# Il mercato della RC Medica dopo la Legge Gelli-Bianco - Intervista con Riccardo Cesari dell'IVASS

Nell'ultimo anno si è parlato molto della **Legge Gelli-Bianco** e delle sue implicazioni sul settore delle Polizze di Responsabilità Sanitaria (MedMal).

Per fare il punto sulla situazione attuale e sulle prospettive future, abbiamo intervistato **Riccardo Cesari**, **Membro del Consiglio dell'IVASS** dal 2013 e **professore ordinario**, di Metodi matematici per l'economia e le scienze attuariali e finanziarie, all'Università Alma Mater Studiorum di Bologna.

***1. Qual è lo stato attuale del mercato assicurativo RC professionale Medica in Italia? Può darci un quadro sui principali player, la raccolta premi, il numero di denunce di sinistri e il livello di contenzioso?***

Nel **2023** i premi per la r.c. sanitaria hanno raggiunto i **706 milioni di euro**, pari a circa il 13% del ramo della r.c. generale e **in crescita del +7,4%** rispetto all'anno precedente. La raccolta è relativa principalmente alle coperture per le strutture sanitarie pubbliche (40% della raccolta complessiva del comparto) e al personale sanitario (39%); il sotto-settore delle strutture sanitarie private incide per il 21%.

Nel 2023 sono stati denunciati **circa 16 mila sinistri**, quasi metà relativi al personale sanitario.

Significativa è l'incidenza del contenzioso: un sinistro su quattro tra quelli gestiti tra il 2012 e il 2023 è stato oggetto di contenzioso. Significativa è anche l'incidenza dei sinistri senza seguito, che incidono per il 44% sul totale dei denunciati nel quinquennio 2019-2023.

***2. Durante il suo intervento all'Health Insurance Summit 2024, ha evidenziato come la raccolta premi della RC Sanitaria sia caratterizzata da un'alta concentrazione, con i primi 5 player che detengono l'80% del totale. Quali fattori ritiene abbiano contribuito a questa concentrazione del mercato? Perché, secondo lei, nuovi player faticano a entrare, o a competere, in questo settore e quali strategie dovrebbero adottare?***

In effetti, il mercato della r.c. sanitaria si caratterizza per **una forte concentrazione**, con una quota di premi raccolta dalle **prime dieci imprese** pari al 94,1% del totale (80,7% per le prime 5). Alle diverse tipologie di rischi assicurabili corrispondono differenti livelli di concentrazione con una quota dei premi raccolta dai primi 5 operatori massima per le strutture sanitarie pubbliche (99,6%) e pari al 74% per gli operatori sanitari.

Tra i **principali fattori** segnalati dalle imprese, c'è l'incertezza nella quantificazione del rischio, la scarsa informazione sui sinistri, l'insufficiente profittabilità e l'eccessiva crescita dei risarcimenti.

Quasi un'impresa su due indica tra le cause principali dello scarso sviluppo della r.c. sanitaria in Italia **l'incertezza** derivante **dall'incessante evoluzione dalla giurisprudenza**. Anche l'estrema lentezza del contenzioso giudiziario danneggia lo sviluppo del mercato.

Al riguardo, tuttavia, possiamo oggi segnalare come **nota positiva** l'emanando decreto MIMIT sulla ***Tabella Unica Nazionale*** sui risarcimenti delle lesioni macropermanenti (ex art. 138 del Codice delle Assicurazioni Private), alla cui costruzione **IVASS ha dato un ampio e fattivo contributo tecnico.**

***3. In che modo la Legge Gelli ha migliorato l'approccio dei medici alla sottoscrizione di una copertura assicurativa? Cosa si potrebbe fare, secondo lei, per tutelare quelle specializzazioni mediche che trovano difficoltà a sottoscrivere una copertura assicurativa? E come potrebbe intervenire il legislatore per bilanciare l'assenza di un obbligo a contrarre da parte delle compagnie con la necessità di protezione di determinate categorie professionali?***

La **legge Gelli** ha certamente migliorato la diffusione di una cultura del rischio prevedendo la responsabilità contrattuale delle strutture sanitarie e in tal modo ha di fatto **contribuito a eliminare le citazioni in giudizio** dei medici e del

personale sanitario in servizio al momento dell'evento. Ora **solo in caso di colpa grave** del medico o del restante personale sanitario la struttura potrà **agire in rivalsa**.

Per medici e personale sanitario strutturati, pertanto, non mi risulta vi siano difficoltà a trovare una copertura assicurativa a prezzi accessibili. Diversa la situazione per alcuni professionisti medici che operano **fuori dalle strutture per conto proprio**. In tal caso confermo la **difficolta a trovare coperture adeguate** a prezzi non proibitivi, e si dovrebbe incidere sulla riduzione dei rischi e sulla gestione e controllo degli stessi.

**Per favorire la concorrenza** vedrei molto positivamente **un'estensione del Preventivatore pubblico** per la r.c. auto (gestito dall'IVASS) anche alla r.c. sanitaria. Sarebbe **un modo innovativo** ed efficace di far conoscere e mettere in competizione tutta l'offerta disponibile sul mercato assicurativo. **Trasparenza, competitività e mobilità** sono le parole-chiave per una maggiore **efficienza** del mercato.

