

A.S. n. 2224 e abb.

Disegno di legge

Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

Audizione ANIA

Commissione

12^a (Igiene e Sanità)

SENATO DELLA REPUBBLICA

Roma, 31 marzo 2016

Signor Presidente, Onorevoli Senatori, desideriamo ringraziarVi per aver voluto ascoltare l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici nell'ambito dei lavori sull'esame del disegno di legge recante Disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario.

Il disegno di legge in esame - approvato in prima lettura dalla Camera dei deputati il 28 gennaio 2016 - concerne la sicurezza delle cure sanitarie, la responsabilità professionale del personale sanitario e la responsabilità delle strutture in cui esso operi.

Il presente documento riporta alcuni commenti sulle principali norme previste nel disegno di legge, soffermandoci con uno spirito costruttivo su quelle che a nostro avviso non sembrano apportare reali benefici né riguardo alla mitigazione del fenomeno né riguardo al miglior funzionamento di questo complesso e delicato comparto. E' importante infatti che nel ridisegnare il sistema delle responsabilità secondo quanto dispone il disegno di legge in esame, si raggiunga un equilibrio tra le posizioni delle strutture sanitarie e dei professionisti sanitari, dei danneggiati e delle imprese di assicurazione.

FENOMENO DELLA COSIDDETTA "MALPRACTICE MEDICA" E PRINCIPALI RISVOLTI ASSICURATIVI

Innanzitutto, va notato che il fenomeno dell'aumento del numero delle denunce per *malpractice* medica ha riguardato molti paesi sviluppati negli ultimi decenni e quindi non si tratta di un caso circoscritto al nostro Paese. Generalizzando si può dire che le principali cause del fenomeno sono:

- una maggiore consapevolezza e attenzione dei pazienti alle cure ricevute, a volte anche favorita, soprattutto recentemente, da alcuni fornitori di servizi di gestione del contenzioso;
- un deciso aumento degli importi dei risarcimenti riconosciuti dai tribunali, non tanto a causa della componente del danno patrimoniale costituito dalla "perdita subita (danno emergente)" o dal "mancato guadagno (lucro cessante)", quanto a causa

della componente rappresentata dalle varie voci del danno non patrimoniale, che vanno dal "danno biologico" o "alla salute" a quello per la sofferenza fisica, talvolta definito anche "danno morale", al discusso e discutibile "danno esistenziale".

- l'ampliamento da parte della giurisprudenza dei diritti e dei casi da risarcire, che ha sostanzialmente modificato i contenuti della prestazione medica, di fatto trasformandola da obbligazione di mezzi a obbligazione di risultato.

A tale ultimo proposito è da ricordare, ad esempio, che l'area di responsabilità civile del medico è stata nel corso degli anni sostanzialmente ampliata attraverso la distinzione fra interventi e prestazioni routinari e non, con la conseguenza che - nel caso di esito negativo di intervento routinario o di agevole esecuzione - si è ritenuto che la colpa del medico sia in *re ipsa*, gravando sul medico stesso l'onere di provare che l'esito negativo è dovuto a fattori estranei e imprevedibili o eccezionali. L'obbligazione del medico, come detto, è divenuta praticamente, per gli interventi di cui trattasi, un'obbligazione di risultato, in contrasto con quanto invece disposto dall'art. 2236 cod.civ., che invece prevede che, se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di particolare difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni se non in caso di dolo o colpa grave.

Le ovvie conseguenze che ne sono derivate per il sistema sanitario nel suo complesso hanno comportato: maggiori costi diretti anche in termini di risarcimenti dovuti ai pazienti, con relativo incremento del costo delle coperture assicurative o dell'esposizione diretta delle strutture sanitarie; maggiori difficoltà nei rapporti tra medico e paziente; maggiori costi indiretti derivanti dal ricorso pressoché sistematico alla cosiddetta medicina difensiva. Il costo della medicina difensiva, secondo recenti stime elaborate dal CERGAS - Università Bocconi¹, raggiungerebbe il 10% della spesa sanitaria complessiva, ossia circa 13 miliardi di euro.

