

## APPROFONDIMENTI

Tavola II.19

Provincia	Incidentalità provinciale nel periodo 2014-2016			Provincia	Incidentalità provinciale nel periodo 2014-2016			Provincia	Incidentalità provinciale nel periodo 2014-2016		
	2014	2015	2016		2014	2015	2016		2014	2015	2016
Valle d'Aosta	1,34	1,28	1,17	Trentino Alto Adige	1,63	1,67	1,22	Lombardia	5,07	5,36	4,68
Aosta	1,34	1,28	1,17	Bolzano	1,31	1,38	1,03	Bergamo	4,23	4,53	3,91
Piemonte	2,64	2,86	2,52	Trento	1,95	1,95	1,41	Brescia	3,66	3,82	3,10
Alessandria	1,46	1,60	1,38	Friuli Venezia Giulia	1,96	2,05	1,67	Como	5,25	5,56	4,95
Asti	1,46	1,59	1,44	Gorizia	2,50	2,45	2,01	Cremona	2,17	2,31	1,88
Biella	2,26	2,35	1,93	Pordenone	1,59	1,64	1,36	Lecco	4,36	4,56	4,38
Cuneo	1,37	1,51	1,36	Trieste	6,31	6,75	5,97	Lodi	2,67	2,89	2,51
Novara	2,60	2,81	2,47	Udine	1,55	1,65	1,31	Mantova	1,85	1,92	1,62
Torino	4,97	5,35	4,72	Emilia Romagna	2,42	2,60	2,23	Milano	12,91	13,44	12,50
Verbano-Cusio-Ossola	1,83	1,86	1,74	Bologna	3,97	4,40	3,67	Monza e Brianza	8,82	9,46	9,36
Vercelli	1,30	1,40	1,11	Ferrara	1,43	1,54	1,33	Pavia	2,53	2,79	2,36
Liguria	3,40	3,69	3,26	Forlì-Cesena	2,28	2,34	2,10	Sondrio	1,66	1,63	1,46
Genova	6,22	6,77	5,70	Modena	2,17	2,32	1,91	Varese	5,34	5,62	5,28
Imperia	1,59	1,85	1,77	Parma	2,34	2,51	2,13	Veneto	2,16	2,28	2,02
La Spezia	2,36	2,48	2,31	Piacenza	1,55	1,64	1,43	Belluno	1,37	1,40	0,91
Savona	2,12	2,23	1,91	Ravenna	2,00	2,11	1,87	Padova	2,75	2,90	2,56
Toscana	3,73	3,97	3,29	Reggio nell'Emilia	2,02	2,13	1,89	Rovigo	0,97	1,03	0,90
Arezzo	2,59	2,84	2,33	Rimini	4,15	4,43	4,17	Treviso	2,14	2,35	2,13
Firenze	5,56	6,05	4,74	Umbria	1,31	1,37	1,15	Venezia	2,62	2,73	2,50
Grosseto	1,74	1,88	1,58	Perugia	1,29	1,37	1,17	Verona	2,28	2,38	2,37
Livorno	4,14	4,32	4,16	Terni	1,35	1,38	1,11	Vicenza	2,07	2,21	1,89
Lucca	3,50	3,54	3,08	Lazio	5,34	5,58	4,77	Abruzzo	1,29	1,38	1,19
Massa-Carrara	2,70	2,66	2,30	Frosinone	1,85	1,69	1,42	Chieti	1,16	1,24	1,05
Pisa	3,92	4,22	3,57	Latina	3,11	3,22	2,65	L'Aquila	0,86	0,97	0,80
Prato	9,49	10,36	7,69	Rieti	1,01	1,07	0,86	Pescara	2,23	2,33	2,04
Pistoia	3,62	3,78	3,02	Roma	9,95	10,41	9,13	Teramo	1,37	1,43	1,40
Siena	2,14	2,20	1,76	Viterbo	1,38	1,47	1,25	Marche	1,74	1,86	1,69
Campania	3,82	3,84	3,37	Molise	0,41	0,41	0,37	Ancona	2,70	2,94	2,62
Avellino	0,78	0,83	0,68	Campobasso	0,41	0,42	0,39	Ascoli Piceno	2,27	2,30	2,24
Benevento	0,69	0,78	0,73	Isernia	0,38	0,37	0,33	Fermo	2,65	2,84	2,57
Caserta	2,58	2,61	2,41	Puglia	1,46	1,55	1,46	Macerata	1,14	1,19	1,06
Napoli	19,15	19,01	16,84	Bari	1,93	2,03	1,89	Pesaro e Urbino	1,29	1,40	1,32
Salerno	1,62	1,65	1,58	Barletta-Andria-Trani	1,39	1,51	1,33	Basilicata	0,51	0,53	0,46
Sardegna	1,66	1,74	1,70	Brindisi	0,98	1,02	0,98	Matera	0,54	0,55	0,47
Cagliari	2,87	3,07	2,77	Foggia	0,84	0,87	0,83	Potenza	0,49	0,51	0,46
Carbonia-Iglesias	1,38	1,47	1,49	Lecce	2,02	2,23	2,12	Sicilia	1,84	2,15	2,22
Medio Campidano	0,62	0,66	0,68	Taranto	1,53	1,61	1,58	Agrigento	1,12	1,19	1,24
Nuoro	1,30	1,27	1,26	Calabria	0,95	1,02	0,88	Catania	1,91	2,02	2,20
Ogliastra	0,69	0,81	0,85	Catanzaro	1,03	1,10	0,95	Enna	2,44	2,67	2,93
Olbia-Tempio	1,70	1,77	1,86	Cosenza	0,75	0,82	0,74	Messina	0,57	0,62	0,63
Oristano	0,86	0,91	0,86	Crotone	0,85	0,94	0,81	Palermo	3,70	3,89	3,82
Sassari	1,83	1,84	1,88	Reggio di Calabria	1,27	1,31	1,03	Ragusa	1,39	1,49	1,45
				Vibo Valentia	1,23	1,31	1,20	Siracusa	2,26	2,48	2,41
Totale Italia	2,53	2,67	2,36					Trapani	2,15	2,24	2,14

Fonte: elaborazioni su dati IVASS e ACI.

