



IVASS
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



“IL RISARCIMENTO DEL DANNO GRAVE ALLA PERSONA NELLA R.C. AUTO E NELLA R.C. SANITARIA”

Andrea Bertalot
Vice Direttore Generale Reale Mutua
Chief Italy Insurance Officer Reale Group

IVASS Via del Quirinale, 21 – Roma

13 aprile 2026



Le domande poste nel corso della tavola rotonda hanno riguardato due aspetti, tra loro distinti:

1. Quale il giudizio sulla TUN? E quali le preoccupazioni a seguito della recente sentenza 8630 Cassazione del 7 aprile?
2. Esiste un problema di consapevolezza, da parte dei medici, dei loro obblighi assicurativi, non sempre adeguatamente compresi? Manca una cultura assicurativa diffusa in materia, e la prassi precedente alla legge 24 ancora in parte resiste?



1. Quale il giudizio sulla TUN? E quali le preoccupazioni a seguito della recente sentenza 8630 Cassazione del 7 aprile?

Giudizio estremamente positivo.

Motivazioni:

1. garanzia di una maggiore uniformità nel risarcimento del danno non patrimoniale, evitando disparità di trattamento tra i danneggiati, con l'evidente beneficio che abbiamo come operatori del mercato di potere fare riferimento a regole risarcitorie chiare, prevedibili e uniformi
2. riduzione del contenzioso civile (quando la vertenza insiste sul riferimento monetario del punto di invalidità)
3. riduzione dei tempi della giustizia (quando il ricorso ai successivi gradi di giudizio insiste sul riferimento monetario del punto di invalidità)
4. predittività del costo futuro dei risarcimenti
5. corretta formulazione del risultato di esercizio
6. formulazione di tariffe coerenti con il costo atteso



1. Quale il giudizio sulla TUN? E quali le preoccupazioni a seguito della recente sentenza 8630 Cassazione del 7 aprile?

Giudizio inoltre molto positivo sulle modalità di costruzione della TUN, che ha beneficiato del contributo tecnico – scientifico dell’IVASS e che è passata attraverso un non facile esercizio tecnico e algoritmico (di fatto, la risoluzione di un’equazione complessa) volto a rispettare i principi e i criteri dettati dall’art. 138 del Cap, coniugando aspetti quantitativi e di metodo in realtà tra loro non facilmente armonizzabili.

Soprattutto, ha permesso di rispettare la prima indicazione data dalla norma delega, che prevedeva che la tabella fosse redatta “tenuto conto dei criteri di valutazione del danno non patrimoniale ritenuti congrui dalla consolidata giurisprudenza di legittimità”. Ciò ha comportato impatti sugli stock di riserve in carico alle Compagnie sensibili ma non critici nell’aggiornamento delle previsioni sui costi futuri.



1. Quale il giudizio sulla TUN? E quali le preoccupazioni a seguito della recente sentenza 8630 Cassazione del 7 aprile?

Non riteniamo che la recente sentenza 8630 del 7 aprile possa complicare gli assetti liquidativi in modo significativo.

Da un punto estremamente pratico, la valutazione (rectius, rivalutazione) inventariale a costo ultimo fatta in occasione dell'introduzione della TUN aveva già tenuto conto dell'eventualità che l'applicazione della TUN stessa fosse più estensiva rispetto al perimetro previsto (temporalmente e per materia).

Era un elemento di incertezza noto nel momento di prima applicazione della TUN, ed era difficile ipotizzare ragioni che avrebbero potuto condurre un ufficio giudiziario a liquidare un danno fisico, ad esempio da insidia stradale, in modo diverso da un danno da Rc auto.



1. Quale il giudizio sulla TUN? E quali le preoccupazioni a seguito della recente sentenza 8630 Cassazione del 7 aprile?

Fatte tutte queste considerazioni, si rimane però con un dubbio: di concentrarci su una sola parte del problema, e la minore.