Per il sistema assicurativo le conseguenze riguardano le ingenti perdite economiche dovute ad una insufficiente tariffazione delle coperture a causa soprattutto di una evidente difficoltà di effettuare corrette previsioni, all'epoca della sottoscrizione dei contratti, delle tendenze citate in precedenza, che ha comportato una sottostima dei reali costi del rischio sottoscritto;

¹ Italia Oggi, 13-5-2014, decimo congresso della Siared (Società italiana di anestesia rianimazione emergenza e dolore) che ha dedicato la sessione di apertura alla responsabilità medica.

rapporti più difficili con gli assicurati a causa dell'inevitabile aumento dei prezzi e di più stringenti condizioni contrattuali, con conseguente estrema rarefazione dell'offerta a causa della suddetta oggettiva difficoltà nel prevedere gli sviluppi del fenomeno.

A proposito del forte contenimento dell'offerta assicurativa è opportuno precisare, al fine di presentare un quadro realistico dell'attuale situazione, che le coperture assicurative in questo settore si possono suddividere in due tipologie ben distinte: quella relativa alle coperture dei singoli esercenti le professioni sanitarie e quella relativa alle coperture per le strutture sanitarie. In questo ultimo caso si osserva una rilevante riduzione dell'offerta assicurativa, come risulta anche dalla relazione conclusiva della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali della scorsa legislatura².

Al contrario, per quanto riguarda le coperture dei singoli medici, non ci risulta che vi siano generalizzate difficoltà a trovare copertura sul mercato né per i medici dipendenti, chiamati a rispondere del risarcimento per colpa grave in caso di rivalsa da parte della struttura sanitaria, né per gran parte dei medici liberi professionisti, fermo restando che per questi ultimi, se esercenti specializzazioni particolarmente rischiose, i costi della copertura sono decisamente elevati in quanto tecnicamente proporzionali al rischio.

Da quanto sopra riportato risulta evidente che l'origine della problematica è di natura giuridica e sociale e che le soluzioni vanno ricercate soprattutto in questo ambito, come in effetti avviene in virtù del provvedimento in esame.

Concordiamo sulla scelta del legislatore di introdurre misure idonee a mitigare il rischio di *malpractice* medica al fine di contenere il livello dei costi, di renderli maggiormente prevedibili e, di conseguenza, di creare le condizioni per ampliare anche l'offerta di coperture assicurative.

Infine, in ogni caso **vanno ulteriormente implementate e rese obbligatorie rigorose e strutturate attività di *risk management* al fine di minimizzare i rischi di errore**

² La Commissione, costituitasi con l'elezione dell'Ufficio di Presidenza nella seduta del 1° aprile 2009, ha successivamente terminato la sua attività a seguito della conclusione anticipata della XVI Legislatura, il 22 gennaio 2013.

con riferimento all'attività delle strutture sanitarie e dei singoli professionisti che vi operano.

A tale proposito esprimiamo apprezzamento per le misure riguardanti l'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario che sono state già previste nei commi da 538 a 540 dell'art. 1 della L. 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di Stabilità 2016), che riteniamo di grande importanza. Nelle pagine che seguono, proporremo un possibile rafforzamento delle stesse nell'ottica dell'obiettivo comune di realizzare nel nostro Paese un moderno modello di gestione dei fenomeni in esame.

PRINCIPALI COMMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

Auspichiamo che i commenti e le riflessioni che seguono possano essere utili per il conseguimento delle finalità, condivise da tutti, di poter disporre di una sanità "più sicura" e di ottenere un più celere e certo risarcimento delle vittime di quegli errori medici, auspicabilmente pochi, che non si riuscissero ad evitare.

Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida (articolo 5)

Il disegno di legge qui esaminato prevede il principio che gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengano, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni indicate dalle linee guida delle società iscritte nel suddetto elenco e che le linee guida di tali società siano inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) e pubblicate sul sito *internet* dell'Istituto superiore di sanità.