L'indice assume valori elevati in corrispondenza delle aree metropolitane, considerata la maggiore densità di circolazione (tavola II.20).

*Il ramo R.C. auto: sinistri, prezzi e analisi territoriale*

Tavola II.20

Indice d'incidentalità per Città Metropolitana - Anno 2016					
Napoli	16,15	Palermo	3,69	Venezia	2,39
Milano	9,70	Torino	3,39	Bari	1,87
Roma	7,84	Firenze	3,26	Messina	1,62
Cagliari	4,88	Bologna	3,15	Reggio Calabria	0,97
Genova	4,50	Catania	2,87	Aree non metropolitane	1,30

Con riferimento al 2016, la tavola II.21 riporta mostra colonna, i 25 comuni per i quali si rilevano i valori più contenuti dell'indicatore<sup>57</sup> (per lo più si tratta di comuni scarsamente abitati) e i 25 comuni, diversi dai capoluoghi di provincia, per i quali l'indice di incidentalità è maggiormente elevato.

<sup>57</sup> L'indicatore è valorizzato in presenza di sinistri avvenuti nel territorio comunale, non sono indicati i comuni per i quali l'indicatore è nullo.

## APPROFONDIMENTI

Tavola II.21

Indice d'incidentalità per comune - Anno 2016		
	indice	Popolazione residente
<b>I 25 comuni con i valori più bassi dell'indice</b>		
Castelsantangelo sul Nera (MC)	0,005	281
Morrone del Sannio (CB)	0,005	587
Plataci (CS)	0,008	739
Poggiodomo (PG)	0,011	117
Monte Cavallo (MC)	0,011	145
Asuni (OR)	0,011	349
Sant'Angelo Limosano (CB)	0,011	352
Greci (AV)	0,012	691
Rassa (VC)	0,012	71
Ribordone (TO)	0,012	53
Montacuto (AL)	0,012	278
Dualchi (NU)	0,013	625
Pozzaglia Sabina (RI)	0,013	360
Carrega Ligure (AL)	0,013	84
Acceglio (CN)	0,013	162
Picinisco (FR)	0,013	1.218
Mogorella (OR)	0,015	447
Aurano (VB)	0,015	111
San Felice del Molise (CB)	0,015	634
Casteldelci (RN)	0,016	407
Niella Belbo (CN)	0,016	372
Montorio nei Frentani (CB)	0,017	437
San Cosmo Albanese (CS)	0,017	591
Drenchia (UD)	0,017	115
Allein (AO)	0,017	229
<b>I 25 comuni con i più alti indici (non capoluogo di provincia)</b>		
San Giorgio a Cremano (NA)	38,89	45.557
Casavatore (NA)	31,94	18.661
Melito di Napoli (NA)	29,69	37.826
Frattamaggiore (NA)	28,88	30.329
Casoria (NA)	26,56	77.642
Portici (NA)	25,88	55.274
Arzano (NA)	25,06	34.886
Villaricca (NA)	24,61	31.122
Melegnano (MI)	21,54	17.716
Mugnano di Napoli (NA)	21,26	34.828
Pomigliano D'Arco (NA)	20,35	39.922
Sesto San Giovanni (MI)	19,40	81.608
Castellammare di Stabia (NA)	19,26	66.466
San Giuseppe Vesuviano (NA)	19,16	30.657
Marano Di Napoli (NA)	17,71	59.874
Casandrino (NA)	17,68	14.336
Aversa (CE)	17,59	53.047
Casalnuovo Di Napoli (NA)	17,15	49.855
Grumo Nevano (NA)	16,96	18.061
Orio Al Serio (BG)	16,61	1.770
Corsico (MI)	16,52	35.032
Gragnano (NA)	16,27	29.136
Sant'Antimo (NA)	16,00	33.905
San Sebastiano Al Vesuvio (NA)	15,40	9.196
Qualiano (NA)	15,30	25.702

Fonte: elaborazioni su dati OpenStreetMap e Tele Atlas Repubblica.

---

*La responsabilità civile medica degli esercenti le professioni sanitarie*

---

**2. - LA RESPONSABILITÀ CIVILE MEDICA DEGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE**

L'importanza dell'assicurazione contro i rischi degli errori in medicina deriva dal ruolo che domanda e offerta di cure mediche rivestono nelle economie di tutti i paesi. Nel 2014 la spesa sanitaria rappresentava poco meno di un decimo del PIL mondiale. La quota è più elevata nei paesi sviluppati<sup>58</sup>, che nel corso degli anni hanno investito notevoli risorse per la costruzione di sistemi sanitari universali, destinate a crescere con il progressivo invecchiamento della popolazione.

I sistemi di responsabilità civile medica tutelano il diritto alla sicurezza delle cure sia nella sanità pubblica sia in quella privata, ma in molti paesi sono carenti sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza. Una scarsa efficacia si manifesta qualora il sistema non risarcisca i pazienti che hanno subito trattamenti medici non adeguati o risarcisca soggetti che non ne avrebbero diritto. Un'efficienza carente emerge invece se i risarcimenti sono tardivi o i costi di gestione del sistema sono eccessivi. Una vasta letteratura internazionale mostra, seppure in diversa misura, la diffusa coesistenza di questi problemi.

La medicina difensiva è una comune reazione alle carenze dei sistemi di responsabilità civile medica. Si parla di medicina difensiva attiva quando i medici eseguono una serie di procedure inutili per la salute del paziente, al solo scopo di evitare la citazione in giudizio. Meno frequenti sono i casi di medicina difensiva passiva, qualora il rischio legale dissuada il medico dall'effettuare alcuni interventi, a costo di compromettere la salute del paziente<sup>59</sup>.

In questo contesto, l'Italia si caratterizza per un'offerta di coperture assicurative per la responsabilità sanitaria delle strutture e del personale concentrata presso poche imprese, in particolare per quanto riguarda le strutture pubbliche. Altra tipicità del nostro paese è la crescente preferenza delle strutture pubbliche per la ritenzione del rischio, definita impropriamente "autoassicurazione".

