



RISCHIO CLINICO/ Solo pochi operatori sono in grado oggi di stipulare polizze

Assicuratori italiani in fuga

Chi resta raramente è in grado di resistere: in 15 anni sinistri triplicati

Come spesso accade, le ragioni della crisi della Rc medica vanno ricercate nel combinarsi di una serie di fattori concomitanti. Certamente da anni è osservabile un aumento generalizzato della litigiosità nel nostro Paese. Questo trend è legato all'evoluzione della responsabilità civile: in tutto il mondo si osserva un aumento della litigiosità, mano a mano che il mercato si fa più maturo e sofisticato.

D'altra parte, i grandi progressi della scienza medica hanno comportato un forte aumento delle aspettative di risultato e, purtroppo, un grande aumento del livello di insoddisfazione, nel caso in cui le promesse attese non si siano poi concretizzate. Ciò è ancora più evidente nelle problematiche legate a questioni di concepimento e parto, soprattutto in un Paese come il nostro, nel quale si è assistito a una forte flessione nel numero delle nascite.

Il consistente aumento delle denunce di sinistro da errore medico costituisce dunque un segnale concreto della crescente sfiducia dei pazienti verso il sistema sanitario. Nel periodo compreso tra il 1994 e il 2009, secondo l'Ania, il numero dei sinistri denunciati alle imprese di assicurazione per le coperture assicurative mediche si è più che triplicato, passando da circa 9.500 a quasi 34.000 all'anno. Al numero crescente di denunce ha fatto seguito il marcato allungamento del periodo necessario per la definizione dei sinistri, per la sempre maggior durata del periodo occorrente per ottenere una valutazione definitiva delle lesioni e per il generalizzato aumento dei contenziosi. Secondo l'Ania, meno del 6% dei sinistri denunciati nel 2009 è stato a oggi liquidato e intercorrono in media ben 15 anni dalla data di protocollazione di un danno al suo pagamento.

Nel frattempo l'Italia ha vissuto un'evoluzione del risarcimento del danno alla persona del tutto peculiare. Tale fenomeno si è sviluppato particolarmente negli anni più recenti, raggiungendo il suo culmine con la pubblicazione delle tabelle per la liquidazione del danno non

L'aumento dei premi non è riuscito a frenare le perdite

Il ramo della responsabilità civile medica appartiene per sua natura al comparto della responsabilità civile professionale. Tuttavia nel nostro Paese essa è orbitata nell'ambito della responsabilità civile generale fino a quando non si è avvertita la necessità di separare i dati a essa relativi, per non appesantire l'intero ramo con l'andamento assai negativo di questa classe di rischi.

Sepolto per anni tra i dati del più ampio ramo della Rc generale, l'andamento della Rc medica è rimasto a lungo difficile da isolare e analizzare, perfino per le compagnie specializzate. Da qualche anno, però, l'Ania ha compiuto uno studio complesso e articolato per offrire un quadro realistico del volume e della sinistrosità del settore. Il primo dato della ricerca che salta all'occhio è il cospicuo aumento dei premi delle coperture di Rc medica, che passano da poco meno del 3% nel 1994 a quasi il 15% del totale del ramo nel 2008. Aumento che si è reso necessario per evitare che il ramo collassasse, a causa del suo

andamento catastrofico. Come si sa, il funzionamento delle assicurazioni è semplice: se i premi incassati non sono sufficienti a coprire i sinistri pagati e le spese, è necessario apportare correttivi, altrimenti la compagnia fallisce. Il conto viene fatto su un certo numero di anni, ma in un ramo long tail deve essere riparametrato tenendo conto del fatto che gli andamenti tecnici non si rivelano nel breve periodo, giacché i tempi di liquidazione possono essere anche estremamente lunghi.

Lo studio dell'Ania indica come il rapporto sinistri a premi del ramo si sia sempre mantenuto su livelli assai superiori al 100%, con punte massime nel 1998, quando, per ogni euro di premi incassati, le compagnie hanno pagato 4,77 euro di sinistri, senza contare l'incidenza delle spese di gestione. Osservando i dati relativi agli anni dal 1994 al 2009, si può dunque constatare come in nessun caso le compagnie di assicurazione abbiano potuto recuperare sull'andamento del ramo, ma abbiano invece sempre offerto perdite economiche considerevoli.

patrimoniale, a opera dei giudici dell'"Osservatorio di Giustizia" di Milano, e con la decisione resa il 7 giugno scorso dalla Cassazione, nella quale si è affermato che i valori di riferimento adottati dal Tribunale di Milano costituiranno d'ora innanzi il valore di riferimento su scala nazionale.