PROPOSTA - A tale proposito si osserva che potrebbe essere utile da un lato prevedere che tra le competenze della struttura di gestione del rischio prevista dalla Legge di Stabilità 2016 rientri anche quella di vigilare sull'esatta applicazione delle buone pratiche e delle linee guida e, dall'altro, introdurre un meccanismo che preveda una disciplina specifica - sul piano dell'onere

probatorio - per le strutture che si siano adeguate alla previsione di cui all'art. 1, comma 539, della citata legge 28 dicembre 2015, n. 208, ivi compresa la detta nuova competenza, con l'obiettivo di ridisciplinarne la responsabilità con la previsione di una presunzione semplice di diligenza per le strutture che si attengano a tali misure di prevenzione e risk management.

In particolare, il rispetto delle buone pratiche terapeutiche e di quelle afferenti al risk management, elaborate a livello centrale o decentrato ma comunque condivise, sarebbe funzionale anche allo scopo di agevolare la difficile coesistenza dei due differenti titoli di responsabilità, rispettivamente della struttura e del personale sanitario, definibile come "doppio binario".

Riteniamo che l'introduzione di un meccanismo che preveda una regolamentazione specifica - sul piano dell'onere probatorio - per le strutture che si siano adeguate alla previsione di cui all'art. 1, comma 539, della citata legge 28 dicembre 2015 n. 208, potrebbe consentire di effettuare una più corretta valutazione tecnica e tariffaria dei rischi stessi, con un possibile miglioramento degli andamenti tecnici e conseguente eventuale più ampia reperibilità delle coperture stesse a premi più accessibili.

Come detto, infatti, a seconda dell'attività, delle specialità mediche esercitate, dell'organizzazione e delle misure di prevenzione effettivamente adottate ed applicate, l'esposizione della struttura al rischio di "*medical malpractice*" è diverso e ciò influenza in maniera significativa l'individuazione e la quotazione dell'ottimale copertura assicurativa.

Una ulteriore conseguenza - che ci sembra positiva per l'intero sistema Paese - derivante dall'introduzione di un regime specifico di responsabilità per le strutture potrebbe essere costituita dal minor ricorso alla medicina difensiva: infatti, la previsione della possibilità di avvalersi di un particolare onere probatorio potrebbe condurre le strutture, e per esse i medici, ad evitare o comunque a contenere fortemente le prescrizioni finalizzate a meri scopi difensivi.

Obbligo di assicurazione (articolo 10)

L'art. 10 del Disegno di Legge n. 2224 prevede per le strutture e gli enti privati (operanti in regime autonomo o di accreditamento con l'SSN che erogano prestazioni sanitarie), come soluzione equipollente rispetto alla sottoscrizione di una polizza assicurativa, la possibilità di adottare "altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità

civile verso prestatori d'opera". In sostanza si prevede che tali organismi possano operare in regime c.d. di autoassicurazione.

Al riguardo, osserviamo che tali misure, assolutamente legittime, debbano comunque avere delle caratteristiche che ne garantiscano l'idoneità allo scopo al quale sono destinate. In altre parole, poiché il disegno di legge si pone tra i suoi obiettivi quelli di tutelare i diritti del cittadino come fruitore delle cure e di garantire ai cittadini/ utenti/ danneggiati la certezza del ristoro dell'eventuale danno non patrimoniale subito, sarebbe opportuno (o necessario) prevedere che le strutture sanitarie si dotino, nel caso, di alcuni presidi tecnici e contabili capaci di garantire nel tempo la capacità di rispondere in maniera adeguata alle richieste di risarcimento.

Ovviamente, poi, dovrebbe essere assicurata la vigilanza sul rispetto delle norme da parte delle strutture in autoassicurazione, attraverso un controllo effettuato da un soggetto terzo e in possesso di specifiche competenze, per esempio anche facendo ricorso a determinate professionalità in grado di effettuare le opportune verifiche, come ad esempio gli attuari.

In tal modo potrebbero essere anche scongiurati eventuali rilievi in termini di disparità di trattamento nell'ambito costituzionalmente tutelato del diritto alla salute.

