

PRIMO PIANO

Aviva cede Aviva France

Aviva cede le sue attività in Francia per 3,2 miliardi di euro. Si tratta della più importante cessione voluta dalla ceo Amanda Blanc nell'ambito della strategia intrapresa per razionalizzare le attività dell'assicuratore britannico. La vendita è un accordo chiave e rappresenta oltre la metà dei circa sei miliardi di euro di cessioni che Aviva sta perseguendo. Aviva France è stata ceduta alla mutua francese Aema Groupe, recentemente creata dalla fusione di Aesio e Macif.

Secondo quanto comunica il gruppo Aviva, la cessione rafforzerà in modo significativo il capitale e la liquidità, con un aumento del Solvency II capital surplus di oltre 900 milioni di euro (800 milioni di sterline) e 22 punti percentuali di Solvency II cover ratio. Aviva prevede di utilizzare parte del capitale e della liquidità per ridurre il debito, investire per la crescita a lungo termine e sul ritorno del capitale in eccesso a favore degli azionisti. L'accordo è soggetto alle abituali condizioni, comprese le approvazioni normative, e si prevede potrà concludersi entro la fine del 2021.

"La vendita di Aviva France – ha detto Amanda Blanc – è una pietra miliare molto significativa nella realizzazione della nostra strategia. È un ottimo risultato per azionisti, clienti, dipendenti e distributori: aumenterà la forza finanziaria di Aviva e ridurrà la volatilità".

Fabrizio Aurilia

MERCATO

Responsabilità medica, la situazione di mercato

L'ultima edizione del bollettino statistico dell'Ivass restituisce un'immagine dettagliata del segmento delle polizze dedicate a medici, operatori e strutture sanitarie: dagli operatori del settore all'andamento dei premi, dai canali distributivi al fenomeno dell'auto-ritenzione. Il tutto alla luce della vigente legge Gelli

TERZA PARTE

Nel 2019 le compagnie hanno ricevuto 17.904 denunce. Il dato è diminuito del 6,7% rispetto al numero di denunce ricevute nel 2018, ma soprattutto è in forte flessione (-42,9%) rispetto a quelle presentate nel 2010. Il fattore trainante è principalmente dovuto al calo delle denunce di sinistro per le polizze delle strutture pubbliche, marcato dal fenomeno dell'auto-ritenzione, in riduzione del 16% rispetto al 2018 e del 67,7% rispetto al 2010.

Il settore della Rc medica è inoltre caratterizzato da una quota di denunce senza seguito superiore a quello della Rc auto, per via della maggiore complessità dei sinistri e del maggior tempo necessario alla loro classificazione. La difficoltà nel valutare correttamente le menomazioni fisiche induce a sottostimare l'entità del danno nella fase iniziale, anche per l'insufficienza delle informazioni disponibili subito dopo il verificarsi del fatto dannoso e per l'incertezza causata dall'evoluzione della giurisprudenza in materia risarcitoria.

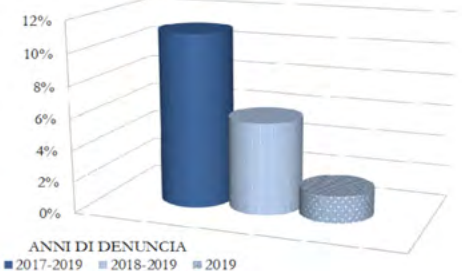
L'importanza del corretto calcolo delle riserve è più che mai determinante nella responsabilità sanitaria, caratterizzata da una bassa velocità di liquidazione e dalla forte presenza di imprese di assicurazione estere che l'Ivass fatica a sottoporre alla propria vigilanza prudenziale.

I sinistri denunciati tra il 2010 e il 2019 e risarciti a titolo definitivo (ovvero chiusi) dalle compagnie sono stati 60.518. Solo l'11% di questi riguardava denunce pervenute a partire dal 2017 e tale percentuale scende al 5,8% per quelle pervenute nel 2018-2019. I risarcimenti erogati nello stesso periodo, sia a titolo definitivo sia parziale, sono ammontati a 2.822 milioni di euro. Di questi, poco meno del 5% riguardava denunce pervenute tra il 2017 e il 2019 e solo l'1,8% quelle pervenute tra il 2018 e il 2019. Questo fenomeno ci fornisce la prova della lentezza che caratterizza la liquidazione dei sinistri da Rc medica.

Nel 2019 il risarcimento medio relativo ai sinistri denunciati nello stesso anno è pari a 6.946 euro per le strutture pubbliche, mentre i valori relativi alle strutture private e al personale sanitario ammontano rispettivamente a 11.321 e 9.105 euro.

Per le strutture private e il personale sanitario i valori risultano in aumento rispetto a quelli della generazione di denunce del 2018, contro una flessione per le strutture pubbliche. In ogni caso, un dato significativo è rappresentato dal costante incremento dell'ammontare del risarcimento medio che, per le denunce del 2010 delle strutture pubbliche, è aumentato del 350% in nove anni, fino a un ammontare di 60.407 euro alla fine del 2019.

Sempre alla fine del 2019, il riservato medio per le denunce dello stesso anno ammontava rispettivamente a 88.700 euro per le strutture pubbliche, 38.039 per quelle private e 15.908 euro per il personale sanitario, il che conferma il deciso aumento del valore delle riserve sinistri nel tempo, su tutti i segmenti considerati. (continua a pag. 2)



(continua da pag. 1)

L'ammontare complessivo dei sinistri riservati, alla fine del 2019, risultava pari a 2.998 milioni di euro, accantonati per i futuri risarcimenti delle denunce pervenute a partire dal 2010. Il 60,2% delle riserve riguardava le strutture pubbliche, il 16,9% quelle private e il 22,9% il personale sanitario.