L'indagine annuale dell'IVASS, giunta quest'anno alla terza edizione, consente di misurare le principali caratteristiche del mercato italiano dell'assicurazione per la r.c. medica<sup>60, 61</sup>.

Nel 2016 il mercato delle coperture per la r.c. medica è diviso tra 15 operatori (tavola II.22), che incassano il 95% dei premi in almeno uno dei tre sotto-settori delle strutture sanitarie pubbliche, private e del personale sanitario. Rispetto al 2015 si amplia leggermente il numero degli operatori significativi per le strutture sanitarie pubbliche (passato da 3 a 4) e

<sup>58</sup> Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità. Per l'Italia la quota ammonta a 10,2%, 11,5 % per la Francia, 12,3% per la Germania, 17,1% per gli Stati Uniti.

<sup>59</sup> Uno studio del 2010 ha stimato pari a 50 miliardi di dollari il costo della medicina difensiva negli Stati Uniti. Per l'Italia, uno studio AGENAS del 2015 ha valutato la spesa pari a 10 miliardi di euro, basandosi su dati rilevati in Lombardia, Marche, Sicilia e Umbria.

<sup>60</sup> L'indagine è stata condotta tra marzo e aprile del 2017 e ha riguardato tutte le 94 imprese che nel 2016 operavano in Italia nel settore della r.c. generale, di cui ta parte la r.c. medica. Le domande hanno riguardato i premi riscossi nel 2016, alcune caratteristiche dei contratti, i principali ostacoli all'operatività nel settore e l'andamento dei disaccordi e delle riserve per i sinistri denunciati tra 2010 e 2016.

<sup>61</sup> I dati relativi al 2010-2015 sono variati rispetto a quelli discussi nella Relazione dello scorso anno (I.7.1) per aggiornamenti retrospettivi trasmessi successivamente dalle imprese.

## APPROFONDIMENTI

private (salito da 6 a 9). Le imprese estere operanti in Italia in regime di **stabilimento** o di I.p.s. sono molto presenti in questo mercato mentre risulta sporadica la presenza di imprese italiane, in particolare nella collocazione delle coperture per le strutture sanitarie pubbliche.

Tavola II.22

Numero di imprese che realizzano il 95% dei premi per r.c. medica nei singoli anni per i 3 settori (2010-2016)												(unità)
	Strutture sanitarie pubbliche			Strutture sanitarie private			Personale sanitario			Tutto il settore		
	Totale	Imprese italiane	Imprese estere (a)	Totale	Imprese italiane	Imprese estere (a)	Totale	Imprese italiane	Imprese estere (a)	Totale	Imprese italiane	Imprese estere (a)
2010	3	2	1	4	3	1	9	7	2	9	7	2
2011	5	3	2	5	3	2	10	8	2	11	8	3
2012	4	2	2	6	3	3	11	9	2	14	9	5
2013	3	1	2	7	4	3	13	10	3	16	10	6
2014	3	0	3	6	4	2	13	10	3	16	10	6
2015	3	1	2	6	4	2	13	11	2	15	11	4
2016	4	0	4	9	4	5	12	10	2	15	10	5

(a) Imprese operanti in Italia in regime di stabilimento o di I.p.s.

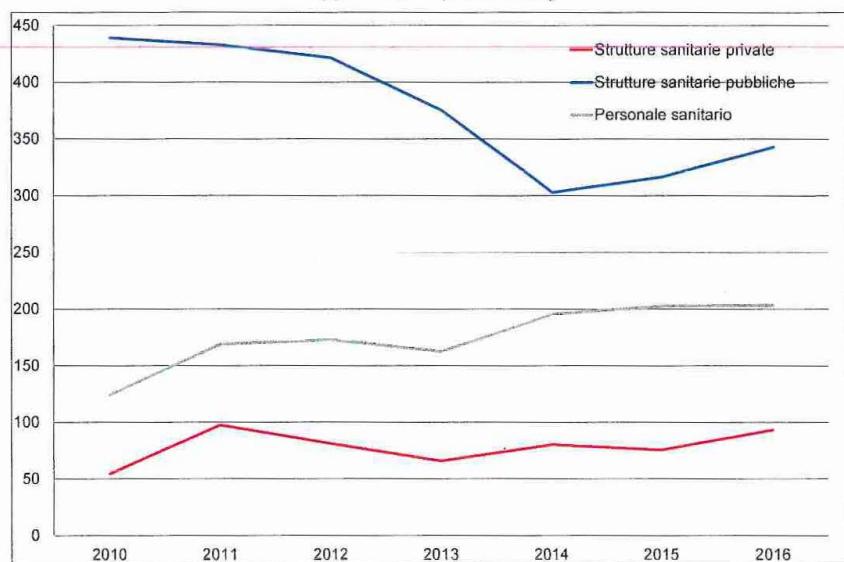
La raccolta premi del 2016 ammonta a 640 milioni di euro: 53,6% per le strutture pubbliche, 31,8% per gli operatori sanitari e il restante 14,6% per le strutture private. Nel 2015-2016 hanno ripreso a crescere i premi pagati dalle strutture pubbliche (figura II.14), ma risulta in costante flessione il numero di strutture pubbliche assicurate, passato da 1.277 a 708 tra 2010 e 2016. Sempre nel 2016, risultano assicurate 4.195 strutture private e 283.781 unità di personale sanitario, per tre quarti di tipo medico.

