IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA SULLE ASSICURAZIONI

Copertura e cultura del rischio sanitario

Intervento di
Riccardo Cesari
Consigliere IVASS

Convegno "La Legge 24/2017 e i suoi decreti attuativi"
Fondazione Italia in Salute, Napoli, 11 luglio 2024

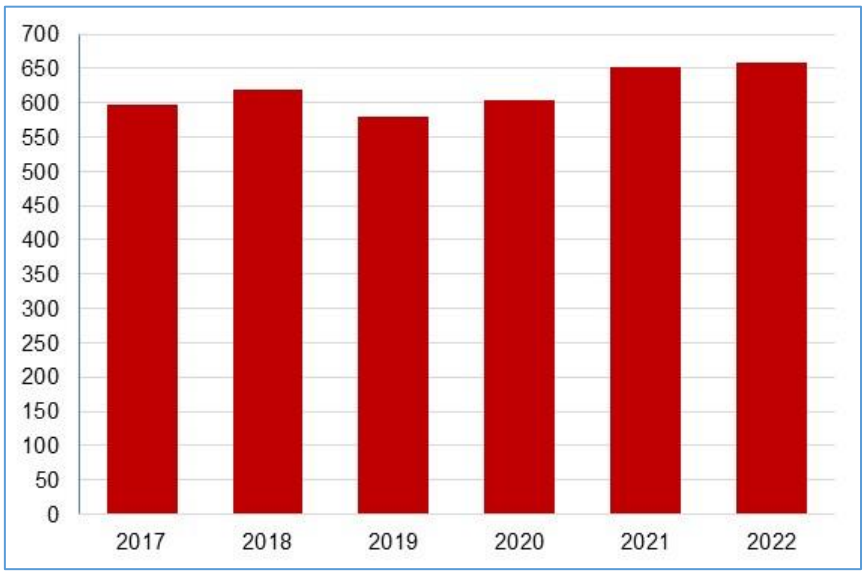
Ringrazio il Dott. Federico Gelli non solo per questo invito ma molto più perché si è fatto promotore e firmatario, durante il suo incarico parlamentare, della legge di cui stiamo discutendo e che giustamente porta il suo nome, una legge che ha avuto il non piccolo merito di portare la cultura del rischio, della responsabilità e della copertura assicurativa in un ambito che ne era sostanzialmente privo. In aggiunta, lo ringrazio perché, come ben sappiamo, una legge non è un atto ma, soprattutto in Italia, un processo, spesso lungo e faticoso, che richiede di essere accompagnato accuratamente per tutto il suo iter, predisponendo decreti e regolamenti attuativi, primari e secondari, senza i quali l'intera iniziativa legislativa rischia di finire in un binario morto, vanificando tutto lo sforzo precedente. Grazie al lavoro incessante del Dott. Gelli, la legge 24/2017 continua a procedere verso la sua piena realizzazione, con indubbio beneficio per tutto il sistema sanitario nazionale.

1. La r.c. sanitaria nel mercato assicurativo italiano

Nell'ultimo dato disponibile (2022), i premi per la r.c. sanitaria hanno raggiunto i 658 milioni di euro, pari al 13% del ramo della r.c. generale (Fig. 1).

Ma mentre la r.c. generale è cresciuta significativamente nell'ultimo quinquennio (+28%), quella sanitaria ha visto una crescita molti più contenuta (+9%), nulla nel 2022.