***4. Come si stanno preparando le compagnie assicurative alla scadenza del 28 febbraio? Guardando al 1° marzo 2026, quali cambiamenti prevede che le compagnie apporteranno alle loro polizze per essere in regola con la normativa? Ritiene che ci saranno difficoltà o opportunità specifiche legate a questo adeguamento normativo?***

Il Decreto MIMIT n. 232/2023 sui requisiti delle polizze assicurative, pubblicato in *G.U. n. 51 del 1.3.2024*, è in vigore dal 16 marzo 2024 e prevede **l'adeguamento a tali requisiti** dei contratti di assicurazione in corso di validità alla loro scadenza e comunque entro 2 anni.

I **requisiti** per i professionisti riguardano, in particolare, i massimali (art. 4 c.2), tra 1 e 2 milioni per sinistro e il triplo per anno, le garanzie (art. 5), il divieto di recesso da parte dell'assicuratore (art. 6) e gli obblighi di pubblicità e trasparenza (art. 7). Ci sono novità importanti per il mercato, come l'azione diretta, la non opponibilità delle eccezioni, il bonus-malus, i vincoli sul diritto di recesso. Le difficoltà interpretative (a cui può dare risposta solo il Legislatore) non mancano.

Tuttavia, **c'è ancora un anno** alla scadenza ultima e voglio sperare che non ci saranno insormontabili difficoltà applicative. Da quella data **partirà il monitoraggio dei premi da parte dell'IVASS**, alla luce dell'andamento dei sinistri e della gestione, analisi e mitigazione dei rischi da parte dei soggetti assicurati (art. 3 comma 7 e 8).

***5. Per quanto riguarda le strutture sanitarie, come crede che si adegueranno all'obbligo normativo di gestione del rischio? Quali vantaggi o svantaggi derivano dalla scelta di gestire il rischio internamente, attraverso la costituzione di un fondo, rispetto al trasferimento del rischio a un assicuratore? In questo secondo caso, quali fattori ritiene siano determinanti nella selezione delle compagnie assicurative?***

**La legge parifica le due alternative** della copertura dei rischi o sul mercato o attraverso l'autoritenzione del rischio.

**Questa seconda strada è molto più impegnativa** poiché richiede la creazione di una struttura interna capace non solo di valutare il rischio ma anche di costituire un vero e proprio bilancio assicurativo-attuariale in grado di far fronte prospetticamente, sulla base delle tecniche specifiche, ai rischi sanitari a cui è esposta la struttura. A fronte di un minor costo (a partire dai risparmi sull'intermediazione assicurativa e sui caricamenti) vanno **attentamente considerati i costi interni di gestione del rischio e di assunzione delle responsabilità**. Non credo che una valutazione ben fatta si traduca in un grande vantaggio economico a favore dell'autoritenzione.

Inoltre c'è tutta **la fase di liquidazione dei sinistri e di gestione del contenzioso**; evidentemente questi ultimi processi, tipici delle imprese di assicurazione, **difficilmente** possono essere gestiti dalle strutture sanitarie con la necessaria economicità.

La scelta della o delle compagnie di assicurazione cui affidare la copertura dovrebbe essere fatta **guardandone attentamente la solidità finanziaria, l'esperienza e la qualità** (in senso lato) dei servizi offerti (sistema di denuncia, personale dedicato, velocità di liquidazione etc.).

***6. Infine, come pensa che le compagnie assicurative applicheranno il sistema bonus malus nel contesto della RC Sanitaria? In caso di sinistro, quale classe di merito sarà considerata: quella acquisita al momento del sinistro o quella vigente al momento della liquidazione?***

Il sistema *bonus/malus* nella r.c. sanitaria **non può avere** le stesse caratteristiche ed **automatismi** di quello vigente nella r.c. auto.

In sanità, infatti, sono presenti **aspetti e complicazioni particolari**, a cominciare dal più frequente ricorso al contenzioso giudiziario e ai tempi molti più lunghi di durata della pratica, tra il momento iniziale della denuncia del sinistro e la fase finale del pagamento.

Infatti una corretta misura del rischio dovrebbe riflettere, alla fine dell'iter, l'effettivo grado di responsabilità della struttura/figura sanitaria e l'effettivo importo pagato. Questo vorrebbe dire avere **una fotografia della rischiosità**

**riferita a molti anni prima** (data di accadimento), sia pure composta con le risultanze finali (spesso giudiziarie) formatesi molti anni dopo.

Nel caso della r.c. sanitaria, la classificazione *bonus/malus* dovrebbe, credo più modestamente, **riflettere il livello di coinvolgimento di ciascuna struttura** nel generale contenzioso coi pazienti, considerati anche i costi espliciti e impliciti della litigiosità, a prescindere dei suoi esiti finali.

Torna qui utile **richiamate un principio** che dovrebbe essere ormai acquisito nel settore, per cui **una buona comunicazione col paziente è parte integrante della cura sanitaria** e di una sua corretta e non patologica evoluzione.