*La responsabilità civile medica degli esercenti le professioni sanitarie*

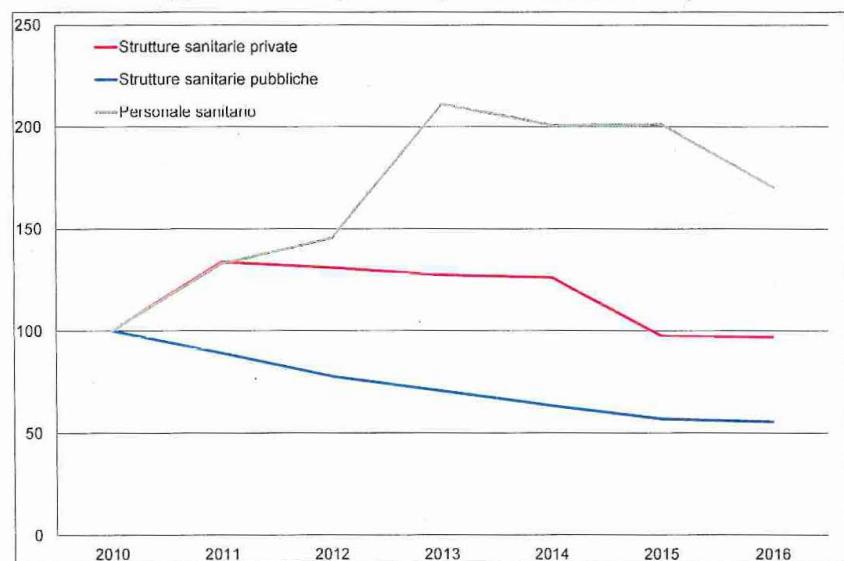
Figura II.14

**Ammontare dei premi e numero di assicurati per la r.c. medica per i 3 settori (2010-2016)**

(a) Premi (milioni di euro)



(b) Assicurati (numero indice, 100=numero assicurati nel 2010)



## APPROFONDIMENTI

Il premio medio per il 2016 risulta pari a 484.402 euro per le strutture pubbliche, 22.204 euro per quelle private e 717 euro per gli operatori sanitari. I valori sono in crescita nel 2015-2016.

Per circa tre quarti delle imprese assicurative il canale distributivo prevalente continua ad essere quello agenziale. I *broker* operano soprattutto nell'intermediazione dei contratti di maggior valore che assicurano le strutture pubbliche. Il ruolo della vendita diretta è marginale e limitato agli operatori sanitari.

Rispetto al 2015, si è ampliata la variabilità delle **franchigie** e dei **massimali** praticati nel 2016 per le strutture sanitarie pubbliche e private (tavola II.23). In particolare, per le strutture pubbliche il campo di variazione delle **franchigie** si è ampliato del 75%, mentre quello relativo ai **massimali** è quadruplicato.

Tavola II.23

Minimo e massimo per franchigie e massimali dei contratti di r.c. medica sottoscritti nel 2016 (valori medi)				
	Franchigie		Massimali	
	Minimo	Massimo	Minimo	Massimo
Strutture sanitarie pubbliche	34.464	1.119.643	1.166.026	12.825.000
Strutture sanitarie private	14.776	831.395	1.184.211	9.315.789
Personale sanitario	513	61.891	665.781	3.101.563

Il numero di denunce di sinistri gestite dalle imprese è in costante calo nel periodo 2010-2016 (tavola II.24), le 14.641 denunce del 2016 sono soltanto il 40% di quelle del 2010, mentre nello stesso periodo il numero di assicurati è cresciuto del 67,6%.

Come già evidenziato lo scorso anno, il settore si caratterizza per la lentezza dei tempi di definizione dei sinistri (solo il 4,6% delle denunce pervenute nel 2016 ha avuto un pagamento definitivo entro la fine dell'anno) e per l'elevato numero di sinistri senza seguito (ad esempio, sono senza seguito un terzo delle denunce pervenute nel 2010). Se si considerano tutti gli anni di denuncia, il numero di sinistri indennizzati in via definitiva (58.564) è leggermente inferiore al numero di quelli senza seguito (59.742).

*La responsabilità civile medica degli esercenti le professioni sanitarie*

Tavola II.24

Anno di denuncia	Situazione a fine 2016 dei sinistri nella r.c. medica, anni di denuncia 2010-2016						(numero)	
	Sinistri pagati a titolo definitivo		Sinistri riservati		Sinistri senza seguito			
	% <sup>(a)</sup>	% <sup>(a)</sup>	% <sup>(a)</sup>	% <sup>(a)</sup>	% <sup>(a)</sup>	% <sup>(a)</sup>		
2010	20.689	57,6	3.203	8,9	12.049	33,5	35.941 100,0 172.274	
2011	14.913	47,4	4.165	13,2	12.403	39,4	31.481 100,0 228.563	
2012	9.541	36,3	4.857	18,5	11.853	45,2	26.251 100,0 249.092	
2013	5.596	25,9	6.099	28,3	9.888	45,8	21.583 100,0 358.378	
2014	4.381	22,8	7.967	41,5	6.866	35,7	19.214 100,0 340.878	
2015	2.773	15,0	11.117	60,1	4.618	25,0	18.508 100,0 340.169	
2016	671	4,6	11.905	81,3	2.065	14,1	14.641 100,0 288.684	
<b>Totale</b>	<b>58.564</b>		<b>49.313</b>		<b>59.742</b>		<b>167.619</b>	

(a) Percentuali riferite al totale dei sinistri denunciati.

Come conseguenza della lenta definizione dei sinistri, per i singoli anni di denuncia le riserve hanno un valore molto elevato rispetto ai risarcimenti. A fine 2016, le imprese hanno stanziato riserve per 3.034,8 milioni di euro per risarcimenti futuri. Le riserve sono una stima dei risarcimenti ancora da erogare per le denunce pervenute tra 2010 e 2016 (tavola II.25), per le quali sono stati risarciti a titolo definitivo soltanto 1.213,1 milioni di euro. Il valore dei risarcimenti già erogati supera quello delle riserve solo per le denunce più vecchie, pervenute prima del 2012.

Tavola II.25

Anno di denuncia	Risarcimenti e riserve a fine 2016 dei sinistri nella r.c. medica, anni di denuncia 2010-2016			(milioni di euro)
	Risarcimenti a titolo definitivo		Risarcimenti a titolo parziale	
	% <sup>(a)</sup>	% <sup>(a)</sup>	% <sup>(a)</sup>	
2010	420,0	63,8	29,1	4,4 209,2 31,8
2011	298,2	49,7	15,9	2,6 286,3 47,7
2012	212,0	37,6	13,0	2,3 338,9 60,1
2013	169,6	26,9	4,0	0,6 456,0 72,4
2014	73,0	12,2	7,1	1,2 516,3 86,6
2015	32,3	5,2	2,2	0,4 588,8 94,5
2016	8,0	1,2	0,3	0,0 639,3 98,7
<b>Totale</b>	<b>1.213,1</b>		<b>71,6</b>	<b>3.034,8</b>

(a) Percentuali riferite al totale rimborsato e riservato.