Estensione della garanzia assicurativa (articolo 11)

Il disegno di legge in esame inoltre definisce i limiti temporali delle garanzie assicurative, e, tra le varie disposizioni, prevede che la garanzia assicurativa sia obbligatoriamente estesa anche agli eventi che, accaduti durante la vigenza temporale della polizza, vengano denunciati dall'assicurato nei cinque anni successivi alla scadenza del contratto assicurativo.

A questo proposito, non ci pare condivisibile la previsione dell'obbligatorietà di questo tipo di estensione di copertura. Sembra infatti un'inutile limitazione dell'iniziativa economica privata sia delle compagnie sia degli operatori sanitari (strutture e professionisti), i quali dovrebbero essere lasciati liberi di effettuare una valutazione comparativa tra rischi ed eventuali maggiori costi in termini di premio assicurativo.

Inoltre questa obbligatorietà non gioverebbe ad allentare la tensione attualmente esistente sul tema della *medical malpractice*.

PROPOSTA - Sembra quindi più opportuno che l'ultrattività (e la sua stessa durata) venga demandata all'autonomia contrattuale delle parti ed all'ampia

facoltà di scelta dei clienti e del mercato (in ogni caso, essa viene offerta a fronte di una quota di premio calcolata ad hoc) come correttamente è infatti previsto per l'operatività della garanzia anche per eventi accaduti nei cinque anni antecedenti alla conclusione del contratto.

Tra l'altro, ulteriore causa di aumento dei costi potrebbe risiedere nella considerazione per cui, qualora negli anni successivi all'acquisto di una polizza con l'opzione di ultrattività attivata, il cliente acquistasse una polizza in regime *claims made* che normalmente prevede una certa retroattività, la sua copertura potrebbe essere multipla per lo stesso arco temporale.

Azione diretta del soggetto danneggiato (articolo 12)

Circa la previsione dell'azione diretta nei confronti dell'assicuratore, la posizione di ANIA rimane fortemente critica. L'azione diretta contro soggetti, come le compagnie di assicurazione, sicuramente solvibili, renderà più forte l'aspettativa di poter ottenere dei vantaggi economici anche quando essi siano fondati su presupposti deboli: questo comporterà un deciso aumento della litigiosità e del contenzioso giurisdizionale, fenomeni che il provvedimento di legge intende invece giustamente contenere, senza voler considerare il conseguente prevedibile aumento del costo dei risarcimenti e, quindi, il conseguente aumento dei premi assicurativi ed una tendenziale contrazione dell'offerta. È del tutto evidente infatti che tale previsione renderebbe l'assicuratore molto più cauto nell'offrire queste coperture. Ciò verosimilmente indurrebbe ancora una volta gli operatori sanitari, spaventati dalla possibilità, in caso di sinistro, di vedersi aumentato il premio di polizza, a persistere in quelle pratiche comunemente definite di "medicina difensiva" che, come scritto poc'anzi, la norma intenderebbe invece contenere.

Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria (articolo 14)

Nel provvedimento in esame è prevista anche l'istituzione di un Fondo di garanzia che risarcisce i danni cagionati da responsabilità sanitaria: 1) qualora il danno risulti di importo eccedente rispetto ai massimali previsti nei contratti di assicurazione stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; 2) qualora la struttura sanitaria o

l'esercente la professione sanitaria risultino assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta amministrativa o vi venga posta successivamente. Il Fondo, che ha diritto di regresso nei confronti del responsabile del sinistro, è alimentato da un contributo da determinare in una percentuale del premio assicurativo incassato per ciascun contratto relativo a questo tipo di garanzia.

Riteniamo che l'ipotesi di cui al punto 1) di intervento del Fondo non sia efficiente, poichè potrebbe indurre la maggior parte delle strutture e dei medici ad assicurarsi per il massimale minimo di legge, confidando nel fatto che il Fondo garantirà comunque la copertura per l'eccesso.

Inoltre determinerebbe anche un paradosso: l'assicurato A che abbia stipulato una copertura assicurativa con un massimale basso, pagando un premio basso e corrispondendo al Fondo un contributo basso, proprio per la limitatezza del massimale assicurato, avrebbe una maggiore probabilità di usufruire del Fondo stesso rispetto ad un assicurato B che abbia sottoscritto una polizza con massimale più alto e quindi, conseguentemente, pagato un premio più alto e corrisposto un contributo al Fondo più alto.

