramo assicurativo della Rc generale, che nello stesso anno ha registrato una raccolta complessiva di circa 4,2 miliardi di euro.

Nel periodo osservato, inoltre, si nota una diminuzione del volume totale dei premi, da 734 a 592 milioni, quasi certamente dovuto al calo dei premi delle strutture sanitarie pubbliche che hanno scelto la via dell'autoassicurazione. Risultano invece complessivamente in aumento i premi del personale sanitario (+53%) e quelli delle strutture sanitarie private (+17,2%).

Le dinamiche all'interno delle tre categorie analizzate sono piuttosto differenti. Nel 2016, infatti, il volume dei premi delle strutture sanitarie pubbliche (pari a 283,9 milioni di euro) è risultato in aumento del 5,8% rispetto all'anno precedente, dopo un lungo periodo di riduzioni. Anche quello relativo alle strutture sanitarie private (con un volume di poco superiore ai 90 milioni di euro) è risultato in crescita del 10,1%, mentre i premi relativi alle coperture del personale sanitario hanno registrato una contrazione del 10,4%, attestandosi sui 215 milioni circa.

Su circa 90 imprese operanti nel ramo della Rc generale, solo 39 hanno sottoscritto premi di Rc medica nel corso del 2016, rivelando un mercato estremamente compresso, soprattutto per l'assicurazione delle strutture pubbliche, dove la presenza delle imprese assicurative italiane si è pressoché azzerata, con il 95% della raccolta effettuata da tre imprese estere, contro una

sola compagnia italiana. Nel comparto delle strutture private, invece, il 95% dei premi raccolti è ripartito al 60% tra imprese italiane e il restante 35% fra assicuratori esteri. Le compagnie italiane risultano più presenti soprattutto nelle coperture del personale sanitario, con oltre tre quarti dei premi sottoscritti.

La tendenza a prediligere forme di autoassicurazione da parte di alcune regioni italiane ha comportato la progressiva riduzione del numero di strutture pubbliche coperte da oltre 1.400 unità nel 2010 a 721 nel 2016. Anche le strutture private assicurate sono risultate in diminuzione nello stesso periodo ma in una proporzione assai più contenuta (da 5.505 a 4.195 unità). Per effetto dell'introduzione dell'obbligo di assicurarsi, è risultato invece in forte crescita il personale sanitario assicurato, passato da circa 172 mila a quasi 303 mila unità (fonte: Ania Trends, novembre 2017).

L'ANDAMENTO TECNICO

Un dato finalmente positivo è costituito dalla riduzione del numero totale dei sinistri denunciati, che si è sostanzialmente dimezzato, passando dai circa 30 mila nel 2010 a 15.360 nel 2016.

Nello stesso periodo sono diminuiti anche i sinistri denunciati dalle strutture sanitarie private (-41%) mentre quelli denunciati sulle polizze del personale sanitario hanno registrato una crescita complessiva piuttosto contenuta (+5%).

Inoltre, se rapportiamo il numero dei sinistri denunciati al numero dei rischi assicurati, è possibile ottenere un indicatore sintetico di sinistrosità (definito *frequenza sinistri*) assai più positivo. La **frequenza sinistri**, infatti:

- **si è più che dimezzata per le strutture sanitarie pubbliche**, che passano da una media di quasi 12 sinistri a struttura del 2010 a 5,3 sinistri del 2016;
- **si è ridotta di quasi un quarto per le strutture sanitarie private**, che registravano in media un sinistro all'anno nel 2010 e 0,7 nel 2016;
- **è diminuita del 40% per il personale sanitario**, che presentava un indice di sinistrosità del 4,7% nel 2010, che si è ridotto al 2,8% nel 2016.

A tale abbattimento della sinistrosità hanno contribu-

ito l'ampio ricorso a meccanismi di partecipazione al rischio da parte dell'assicurato, come Sir e franchigie, e una forte spinta verso il miglioramento della gestione del rischio, che ha caratterizzato la politica di molte strutture ospedaliere, sia pubbliche sia private. In questo senso è assai rilevante lo sforzo prodotto dall'intero servizio sanitario nazionale, a partire dalla legge 24/2017 Gelli.

MOLTI I SINISTRI SENZA SEGUITO

Ma le coperture assicurative della responsabilità medica sono anche caratterizzate da un'elevata incidenza di sinistri che, una volta denunciati, non danno luogo ad alcun risarcimento. È possibile, infatti, che il lungo processo di accertamento dell'eventuale responsabilità del sanitario si risolva nella completa assoluzione del professionista (o della struttura), e che venga appurato che in realtà il danno non è stato causato da alcun atto di negligenza. Ma il dato più significativo è fornito dall'incidenza di questi *sinistri chiusi senza seguito*, rispetto al numero di eventi inizialmente denunciato.

Se si esaminano le generazioni più *mature* (fino al 2013), si osserva che alla fine del 2016 più della metà dei sinistri denunciati alle compagnie risulti poi chiuso senza alcun pagamento. Considerando l'anno di denuncia 2010 si può notare come il numero complessivo dei sinistri, pari a 25.625 alla fine del primo anno, arrivi poi a 15.780 dopo sette anni.