---

*APPROFONDIMENTI*

---

La velocità di liquidazione dei risarcimenti è differente per le tre tipologie di assicurati. Per le denunce relative agli anni 2010-2013, essa è infatti superiore per le strutture pubbliche (tavola II.26) rispetto a quelle private. La velocità di liquidazione è più bassa per gli operatori sanitari: soltanto il 62,5% dei sinistri denunciati nel 2010 risulta risarcito alla fine del 2016, contro l'80,5% per le strutture pubbliche e il 78% per quelle private.

In media, solo il 2,7% dell'importo dei risarcimenti viene liquidato entro l'anno di denuncia. La percentuale sale al 13,8% se si aggiungono anche i risarcimenti dell'anno successivo (nel settore della r.c. auto, le due percentuali valgono rispettivamente 36,2 e 55,4%<sup>62</sup>).

---

<sup>62</sup> Cfr. IVASS, Bollettino Statistico IV, L'attività assicurativa nel comparto auto (2010-2015), Allegato B, tav. 15 ([https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/bollettino-statistico/2017/n4/Allegato\\_A.xlsb](https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/bollettino-statistico/2017/n4/Allegato_A.xlsb)).

*La responsabilità civile medica degli esercenti le professioni sanitarie*

Tavola II.26

Velocità di liquidazione dei risarcimenti <sup>(a)</sup> nella r.c. medica, anni di denuncia 2010-2016						
Anni di denuncia	Strutture sanitarie pubbliche					
	Anni di sviluppo					
2010	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2010	7,3	17,8	26,6	44,6	62,0	73,2
2011	-	4,6	21,8	24,3	40,5	58,8
2012	-	-	5,6	7,7	22,2	38,2
2013	-	-	-	0,8	6,6	21,4
2014	-	-	-	-	1,0	7,0
2015	-	-	-	-	-	0,8
2016	-	-	-	-	-	0,5
Strutture sanitarie private						
Anni di denuncia	Anni di sviluppo					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2010	2,8	15,4	27,2	46,6	60,5	71,6
2011	-	4,0	18,0	23,5	33,6	49,4
2012	-	-	1,9	9,2	19,4	32,2
2013	-	-	-	2,7	8,2	14,5
2014	-	-	-	-	2,7	13,0
2015	-	-	-	-	-	1,6
2016	-	-	-	-	-	2,6
Personale sanitario						
Anni di denuncia	Anni di sviluppo					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2010	2,5	10,5	18,9	32,9	44,7	54,9
2011	-	2,6	11,4	19,9	31,5	41,1
2012	-	-	2,4	9,7	19,2	28,2
2013	-	-	-	1,1	6,4	13,2
2014	-	-	-	-	3,6	8,5
2015	-	-	-	-	-	2,8
2016	-	-	-	-	-	2,8

(a) Per ogni anno di denuncia, la velocità di liquidazione per un dato anno di sviluppo è il rapporto percentuale tra il totale dei risarcimenti (inclusi quelli parziali) corrisposti fino a quell'anno di sviluppo e la somma tra gli stessi risarcimenti e il valore delle riserve per l'anno di sviluppo.

Tra gli ostacoli all'operatività nel settore segnalati dalle imprese sono indicati con maggior frequenza la difficoltà di quantificare il rischio, l'incertezza legislativa e la bassa profitabilità del settore. I problemi di misurazione del rischio sono lievemente più diffusi per le coperture degli operatori sanitari, mentre le preoccupazioni sulla profitabilità, unite a quelle della crescita eccessiva del costo dei risarcimenti, sono superiori nell'assicurazione delle strutture sanitarie pubbliche. L'entrata in vigore di *Solvency II* dal 2016 non desta preoccupazioni eccessive, nonostante imponga alle imprese requisiti di capitale specifici per il rischio di riservazione, rilevante nella r.c. medica.

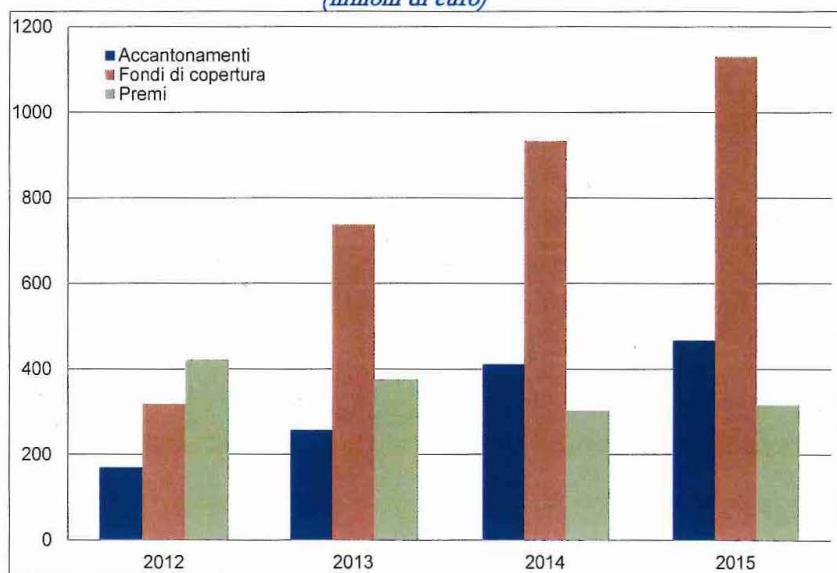
## APPROFONDIMENTI

Le strutture sanitarie che scelgono di internalizzare il rischio da responsabilità civile medica possono costituire fondi specifici per i risarcimenti dovuti ai pazienti vittime di *medical malpractice*. Le strutture che optano per questa soluzione adottano tipicamente una forma mista, che prevede l'utilizzo di coperture assicurative per i soli risarcimenti di valore superiore a una certa soglia. L'autoassicurazione consentirebbe vantaggi di bilancio nel breve e medio periodo, soprattutto se i fondi stanziati non sono calcolati secondo criteri attuariali.