Ricordiamo, peraltro, l'esistenza di un altro Fondo, istituito dalla legge Balduzzi, che sarà regolato da un emanando DPR, che prevedrebbe due ipotesi di intervento:

- a) qualora l'esercente la professione sanitaria dimostri di aver corrisposto un premio assicurativo superiore ai parametri determinati dal Fondo stesso;
- b) qualora l'esercente la professione sanitaria dimostri di aver ricevuto tre rifiuti sul mercato assicurativo alla stipula della copertura assicurativa per la propria responsabilità.

PROPOSTA - Allo scopo di superare la criticità sopra evidenziata, e di razionalizzare la presenza di due Fondi coesistenti, proponiamo la creazione di un unico Fondo, a garanzia delle ipotesi di cui alle lettere a) e b) e dell'ipotesi di fallimento e insolvenza prevista nel provvedimento in esame, con la conferma del contributo già previsto nel limite massimo del quattro per cento sui premi incassati.

ULTERIORI CONSIDERAZIONI

Le tabelle del danno non patrimoniale

Appare auspicabile che le tabelle per il risarcimento del danno non patrimoniale conseguente a sinistro stradale siano applicabili non solo ai risarcimenti conseguenti a danni prodotti da professionisti sanitari, come già previsto dalla Legge Balduzzi, ma anche ai danni imputabili alle strutture sanitarie. In questo modo, si potrà dare certezza alla determinazione del valore economico dei danni correlati ai casi di *malpractice*, azzerando le possibili discriminazioni territoriali e riducendo al minimo la soggettività delle valutazioni dei singoli (siano essi giudici, compagnie, avvocati ed altri attori in caso di transazione stragiudiziale).

L'effetto pratico di aver lasciato la determinazione della misura dei risarcimenti all'arbitrio dei tribunali è il continuo, scoordinato e tumultuoso incremento del valore di questi, che sono pagati in prima battuta dalle compagnie assicurative e quindi, a ben vedere, dagli stessi assicurati per effetto del conseguente incremento dei premi assicurativi indotto dall'aumento dei costi.

Le ricorrenti campagne avverso l'emanazione delle tabelle puntano il dito contro la presunta eccessiva riduzione degli indennizzi che i nuovi criteri risarcitori porterebbero con sé. Invece, riteniamo che una determinazione corretta dei costi attraverso le tabelle non possa che generare una maggiore efficienza dell'intero sistema ponendolo in grado di tutelare meglio i danneggiati: infatti l'attuale situazione di crisi in cui versa il sistema intero è determinata proprio da un andamento tecnico non controllato e non sostenibile, che al momento rischia di "collassare". L'introduzione di tabelle che uniformino i risarcimenti, evitando anche ingiustizie e discriminazioni, potrebbe essere un valido strumento per riportare il sistema in equilibrio, favorendo l'applicazione di premi assicurativi sostenibili dagli assicurati stessi con il ritorno sul mercato dei principali operatori tradizionali, che ora sono purtroppo generalmente assenti, con il conseguente ripristino di una maggiore affidabilità del sistema di liquidazione dei danni.

* * *

In conclusione, Signor Presidente e Onorevoli Senatori, ringraziandovi per l'attenzione prestata, ci auguriamo che le nostre valutazioni, i suggerimenti e le informazioni che Vi abbiamo fornito possano essere utili al lavoro della Commissione e restiamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, precisazioni e integrazioni qualora se ne ravvisasse l'opportunità.