Fig. 1 R. C. sanitaria: raccolta premi

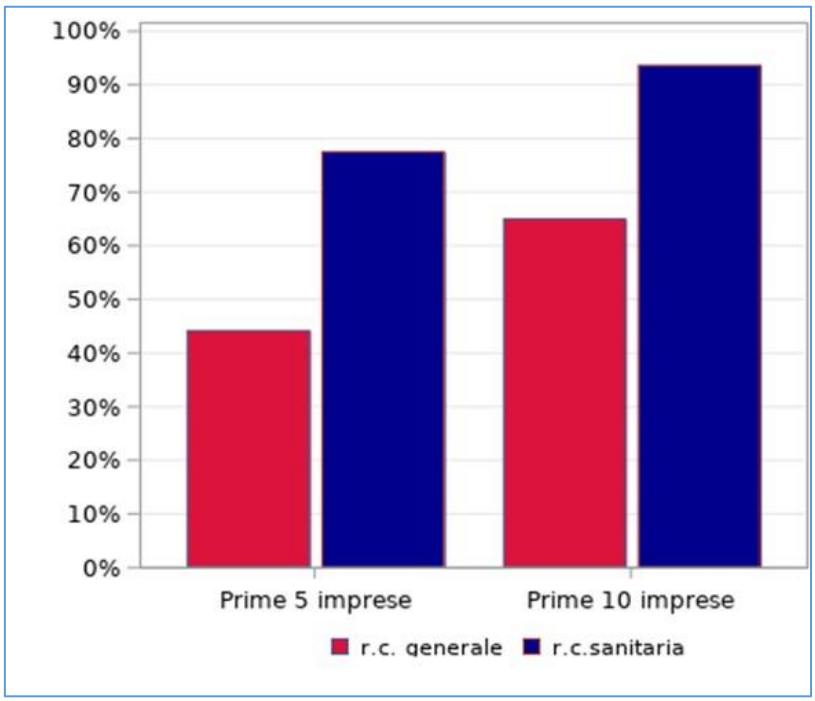


Un'altra caratteristica del mercato è la sua alta concentrazione.

Le prime 5 imprese coprono il 77% della raccolta complessiva della r.c. sanitaria, contro il 45% per la r.c. generale (Fig. 2).

Per le strutture pubbliche la concentrazione è addirittura del 99%, segnalando un problema di concorrenza che, auspicabilmente, la legge "Gelli" potrebbe stemperare mediante una crescita della domanda e dell'offerta.

Fig. 2 Indice di concentrazione nella r.c. sanitaria

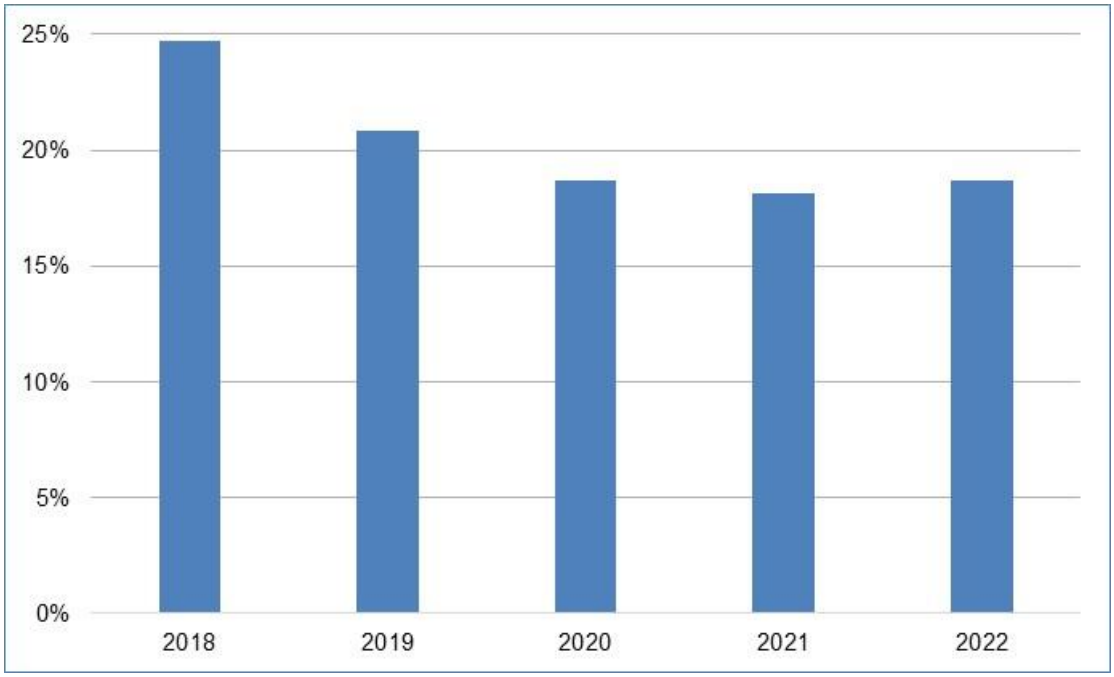


Significativa è anche l'incidenza del contenzioso: un sinistro su quattro, quindi il 25% del totale dei sinistri gestiti dal 2011 al 2022, è stato oggetto di contenzioso. La dinamica sembra in tendenziale riduzione, sebbene permanga ancora elevata (Fig. 3).