Le risorse accantonate per i fondi di autoassicurazione risultano in crescita nel periodo 2012-2015 (figura II.15). I fondi alla fine del 2015 ammontano a 1.130 milioni di euro. Nel 2014 e nel 2015 il valore degli accantonamenti (pari rispettivamente a 412 e 468 milioni di euro) ha superato quello dei premi assicurativi pagati dalle strutture pubbliche per la r.c. medica.

Figura II.15

**Responsabilità civile medica delle strutture sanitarie pubbliche.  
Autoassicurazione (accantonamenti e fondi) e premi corrisposti alle imprese assicurative  
(milioni di euro)**



Fonte: Ministero della Salute per accantonamenti e fondi di copertura, IVASS per i premi.

Complessivamente il 66,4% delle strutture pubbliche<sup>63</sup> utilizzava i fondi di autoassicurazione nel 2015, contro il 25,3% nel 2012.

<sup>63</sup> Sono incluse le Regioni, che hanno facoltà di inserire questi fondi nei loro bilanci.

*La responsabilità civile medica degli esercenti le professioni sanitarie*

La scelta di utilizzare i fondi di autoassicurazione tende ad essere permanente, con una diffusione in aumento. Infatti, il 95,2% delle strutture che utilizzavano l'autoassicurazione nel 2012 la impiega ancora nel 2015 (nel Sud e isole la percentuale è 100%, tavola II.27). D'altro canto, il 55,6% delle strutture che non usavano l'autoassicurazione nel 2012 risulta invece utilizzarla nel 2015, con percentuali superiori tra le strutture del Centro (57,7%) e del Sud e isole (58,9%) rispetto a quelle del Nord (52,9%).

Tavola II.27

Macro area	Utilizzo di fondi nel 2012	2015					
		Si		No		Totale	
		Numero strutture	%	Numero strutture	%	Numero strutture	%
Nord	Si	28	93,3	2	6,7	30	100,0
	No	46	52,9	41	47,1	87	100,0
	<b>Totale macro area</b>	<b>74</b>	<b>63,2</b>	<b>43</b>	<b>36,8</b>	<b>117</b>	<b>100,0</b>
Centro	Si	11	91,7	1	8,3	12	100,0
	No	15	57,7	11	42,3	26	100,0
	<b>Totale macro area</b>	<b>26</b>	<b>68,4</b>	<b>12</b>	<b>31,6</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>
Sud e Isole	Si	21	100,0	0	0,0	21	100,0
	No	33	58,9	23	41,1	56	100,0
	<b>Totale macro area</b>	<b>54</b>	<b>70,1</b>	<b>23</b>	<b>29,9</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>
Totale	Si	60	95,2	3	4,8	63	100,0
	No	94	55,6	75	44,4	169	100,0
	<b>Totale Italia</b>	<b>154</b>	<b>93,3</b>	<b>78</b>	<b>6,7</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>

Fonte. Ministero della Salute.

Le criticità del settore hanno suggerito un intervento di riordino legislativo, che ha assunto la forma di una nuova legge (cfr. III.4.2.2) che sistemare organicamente la responsabilità sanitaria, prevedendo strumenti demandati ai futuri regolamenti. La lunghezza del periodo contrattuale delle coperture per la r.c. medica e la necessità di modificarle alla scadenza secondo i requisiti della normativa renderanno possibili analisi quantitative dell'impatto del provvedimento solo tra qualche anno. Alcune misure introdotte ([massimali](#) per la responsabilità degli operatori sanitari, linee-guida che definiscono il corretto comportamento medico, [rafforzamento della responsabilità della struttura sanitaria, obbligo del ricorso preliminare a soluzioni extra-giudiziali](#)) sono in linea con quanto proposto nella letteratura internazionale come possibili soluzioni per diminuire il ricorso alla medicina difensiva e migliorare il funzionamento della responsabilità sanitaria<sup>64</sup>.

<sup>64</sup> Si veda al riguardo Kessler D.P. (2011), Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform, *Journal of Economic Perspectives*, 25 (2), p. 93-110.

---

*APPROFONDIMENTI*

---

**3. - INNOVAZIONE TECNOLOGICA NEL SETTORE ASSICURATIVO E CYBER RISK**

La digitalizzazione e la diffusione della *Internet of Things* (IoT) e dei *Big Data* portano ad una profonda trasformazione del settore assicurativo. L'innovazione digitale connette le persone, integra i dati, automatizza i processi, consente nuovi prodotti e canali distributivi.

L'impatto è diffuso sull'intera catena del valore assicurativa con una progressiva frammentazione e possibilità di ingresso per nuovi operatori a vari livelli: efficienza e riduzione dei costi nelle operazioni aziendali (ad es. con il ricorso a *smart contracts*); disegno di nuovi prodotti, possibilità di *micro-polizze* e *sliced insurance*, polizze *pay-per-use* o *pay-as-you-drive*; *pricing* con il ricorso a dati personalizzati e granulari; nuove modalità di intermediazione e distribuzione con vendita digitale e *peer-to-peer*<sup>65</sup>; assistenza post-vendita *anytime/anywhere* con servizi 24/7 (ad es. assistenza sanitaria, chiamate SOS in caso di incidente auto, *localizzazione* dell'auto in caso di furto) grazie ad applicazioni di intelligenza artificiale che hanno impatto sul modello di gestione dei sinistri e della liquidazione e, a monte, nella fase assuntiva, su una migliore valutazione dei rischi.

L'**IVASS** risponde a queste sollecitazioni intensificando le analisi sul mercato nazionale, i contatti con le imprese, gli *intermediari*, gli operatori tecnologici in ambito assicurativo e i consumatori su aspetti di tutela e di vigilanza, la *partecipazione* alle iniziative internazionali e la valutazione sui gap nella regolamentazione e nelle prassi di vigilanza generati dall'innovazione tecnologica e i rischi collegati. A tal fine, è stato costituito un gruppo di lavoro dedicato al tema, con l'obiettivo di seguire, in un'ottica multidisciplinare, le trasformazioni legate all'innovazione tecnologica ed individuare possibili misure che, senza ostacolare l'innovazione, mantengano un elevato livello di protezione dei consumatori e di stimolo alle imprese su una sempre maggiore consapevolezza sul tema.