L'impatto che questo processo di rivalutazione del danno alla persona ha avuto sul mondo assicurativo è stato epocale. Pur proponendosi di fare ordine in un sistema assai caotico, ha impresso una spinta ulteriore all'aumento del costo medio dei sinistri che già si osservava come tendenza a partire dai primi anni '90. Nell'ambito della Rc medica il costo medio dei sinistri si è letteralmente raddoppiato e tale andamento è osservabile per tutte le generazioni di sinistri prese in considerazione dallo studio dell'Ania.

C'è da poi rilevare che, oramai da anni e in linea con quanto osservato in altri Paesi del mondo, assistiamo a un progressivo slittamento del concetto di responsabilità medica verso forme di responsabilità oggettiva, passando attraverso una sorta di radicalizzazione del principio di responsabilità civile contrattua-

le: viene definitivamente affermata l'inversione dell'onere probatorio e rimane sempre a carico dell'ospedale o del medico accusati di malpractice il compito di provare la propria estraneità ai fatti contestati.

Tutto questo ha aperto la strada a un ricorso alle aule di giustizia assai più agevole e sempre più indiscriminato. L'incremento dei premi attuato dalle compagnie di assicurazione per far fronte all'andamento negativo del ramo ha provocato una spinta verso il miglioramento dell'attività di risk management delle strutture sanitarie, il che non può che comportare un miglioramento degli indicatori tecnici. Tuttavia, il rapporto sinistri a premi delle generazioni più recenti risulta ancora assai superiore al 100 per cento. Le compagnie, cioè, devono ancora pagare assai più di quanto incassano e ciò determina l'abbandono del mercato della Rc medica da parte di un gran numero di assicuratori italiani, spinti dalla sfiducia nelle proprie possibilità di recupero e dalla difficoltà di reperire i capitali necessari per soddisfare i parametri imposti dall'Autorità di vigilanza per la gestione di questo ramo. Migliaia di

polizze disette si riversano allora sul mercato, il che, per la più nota legge che lo governa, a fronte di una forte riduzione dell'offerta e di un forte aumento della domanda, non può che concorrere al cospicuo aumento dei prezzi di cui si è parlato.

Nel frattempo, brokers e agenti di assicurazione si trovano in mano interi portafogli di rischi da piazzare in un ambito nient'affatto recettivo. Si cerca allora di rendere più attraente per gli operatori un mercato che viaggia ormai ben oltre le 100.000 richieste di risarcimento all'anno, con più di 12.000 casi pendenti davanti ai giudici, di cui il 74% circa si risolve con il riconoscimento di un errore terapeutico. Ma bisogna anche provare a rendere più attraente l'acquisto di una polizza assicurativa a tanti ospedali che, di fronte a premi pari a multipli di quanto pagato in precedenza, decidono di rinunciare ai contratti stessi, pensando di provvedere da soli alla gestione dei sinistri.

Si cerca poi di attrarre nuovi investitori dall'estero, i quali sono solitamente ignari delle dinamiche del nostro mercato assicurativo e vengono allettati da un

ammontare premi all'apparenza piuttosto consistente. Vengono perciò organizzati veri e propri raggruppamenti di rischi, assemblando in un'unica grande polizza tutte le strutture presenti in un'area. Così, assieme alla tale struttura complessa e plurisinstata, vengono coperti anche gli ospedali decentrati, aventi un'attività assai meno esposta e operanti in aree con un livello di litigiosità non paragonabile a quello delle grandi aree urbane. Si tratta di polizze basate su meccanismi piuttosto complessi, il cui funzionamento risulta talvolta artificioso e non contribuisce a migliorare l'amministrazione di un ramo di per sé già assai oneroso sul piano della gestione.

In ogni caso, al momento, solo pochi operatori sono in grado di sottoscrivere polizze da Rc medica nel nostro Paese. In gran parte non sono di origine italiana e raramente riescono a resistere all'andamento del ramo, abbandonando il mercato alle prime avvisaglie di pericolo. Non si tratta, cioè, di un progetto volto a fornire una soluzione duratura al problema e le azioni intraprese non sono sufficientemente incisive per migliorare la gestione del rischio Sanità nel nostro Paese.

Ciò causa una crescente sfiducia degli operatori sanitari nei confronti del mondo assicurativo e aumenta ogni giorno il numero delle strutture che preferiscono optare per l'autoassicurazione, facendo assurgere la crisi dell'assicurazione della responsabilità civile medica al ruolo di vero e proprio problema sociale. Bisognerebbe infatti che le strutture sanitarie utilizzassero le poche risorse a loro disposizione non per fronteggiare le conseguenze degli eventuali errori, ma per investire su una migliore gestione del rischio, partecipando sempre più attivamente alla stabilizzazione dei risultati del ramo.

Cinzia Altomare
Property&Casualty Facultative
Branch Manager
General Reinsurance Milan Branch