Significativa è anche l'incidenza dei sinistri senza seguito che segnala due questioni rilevanti: da un lato l'importanza del dialogo medico-paziente o struttura-paziente, segno non solo di una "responsabilità sanitaria" ma anche di una "sanità responsabile" che può sgonfiare il contenzioso disinnescandone le sorgenti originarie; in secondo luogo la presumibile rilevanza del fenomeno delle frodi anche in questo ramo, a giustificazione dei progetti in corso per la realizzazione di una "Banca dati sinistri" nei rami non-auto e in particolate nei rami malattia, infortuni e r.c. generale.

Causa ed effetto del contenzioso sono i tempi lunghi di liquidazione che caratterizzano la r.c. sanitaria, in cui appena il 9% dei sinistri sono liquidati nell'anno di denuncia.

Fig. 3 Sinistri in contenzioso sui gestiti (pagati + riservati) nei 5 anni precedenti



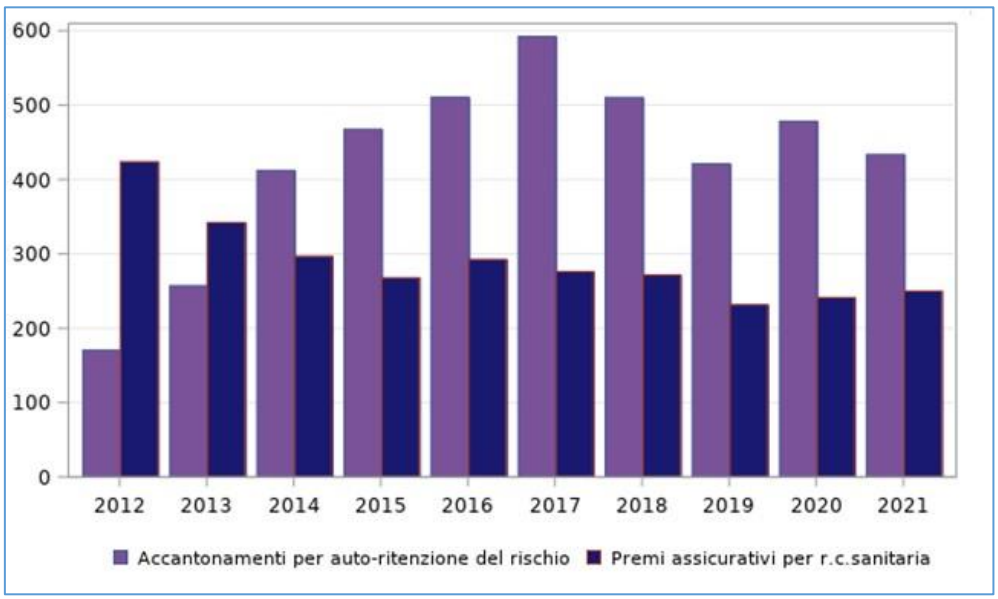
Dal punto di vista della redditività, occorre distinguere nettamente tra le polizze stipulate dalle strutture sanitarie, per le quali il rapporto sinistri/premi (*loss ratio*) è nettamente sopra il 100%, e le polizze del personale sanitario che presentano un rapporto sotto 100 e quindi margini positivi di redditività.

Con riferimento alle **strutture sanitarie pubbliche** i dati sulla raccolta premi e quelli sugli accantonamenti per auto-ritenzione del rischio sono molto interessanti (Fig. 4).

Dal 2014 gli accantonamenti sono risultati decisamente superiori ai premi assicurativi (circa il doppio negli ultimi anni), raggiungendo un picco di massimo nel 2017, in concomitanza con l'approvazione della legge "Gelli".

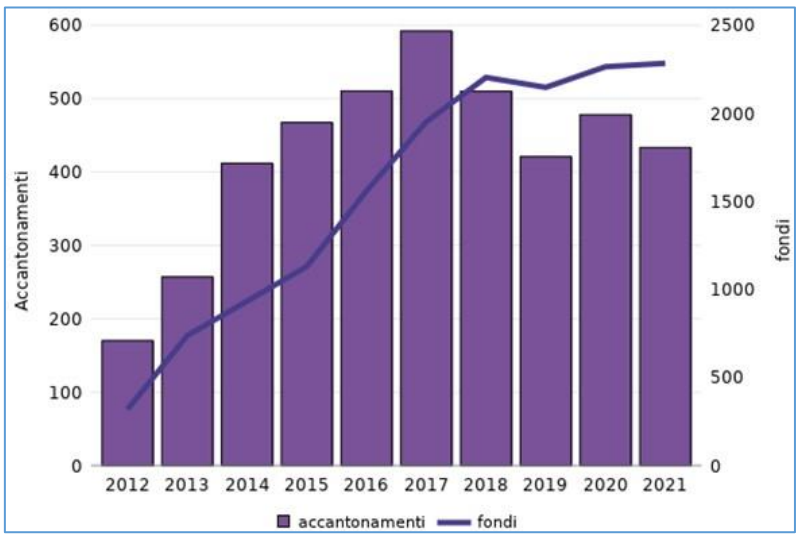
Da quella data si sta assistendo al doppio fenomeno della stagnazione della raccolta premi e del calo degli accantonamenti per auto-ritenzione.