È continuato nel 2016 il monitoraggio sulle valutazioni di rischio delle imprese nazionali attraverso un *questionario* sul *cyber risk* nell'ambito dell'indagine trimestrale sulle vulnerabilità (cfr. III.1.4), aggiornato rispetto a precedenti richieste nel 2014 e 2015, anche per tenere in considerazione i recenti documenti sul tema pubblicati dallo **IAIS**<sup>66</sup> e dal **G7**<sup>67</sup>.

Le imprese del campione segnalano una sensibilità al rischio *cyber* fortemente crescente, come già rilevato in indagini analoghe in sede internazionale<sup>68</sup>. Tale rischio è inquadrato

<sup>65</sup> Gli *smart contracts* sono contratti scritti in un linguaggio eseguibile da un computer, le cui clausole possono essere produrre azioni senza intervento esterno, sulla base di informazioni ricevute in input ed elaborate secondo regole predefinite (ad es. pagamento di una somma se accade un determinato evento); nelle *sliced insurance* le coperture relative a rischi specifici sono attivate a scelta del cliente, anche per periodi limitati, andando quindi a comporre una polizza parzialmente o totalmente personalizzata e *on-demand*; le polizze *pay-per-use* e *pay-as-you-drive* prevedono una tariffa differenziata a seconda del tempo e delle modalità di utilizzo del bene assicurato; le caratteristiche della distribuzione *peer-to-peer* sono descritte in seguito.

<sup>66</sup> IAIS, *Issues Paper On Cyber Risk To The Insurance Sector*, <http://www.iaisweb.org/page/supervisory-material/issues-papers/file/61857/issues-paper-on-cyber-risk-to-the-insurance-sector>.

<sup>67</sup> G7, *Fundamental Elements Of Cybersecurity For The Financial Sector*, [http://www.mof.go.jp/english/international\\_policy/convention/g7/g7\\_161011.htm](http://www.mof.go.jp/english/international_policy/convention/g7/g7_161011.htm).

<sup>68</sup> Ad es. il *Risk Dashboard* EIOPA a maggio 2017 evidenzia la crescente minaccia di attacchi cyber tra i fattori rilevanti di cambiamento nel settore assicurativo attesi dagli analisti di mercato.

---

*Innovazione tecnologica nel settore assicurativo e cyber risk*

---

nell'ambito del *rischio operativo*, con particolare riferimento agli aspetti di *business continuity*, e coerentemente valutato dalle imprese nel regime di solvibilità *Solvency II*. Sono stati attivati processi di mitigazione, di controllo e di gestione del rischio, proporzionati alla natura, dimensione, e complessità operativa della realtà assicurativa. Sono presenti processi di *Business Impact Analysis* per identificare circostanze critiche da prevenire con più attenzione e gestire anche attraverso specifici *contingency plan*.

I maggiori operatori dispongono di programmi di prevenzione, monitoraggio e gestione del cyber risk, supportati da una *governance IT*, che in alcuni casi prevede specifici comitati IT o funzioni quale il *Chief Information Security Officer*, e dall'applicazione dei più diffusi standard di sicurezza. Si estende la cooperazione nella gestione del rischio *cyber* con l'adesione ad organizzazioni per la sicurezza informatica a vario livello (anche governativo), lo scambio di informazioni con la Polizia Postale e con associazioni di imprese, anche per ricostruire una serie storica delle perdite economiche dovute a rischi tecnologici. Non tutte le imprese monitorate hanno segnalato tentativi di attacchi informatici, quelle che li hanno riportati dichiarano che i sistemi in essere sono risultati sufficienti a bloccare i tentativi di intrusione.

Con riferimento alla commercializzazione di prodotti per la copertura del rischio *cyber*, su cui negli anni scorsi si riscontrava molta prudenza nel mercato italiano, quest'anno si evidenzia un cambio di tendenza con un maggior numero di imprese attive – seppure con volumi ancora molto contenuti – nella vendita di prodotti che includono la copertura del rischio *cyber* non solo nell'ambito degli oneri connessi ad azioni e procedimenti civili e penali, ma anche a protezione dell'integrità del patrimonio familiare per aspetti legati al furto d'identità e la responsabilità civile per i danni derivanti dalla violazione della normativa Privacy. Il bacino di utenza include principalmente il segmento *corporate* (in particolare grandi e medie imprese) ma si intendono promuovere le coperture *retail* e verso le piccole imprese. A fronte di un mercato in forte espansione sono ancora poche le realtà dotate di politiche di trasferimento del rischio *cyber*.

Nel corso di un seminario con le maggiori imprese assicurative e l'ANIA, si è discussa la diffusione dei prodotti di cyber insurance, l'impatto delle nuove tecnologie sul mercato assicurativo nazionale e la necessità di accrescere la cyber security, analizzando le vulnerabilità e i processi di mitigazione del rischio da parte delle imprese.

Sono stati evidenziati:

- l'attuale bassa penetrazione delle polizze che coprono il *cyber risk*; in larga parte si tratta di prodotti stand-alone rivolti al segmento corporate; sussiste tuttavia una esposizione “nascosta” al rischio cyber derivante da polizze danni già commercializzate; assumono rilevanza i servizi accessori offerti, anche per il segmento *retail*, dalle compagnie per aiutare l'assicurato a rispondere all'incidente e ripristinare l'operatività;
- dal lato della domanda, la scarsa consapevolezza ed elevato *moral hazard* (si preferisce subire le conseguenze dell'attacco quando si manifesta piuttosto che pagare un premio annuo a copertura del rischio);