APPENDICE STATISTICA

Analisi dei principali indicatori tecnici dell'assicurazione di responsabilità civile in ambito sanitario

L'ANIA da molti anni effettua una rilevazione statistica volta a identificare quali siano gli andamenti tecnici nell'ambito della responsabilità civile sanitaria, attraverso la costituzione di indici di sinistrosità che partono dall'anno di osservazione 1994⁽¹⁾. Questa rilevazione, tuttavia, è stata influenzata nel tempo dalla progressiva uscita dal mercato oggetto della rilevazione di numerose imprese nazionali a favore di imprese europee che operano in Italia in regime di libertà di stabilimento o di libera prestazione di servizi. Questa dinamica ha influito negativamente sulla rappresentatività del campione statistico in quanto le rappresentanza di imprese UE non forniscono informazioni all'Associazione se non, in parte, quelle relative ai premi. Quindi, se da un lato risulta più agevole la stima del volume della raccolta premi complessiva, dall'altro gli indicatori tecnici che derivano dal campione potrebbero risultare non pienamente rappresentativi dell'intero mercato.

Di seguito si riporta, per il totale settore della responsabilità civile sanitaria, una tavola di sintesi dei dati e degli indicatori tecnici principali che vengono elaborati dall'Associazione.

⁽¹⁾ Tale analisi è condotta separatamente per le due categorie:

– R.C. strutture sanitarie: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata. Sono escluse dalla rilevazione strutture quali case di riposo, laboratori di analisi, centri diagnostici, università).

– R.C. professionale medici: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria.

TOTALE R.C. MEDICA

Valori in migliaia di euro

		Valutazioni al 31/12/2013										
Anno di protocollazione	Premi contabilizzati	Numero sinistri denunciati	Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale dei sinistri	% Numero dei sinistri Liquidati	% Numero dei sinistri Riservati	% Importo dei sinistri Liquidati	% Importo dei sinistri Riservati	Costo totale dei sinistri	di cui: Importo sinistri pagati	di cui: Importo sinistri riservati	Rapporto sinistri pagati a premi	Rapporto sinistri riservati a premi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)=(10)+(11)	(10)	(11)	(12)	(13)
1994	35.406	9.567	63,7%	98,1%	1,9%	94,6%	5,4%	83.064	78.610	4.455	222%	13%
1995	55.349	17.303	75,7%	98,2%	1,8%	95,1%	4,9%	110.561	105.138	5.423	190%	10%
1996	62.628	17.057	71,8%	97,6%	2,4%	96,1%	3,9%	120.753	116.024	4.728	185%	8%
1997	71.777	23.501	71,6%	97,2%	2,8%	94,5%	5,5%	227.039	214.625	12.414	299%	17%
1998	93.141	27.714	68,6%	97,0%	3,0%	94,5%	5,5%	294.238	278.037	16.201	299%	17%
1999	147.970	32.334	66,0%	96,8%	3,2%	93,4%	6,6%	470.464	439.379	31.086	297%	21%
2000	235.232	33.327	66,2%	94,4%	5,6%	89,2%	10,8%	497.012	443.362	53.651	188%	23%
2001	260.175	33.149	66,9%	93,9%	6,1%	86,3%	13,7%	679.862	586.814	93.048	226%	36%
2002	271.033	30.471	63,3%	91,0%	9,0%	82,6%	17,4%	799.555	660.809	138.746	244%	51%
2003	316.436	27.440	61,0%	89,2%	10,8%	81,8%	18,2%	713.296	583.371	129.925	184%	41%
2004	383.653	28.344	60,2%	86,9%	13,1%	74,1%	25,9%	705.871	523.252	182.619	136%	48%
2005	378.286	28.633	60,6%	84,4%	15,6%	74,2%	25,8%	464.638	344.663	119.975	91%	32%
2006	428.738	28.383	57,8%	82,0%	18,0%	66,2%	33,8%	643.661	426.370	217.291	99%	51%
2007	453.027	29.543	58,3%	74,8%	25,2%	59,6%	40,4%	552.154	329.023	223.131	73%	49%
2008	484.903	29.597	55,9%	70,7%	29,3%	53,3%	46,7%	743.895	396.854	347.041	82%	72%
2009	482.339	34.035	53,2%	62,4%	37,6%	48,6%	51,4%	791.056	384.846	406.210	80%	84%
2010	497.163	33.682	47,3%	49,5%	50,5%	36,3%	63,7%	754.037	273.517	480.520	55%	97%
2011	524.498	31.409	41,0%	36,7%	63,3%	20,2%	79,8%	912.096	184.098	727.998	35%	139%
2012	543.489	31.195	31,5%	23,5%	76,5%	14,3%	85,7%	746.483	106.553	639.930	20%	118%
2013	564.300	30.412	17,4%	8,5%	91,5%	4,1%	95,9%	787.049	32.475	754.574	6%	134%

Nello specifico, nella tavola precedente si riportano:

Colonna (2) premi contabilizzati: si riportano i premi incassati in migliaia di euro (stimati per il totale mercato) dalle compagnie assicurative dal 1994 al 2013. Si passa dai 35,4 milioni del 1994 agli oltre 564 milioni del 2013.