Quattro elementi maggiormente rilevanti per il futuro del montante dei risarcimenti:

1. l'individuazione della tabella delle menomazioni, per l'adeguamento ai progressi della medicina fisica e riabilitativa e dell'assistenza protesica, anche per evitare duplicazioni con il crescente danno patrimoniale
2. la crescente incidenza, nel computo liquidativo complessivo, della voce di danno non patrimoniale da perdita o compromissione del rapporto parentale
3. la crescente incidenza, nel computo liquidativo complessivo, della liquidazione dei danni patrimoniali legati alle lesioni di grave entità (spese mediche, di assistenza, mancati guadagni ecc.)
4. la valutazione in concreto delle prove



2. Esiste un problema di consapevolezza, da parte dei medici, dei loro obblighi assicurativi, non sempre adeguatamente compresi? Manca una cultura assicurativa diffusa in materia, e la prassi precedente alla legge 24 ancora in parte resiste?

Confermata la necessità di cucire un abito su misura sulla base del soggetto che si vuole assicurare. Questo principio generale è sempre di più il faro verso il quale il legislatore ed il regolatore stanno orientando l'attenzione delle compagnie di assicurazione.

Il punto chiave è evitare sia “vuoti” sia “duplicazioni”. Per fare questo, è necessario partire dall'analisi del caso concreto, con una serie di domande che inquadrino il rischio alla luce dei principi di allocazione delle responsabilità nella Gelli.

Sottoassicurazione: casi nei quali le attività concretamente svolte dal professionista richiedono coperture non possedute e nei casi di struttura non coperta / autorizzazione non adeguata → il medico rischia di trovarsi “scoperto” in concreto. L'obbligo di copertura da parte della struttura di appartenenza risulterebbe in concreto svuotato di contenuto per effetto della possibile insolvenza della struttura medesima

Sovraassicurazione: medico che compra RCT “di troppo” perché la struttura dovrebbe già coprirlo per l'attività da ausiliario → inefficienza e confusione.



2. Esiste un problema di consapevolezza, da parte dei medici, dei loro obblighi assicurativi, non sempre adeguatamente compresi? Manca una cultura assicurativa diffusa in materia, e la prassi precedente alla legge 24 ancora in parte resiste?

Le prime domande di un'ipotetica check list dovrebbero essere del tipo:

- a. Dove lavori oggi? (struttura X / studio proprio / telemedicina / RSA ecc.)
- b. Con che titolo? (dipendente, convenzionato, libero-professionista in struttura, consulente esterno)
- c. Hai pazienti tuoi? (fatturi tu? incarico diretto? consenso informato/contratto di cura "tuo"?)
- d. Chi ti copre come ausiliario? (polizza struttura? misura analoga? autorizzazione?)
- e. Se autorizzazione: esistono fondi e riserve? (fondo rischi, fondo riserva sinistri)
- f. Hai già colpa grave? (obbligatoria se operi in struttura)
- g. Ti hanno imposto una manleva? (se sì, gestirla con chiarezza contrattuale e trasparenza, evitando "doppioni" non necessari)

Output della checklist: indica quale sia la composizione di garanzie utili per il caso che si sta affrontando, su misura.



2. Esiste un problema di consapevolezza, da parte dei medici, dei loro obblighi assicurativi, non sempre adeguatamente compresi? Manca una cultura assicurativa diffusa in materia, e la prassi precedente alla legge 24 ancora in parte resiste?

In conclusione, condivisibile il punto di vista sulla consapevolezza: oggi il tema non è 'vendere più polizze', ma allocare correttamente le coperture ed evitare sia vuoti sia duplicazioni.

Il presupposto è una profilazione accurata del rischio sulla base di un'accurata analisi di 'demand & needs': la stessa persona può essere, a seconda delle attività svolte, un ausiliario della struttura e, in altri momenti, un libero professionista con pazienti propri.

L'intermediario qualificato deve aiutare il mercato a distinguere e a scegliere correttamente.