Fig. 4 R.C. sanitaria delle strutture pubbliche



In questo modo il valore dei fondi accantonati non ha raggiunto i 2,5 miliardi di euro e dal 2018 ha cessato sostanzialmente di crescere (Fig. 5).

Fig. 5 Accantonamenti e fondi per auto-ritenzione del rischio



Il calo (in rapporto del pil) della spesa pubblica sanitaria ha messo di fronte agli amministratori l'atroce dilemma tra accantonare fondi per danni futuri *da medical malpractice* e acquistare un macchinario TAC per ridurre le code d'attesa e venire incontro alla crescente domanda di una popolazione in via d'invecchiamento.

Il dilemma tra "Italia in salute" e "bilanci in salute" deve trovare un giusto equilibrio poiché se il primo dà senso al secondo, questo, sul lungo periodo, aiuta a preservare il primo.

In sintesi, la situazione del mercato assicurativo della r.c. sanitaria presenta non pochi elementi critici: l'offerta è limitata a poche compagnie, i prezzi sono relativamente elevati (in termini di premi per euro assicurato), la raccolta è stagnante e l'auto-ritenzione delle strutture pubbliche è in tendenziale contrazione.

Il Decreto attuativo 232/2023 è un notevole passo avanti per migliorare la situazione: stabilisce i requisiti minimi dei contratti (Titolo II), impone obblighi di pubblicità e trasparenza (art. 7) e di gestione del rischio (art. 17). Inoltre impone requisiti e condizioni per l'auto-ritenzione, in particolare sui fondi rischi e riserva sinistri e sulla certificazione (artt. 10-13), sul governo e la gestione dei rischi e sulla rappresentazione contabile degli impegni futuri (artt. 16-17).

Si tratta di un altro passo avanti nella cultura del rischio, fatta di regole preventive stringenti, controlli efficaci, misure di mitigazione per rendere il rischio assicurabile a prezzi ragionevoli.

2. I prossimi passi

Come dicevo all'inizio l'iter legislativo è lungo e complesso.

Scorrendo la Legge 24/2017 si può vedere che, in pratica, consta di 7 passaggi importanti**:**

1. Osservatorio nazionale buone pratiche c/o AGENAS (art. 3) (in 90gg a cura del Ministero della Salute, Msal)
    - Creato col **Decreto Msal 29 sett 2017**
    - Si avvale del SIMES SIstema di Monitoraggio Errori in Sanità (2009)
2. Elenco società scientifiche ed enti pubblici e privati in sanità (in 90gg)
    - Creato col **Decreto Msal 2 ago 2017**

3. Linee guida buone pratiche (in 90gg a cura degli enti in Elenco), integrate nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) (in 120gg Msal) (art. 5)
    - Istituite col **Decreto Msal 27 febb 2018**
4. Decreto Mimit sulla vigilanza IVASS dell'obbligo assicurativo (in 90gg) (art. 10)
5. **Decreto Mimit sulle polizze obbligatorie (232/2023) (in 90gg) (art. 10)**
6. Decreto Mimit sui dati per l'Osservatorio (in 120gg) (art. 10)
7. Regolamento Msal su contributi e sul Fondo di garanzia (in 120gg) (art. 14)

Ho riportato anche i giorni "entro cui" (con buona dose di ottimismo o di velleitarismo) si stabiliva dovessero essere approvati i provvedimenti attuativi.

Dopo un lungo periodo di stasi, il Decreto 232/2023 (punto 5) ha fissato un nuovo importante tassello del disegno complessivo.

Mancano i decreti sulla vigilanza (punto 4), sui dati (punto 6) e sul Fondo di garanzia (punto 7).

"Il bicchiere è mezzo pieno", verrebbe da dire. IVASS è attivamente impegnato, a supporto di tutte le istituzioni preposte, per il completamento di questa importante riforma.