Questo procedimento definito "sviluppo" o "triangolazione" dei dati è di estrema importanza, perché permette di seguire, anno dopo anno, l'evoluzione di un dato a partire dalla sua protocollazione, per effetto degli aggiustamenti apportati al termine di ciascun anno di vita del dato stesso. Le triangolazioni degli importi dei sinistri pagati e riservati tengono infatti conto della revisione delle riserve effettuata dai liquidatori al termine di ciascun anno, in base agli importi effettivamente liquidati per i sinistri pagati e degli eventuali aggiustamenti dovuti a fenomeni inflattivi, oppure a mutamenti nelle voci che concorrono al risarcimento per i sinistri ancora a riserva.

Ma un fattore che causa grandi difficoltà agli assicuratori è la lunghissima durata di questo tipo di sinistri. Le percentuali relative ai sinistri liquidati sono assai più

basse per le generazioni più recenti, in quanto sono ancora incerte sia l'effettiva responsabilità dell'assicurato sia l'entità del danno, ma crescono col crescere dell'anzianità dei sinistri stessi. La cosa notevole è che a sette anni dalla denuncia debba ancora essere definita una percentuale rilevante di sinistri. Il personale sanitario rivela l'incidenza più alta: per la generazione di denuncia più matura (il 2010), dopo sette anni di sviluppo risulta ancora da pagare il 29,3% dei sinistri rubricati.

Si tratta dell'effetto *long tail* delle coperture della responsabilità civile, che nella responsabilità medica raggiunge dimensioni particolarmente significative.

I costi associati alla gestione di sinistri di tale durata sono elevatissimi, e gli assicuratori devono inoltre porre a riserva un cospicuo capitale per bilanciare la loro presenza in portafoglio, al fine di rispettare i parametri dettati dall'organo di vigilanza per il mantenimento del margine di solvibilità.

LE RAGIONI DELL'ABBANDONO

Uno dei fattori più determinanti per l'abbandono del mercato da parte degli assicuratori è senz'altro costituito dall'elevato costo medio dei sinistri da Rc medica nel nostro Paese e dal loro sviluppo nel tempo.

Infatti, analizzando i tre settori oggetto dello studio per ciascuna generazione di sinistri, il costo medio degli stessi, mano a mano che le informazioni si consolidano e aumenta il numero di sinistri liquidati, continua a crescere.

Ciò è dovuto all'estrema difficoltà nel valutare le menomazioni fisiche oggetto della copertura, e all'insufficienza di informazioni disponibili al momento del verificarsi dell'evento dannoso, da riparametrarsi sulla lunghissima durata di questo tipo di sinistri.

Inoltre, è necessario tener conto della continua evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di risarcimento del danno alla persona, che rende estremamente complessa una stima corretta dell'importo liquidabile da parte degli assicuratori.

Pertanto, se per le strutture pubbliche le imprese registravano nel 2010 un costo medio per sinistro di 36.746 euro, già a distanza di quattro anni tale valutazione era aumentata di quasi il 60%, attestandosi

a 58.113 euro, per poi continuare a crescere, fino ad arrivare ai 61.582 euro che sono oggi considerati il costo medio *ultimo* per quella generazione di sinistri.

Analogo andamento si osserva per le strutture sanitarie private, mentre le coperture del personale sanitario rivelano incrementi assai più modesti, e possono considerarsi sostanzialmente stabili.

Altra tendenza che si evidenzia è l'aumento dell'indicatore del costo medio dei sinistri a parità di anno di protocollazione, in particolare per quanto attiene le strutture sanitarie.

Per le strutture pubbliche, ad esempio, il costo medio per sinistro all'apertura risultava pari a 36.746 euro nel 2010, ma il valore dello stesso sinistro aperto nel 2016 è pari a 87.067 euro.

L'elevato costo medio dei risarcimenti, per altro crescente nel tempo, continua purtroppo a determinare risultati assai negativi sul piano tecnico, nonostante si sia registrato il calo del numero delle denunce di cui abbiamo parlato. Per quanto si riduca il numero totale e la frequenza dei sinistri, infatti, la *loss ratio* resta quasi sempre superiore al 100% per tutto il periodo dello studio.

Com'è noto, il rapporto *sinistri / premi* indica in percentuale l'ammontare pagato o riservato per sinistri, rispetto al corrispondente importo di premi incassato. Come rivela l'analisi dell'Ania, il rapporto sinistri a premi per ciascuna categoria di rischio esaminata, in base alla rivalutazione effettuata ogni anno per le varie generazioni di sinistri analizzate, resta sempre molto alto. In nessun momento, in pratica, le imprese di assicurazioni si sono anche solo avvicinate a pareggiare i costi con i ricavi.

I cattivi andamenti tecnici e la conseguente continua contrazione del numero di *players* attivi in questo mercato, hanno quindi determinato il marcato aumento dei premi di assicurazione tanto lamentato dagli assicurati. Le poche compagnie ancora disposte a cimentarsi in quest'arena, infatti, hanno potuto imporre le condizioni ritenute indispensabili per cercare di pareggiare il bilancio tecnico del ramo. ❶