Colonna (3) numero di sinistri denunciati: per ciascun anno di protocollazione (ossia per ciascun anno di presa in carico della denuncia da parte dell'assicuratore) mostra il numero dei sinistri denunciati al settore assicurativo. Anche in questo caso il numero è risultato in forte crescita, passando dai circa 9.500 del 1994 agli oltre 30.000 sinistri del 2013.

Le colonne da (4) a (13) sono riferite alla valutazione degli stessi sinistri (denunciati nei vari anni e riportati in colonna (3)) ma "fotografati" alla fine del 2013, ossia a distanza anche di molti anni da quando sono stati denunciati. In questo settore infatti – forse più che in altri

rami danni – una volta che il sinistro viene denunciato alle imprese di assicurazione, possono intercorrere molti anni prima che si riesca ad appurare la responsabilità o meno del medico o della struttura sanitaria coinvolta e prima che il danno sia completamente definito e stabilizzato e si possa, così, arrivare a una valutazione completa del danno da lesione e, quindi, ad un suo completo e definitivo pagamento.

Colonna (4) Incidenza % dei sinistri senza seguito sul totale dei sinistri: indica la percentuale dei sinistri che vengono chiusi senza effettuare nessun pagamento da parte delle compagnie (c.d. sinistri senza seguito). Per le generazioni di sinistri più mature (e quindi più sviluppate, ossia quelle dal 1994 al 2005), si osserva che oltre il 60% dei sinistri vengono chiusi senza alcun pagamento. Questo valore, molto elevato e apparentemente anomalo, in realtà non deve sorprendere, dal momento che spesso per uno stesso sinistro si effettui una doppia denuncia, sia chiamando in causa, ad esempio, la struttura ospedaliera dove si è verificato il danno, sia il personale medico (e, in questo caso, anche coinvolgendo più di un professionista); ciò ingenera indirettamente un effetto di duplicazione di denunce che solo nel momento in cui si accertano le diverse responsabilità possono portare alla chiusura senza pagamento dei vari sinistri duplicati, facendo scattare la copertura solo per quei casi dove effettivamente è stata accertata una responsabilità diretta.

Colonna (5) % Numero dei sinistri Liquidati: indica la percentuale del numero dei sinistri liquidati rispetto al numero dei sinistri denunciati con seguito, nei vari anni di protocollazione. Come si nota le percentuali sono relativamente basse per le generazioni più recenti (dal 2011 al 2013) di sinistri, in quanto sono generalmente incerte sia l'effettiva responsabilità dell'assicurato sia l'entità del danno; le percentuali crescono al crescere dell'anzianità della generazione dei sinistri, attestandosi su valori superiori al 90% per quelle con oltre dieci anni di sviluppo (ad esempio dal 2002 e precedenti).

Colonna (6) % Numero dei sinistri Riservati: indica la percentuale del numero dei sinistri ancora aperti e che dovranno essere liquidati in futuro rispetto al numero dei sinistri denunciati con seguito, nei vari anni di protocollazione. Questa è la colonna dei valori complementari al 100% rispetto a quelli riportati in colonna (5): per le generazioni più

recenti, una elevata percentuale di sinistri risulta ancora da liquidare, mentre per le generazioni precedenti al 2000 la percentuale scende sotto il 5%. Vale la pena segnalare che, dopo 20 anni, per la generazione del 1994 il 2,0% di sinistri devono ancora essere definiti, a testimonianza del fatto che occorre un numero elevato di anni per definire le controversie giudiziarie che scaturiscono da tali tipologie di danni.