---

*APPROFONDIMENTI*

---

- dal lato dell'offerta, le difficoltà per un corretto *pricing* delle coperture, anche per la mancanza di dati storici sul fenomeno, di stima della massima perdita, del costo elevato delle perizie tecniche e della complessità dei questionari in sede assuntiva. La mancanza di informazioni riduce la possibilità coperture riassicurative;
- trattandosi di prodotti complessi, l'esigenza di provvedere ad una formazione specifica del personale e in particolare del canale distributivo. Il ricorso a specialisti tecnici (di non facile reperimento) e la collaborazione con *start-up* tecnologiche in vari momenti della catena produttiva e distributiva risulta in aumento; ad es. in sede di gestione del sinistro ci possono essere difficoltà a quantificare il danno includendo tutte le perdite indirette, reputazionali, etc.;
- il rilevante impatto delle nuove tecnologie (ad es. *block-chain*, intelligenza artificiale, *robot-advisory*, *peer-to-peer*) sull'offerta assicurativa, in particolare nella fase distributiva e liquidativa; sono necessari cambiamenti rilevanti nell'approccio della rete distributiva e più in generale nei modelli di business;
- la ridotta diffusione al momento di polizze “a consumo” o con durata molto breve (settimanale o mensile), che comunque sono agevolate da modalità di pagamento innovative e dalla dematerializzazione, anche promossa dall'Autorità;
- la necessità, per mantenere la centralità dell'assicuratore nella r.c. auto, di tenere conto di importanti tendenze socio-comportamentali, tra cui il passaggio dalla proprietà all'uso di alcuni beni (ad es. il *car sharing* e il *private car sharing* provocano una riduzione del parco circolante e criticità nella profilazione del rischio assicurato, a meno di non associare le polizze al conducente invece che al veicolo) e l'introduzione di auto senza guidatore (con vantaggi in termini di calo dei sinistri di minore entità e rapidità nella valutazione del danno ma anche la possibile crescita di sinistri con danni elevati e la disintermediazione per coperture offerte direttamente dalle case automobilistiche, cfr. dopo);
- l'importanza dei processi di *data governance*, standardizzazione e qualità dei dati, anche per gestire la grande mole di dati generati delle *black box* e altri *device* e per integrare vecchi e nuovi dati ai fini di una migliore conoscenza e profilatura del cliente;
- l'urgenza di continui investimenti in sicurezza per aggiornamenti del software e delle infrastrutture, gestione di processi di sicurezza e formazione degli addetti, coerentemente con l'evoluzione delle minacce. L'efficacia delle misure dipende dalla diffusa applicazione nei diversi contesti e da parte di tutti i soggetti che entrano in contatto con le imprese (fornitori, clienti, intermediari, partner) rafforzando gli anelli deboli della catena;
- il rafforzamento della sicurezza dei *device* (*black box* e altri *device* connessi nella *Internet of Things*) che devono essere disegnati in modo da incrementare la resilienza; non esistono sistemi invulnerabili, va misurato il rischio residuo e organizzata una corretta gestione degli incidenti;

*Innovazione tecnologica nel settore assicurativo e cyber risk*

- gli effetti dell'innovazione sono potenzialmente rilevanti, in particolare sotto il profilo reputazionale (in caso di incidenti gravi) e strategico, per mantenere allineata l'offerta ai competitori più avanzati.

Un report dell'IVASS raccoglie le principali esperienze a livello nazionale e internazionale sulla ***digital health insurance***<sup>69</sup>, analizzando l'impatto dell'innovazione tecnologica sulla progettazione di nuovi prodotti e di nuove relazioni tra imprese e consumatori. Sono state prese in considerazione le polizze assicurative che si avvalgono di dispositivi digitali portabili, come i braccialetti elettronici, di altri dispositivi connessi attraverso la rete che raccolgono e scambiano dati, e di strumenti di diagnostica, per ottenere informazioni più accurate sullo stato di salute e sul comportamento dei clienti e definire tariffe personalizzate.

La diffusione crescente di questi *device* offre la possibilità di abbinare alle coperture sconti sui premi incentivando l'adozione di stili di vita più salutari anche con il ricorso ad applicazioni di *coaching*<sup>70</sup>. Gli strumenti digitali connessi permettono di offrire, in abbinamento alla polizza sanitaria, servizi aggiuntivi come la telemedicina o il monitoraggio dei pazienti a distanza, utile per i disabili o per gli anziani che vivono da soli, attraverso la rilevazione in remoto di parametri come la pressione arteriosa, il battito cardiaco, il livello di ossigeno nel sangue, la glicemia.

Si tratta di un mondo non esente da rischi. I dati personali devono essere utilizzati per migliorare la valutazione del rischio assicurato senza tradursi in una profilazione e segmentazione dannosa per il cliente, sino a minare la natura mutualistica e solidale dell'assicurazione con limitazioni dell'accesso alle coperture per i clienti meno profittevoli e con l'attuazione di pratiche discriminatorie.

I benefici per i consumatori in termini di sconti e di servizi aggiuntivi devono essere reali, considerato che il patrimonio di informazioni personali cedute si traduce in inegabili vantaggi per le compagnie per la conoscenza degli assicurati e dell'evoluzione del rischio assunto come anche in termini di riduzione dell'onere per sinistri e delle frodi.

Particolare interesse suscita la trasformazione in atto nel settore della mobilità dovuta ad autoveicoli connessi e dotati di avanzati strumenti di assistenza alla guida, come la frenata automatica d'emergenza, il *cruise control* adattivo e l'assistenza al parcheggio. Le case automobilistiche e tecnologiche sono impegnate nella realizzazione di sistemi di guida autonoma, con la possibilità per il "conducente" di affidare la guida al veicolo automatizzato per parte o tutto il percorso (cd. *driverless car*). Già nel 2016 sono state effettuate sperimentazioni su strade pubbliche e la diffusione sul mercato è prevista nel prossimo quinquennio. I veicoli dotati di sensori interagiscono con l'ambiente circostante e si inseriscono nei Sistemi di Trasporto Intelligente, basati su impianti che consentono ai veicoli di scambiare informazioni tra di loro e con le infrastrutture. Ci si può attendere maggiore sicurezza stradale (l'errore

<sup>69</sup> [https://www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche/documenti/Digital\\_health\\_insurance.pdf](https://www.ivass.it/consumatori/azioni-tutela/indagini-tematiche/documenti/Digital_health_insurance.pdf)

<sup>70</sup> Assistenti digitali che monitorano l'attività fisica svolta, le ore di riposo e le calorie ingerite e consumate.