Colonna (7) % Importo dei sinistri Liquidati: questa colonna di percentuali è la stessa di quella riportata in colonna (5), ma anziché essere calcolata sul numero dei sinistri è calcolata sugli importi, in quanto ha rilevanza anche valutare il peso che queste liquidazioni hanno in termini monetari rispetto al valore complessivo dei sinistri. L'andamento delle percentuali degli importi liquidati, nei vari anni di protocollazione, è simile al trend osservato sulla percentuale dei numeri dei sinistri liquidati: oltre il 90% del costo totale dei sinistri è stato liquidato per gli anni molto vecchi (1999 e precedenti) ma la percentuale scende poi rapidamente per gli anni più recenti; in particolare per l'ultima generazione di sinistri (il 2013) appena il 4,1% del costo dei sinistri risultava liquidato alla fine dell'anno.

Colonna (8) % Importo dei sinistri Riservati: questa colonna di percentuali è la stessa di quella riportata in colonna (6) ma calcolata sugli importi messi a riserva anziché sul numero dei sinistri messi a riserva. Anche in questo caso è utile osservare come per una generazione di protocollazione molto vecchia (ad esempio il 1994) ancora il 5,4% del costo totale dei sinistri dell'intera generazione di sinistri deve essere liquidato.

Colonna (9) Costo totale dei sinistri: questa colonna riporta il costo complessivo dei sinistri per ciascun anno di protocollazione, ottenuto come somma dei sinistri effettivamente già liquidati, ossia ***l'importo dei sinistri pagati (Colonna (10))***, e dell'importo dei sinistri che verranno liquidati in futuro, ossia ***l'importo dei sinistri riservati (Colonna (11))***.

Al fine di giudicare l'evidente situazione di disequilibrio economico del settore, è utile confrontare quanto è stato effettivamente pagato dal settore assicurativo rispetto a quanto è stato incassato in termini di premi. A questo scopo è stato creato anche l'indicatore riportato in **Colonna (12)**, definito come ***rappporto fra sinistri pagati e premi incassati***.

Prendendo come riferimento il 1994, si vede chiaramente che a fronte di 35,4 milioni di premi incassati dalle compagnie assicurative, alla fine del 2013 erano stati liquidati sinistri per un totale complessivo di 78,6 milioni, ossia più del doppio (o il 222% come riporta appunto l'indicatore). Questa non è stata, peraltro, una risultanza negativa di un solo anno ma – come evidenziato in rosso da tutti gli indicatori della stessa colonna – il rapporto fra i sinistri pagati e i premi incassati è stato mediamente pari al 200%; ciò evidenzia che - in media - a fronte di un introito premi pari a 100 euro, il settore assicurativo ha dovuto risarcire sinistri per ben 200 euro. **In tutti questi anni le compagnie si sono trovate in un evidente situazione di mancato equilibrio economico**, destinato peraltro anche ad aggravarsi, visto che per quegli stessi anni, come si vede dalla Colonna (8), vi è una non trascurabile parte di sinistri ancora da liquidare.

Per gli anni più recenti (dal 2005 in poi) questo indicatore scende rapidamente perché, come si è visto anche dai valori in colonna (5) e colonna (7), è bassa la percentuale di sinistri che viene liquidata. Per questi anni, infatti, a causa della complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e delle frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, la valutazione del sinistro da parte delle compagnie richiede tempi molto lunghi prima di arrivare ad una completa quantificazione del danno, il quale rimane appunto a riserva per importi che poi storicamente si sono dimostrati sempre insufficienti. L'incertezza nella quantificazione del danno è infatti molto spesso legata alla frequente evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di entità del danno da risarcire che, nel tempo, hanno avuto "spinte inflazionistiche" verso l'alto di elevata importanza.

Infine, appare del tutto evidente che per valutare l'effettivo risultato dell'onere complessivo relativo al pagamento dei sinistri occorre sommare le percentuali delle colonne (12) e (13). Da questa operazione si evidenzia che il complessivo rapporto sinistri a premi (S/P) è costantemente negativo.