		Anno di sviluppo									
Settore	Anno di denuncia	Anno di generazione	Al 1° anno successivo	Al 2° anno successivo	Al 3° anno successivo	Al 4° anno successivo	Al 5° anno successivo	Al 6° anno successivo	Al 7° anno successivo	Al 8° anno successivo	Al 9° anno successivo
		Strutture sanitarie pubbliche	2010	36.834	46.602	53.703	59.318	62.795	65.261	65.763	65.703
2011	49.084		57.050	61.187	63.770	64.604	63.904	63.021	63.644	63.556	
2012	53.435		69.398	74.751	71.791	74.101	64.006	62.784	63.110		
2013	50.694		62.478	67.590	72.122	71.565	69.680	71.050			
2014	58.570		73.817	85.205	92.546	85.416	86.009				
2015	67.150		98.026	109.722	107.810	108.845					
2016	86.829		111.189	121.678	124.041						
2017	80.447		107.520	103.941							
2018	72.868		87.715								
2019	83.201										
Strutture sanitarie private	2010	26.747	39.472	47.604	52.107	52.506	53.081	53.717	55.057	56.738	60.079
	2011	35.711	43.139	52.297	55.995	59.591	58.058	57.281	60.972	64.270	
	2012	42.502	51.542	58.193	71.433	72.556	72.024	71.887	71.950		
	2013	53.607	69.012	68.805	64.876	64.354	59.853	64.310			
	2014	43.338	51.703	60.446	62.856	63.954	56.350				
	2015	36.379	57.295	54.399	47.718	50.636					
	2016	40.445	46.145	41.002	46.081						
	2017	45.036	44.210	53.873							
	2018	35.070	48.009								
2019	35.332										
Personale sanitario	2010	19.800	22.109	25.991	31.949	32.888	35.525	35.405	34.613	31.957	32.491
	2011	18.943	21.862	30.949	31.937	37.763	38.516	39.132	37.029	36.918	
	2012	17.457	21.365	26.257	35.413	37.942	34.562	33.198	31.971		
	2013	22.555	26.744	37.646	44.103	39.561	35.735	34.772			
	2014	20.818	25.073	29.515	29.710	29.326	28.394				
	2015	21.213	19.975	28.169	28.279	27.985					
	2016	18.707	22.019	30.849	32.947						
	2017	18.491	19.751	27.703							
	2018	17.097	18.042								
2019	15.483										
TOTALE	2010	30.839	39.079	45.760	51.528	54.104	56.345	56.789	56.861	56.727	57.950
	2011	36.607	42.858	50.286	52.956	56.384	56.004	55.797	56.369	56.987	
	2012	37.021	47.000	53.581	59.979	62.447	56.678	55.722	55.693		
	2013	38.550	47.423	56.167	60.589	58.973	56.365	57.707			
	2014	36.260	46.236	55.406	59.118	55.334	55.912				
	2015	37.951	47.571	58.940	57.633	59.173					
	2016	41.473	51.935	63.446	67.097						
	2017	40.259	48.725	58.355							
	2018	35.308	42.688								
2019	37.421										

(continua a pag. 3)

(continua da pag. 2)

LA FREQUENZA SINISTRI

La frequenza dei sinistri denunciati nel 2019 rispetto al numero di unità di rischio assicurate (ovvero quanti sinistri per ciascun rischio coperto) è pari al 662,8% per le strutture sanitarie pubbliche, mentre sono inferiori i valori corrispondenti per le strutture private (43,8%) e per il personale sanitario (2,5%), che mantengono un andamento decisamente migliore. Questo rapporto fotografa la difficoltà delle compagnie di assicurazione a coprire questo tipo di rischi e giustifica l'alto premio medio richiesto per le polizze che assicurano gli ospedali pubblici. Ciò nonostante, rispetto al dato relativo all'ultimo decennio, la frequenza dei sinistri risulta diminuita fino al 35,5% anche per questi ultimi. Tale progresso sembra dovuto al miglioramento nella qualità dei rischi, il che fa ben sperare per il futuro e attesta l'efficacia delle previsioni della legge Gelli a questo riguardo. La norma dedica ampio spazio al perfezionamento dei sistemi di gestione del rischio nelle strutture, riservando già dal primo articolo la sua attenzione alla sicurezza delle cure e coinvolgendo in tale attività "tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale".

I CANALI DISTRIBUTIVI

I contratti che assicurano i rischi delle strutture sanitarie pubbliche sono per lo più intermediati dai broker, con il 52,8% dei premi. La quota risulta in flessione rispetto all'anno precedente, nel quale ammontava al 69,7%. Ancora una volta, questo dato è marcato dall'aumento del fenomeno dell'auto-ritenzione, ma bisogna tenere conto del fatto che questi rischi sono gestiti tramite gare pubbliche, nelle quali vengono aggiudicati separatamente la compagnia assicuratrice e l'intermediario prescelto. Risulta in crescita il ruolo delle direzioni generali delle imprese, che gestiscono direttamente il 44% dei premi, rispetto al 26% del 2018.

Per quanto riguarda le strutture private, i broker intermediario contratti corrispondenti a un quarto dei premi, mentre quasi tutti gli altri sono gestiti dalle agenzie. Quest'ultimo canale è dominante per le coperture del personale sanitario. A differenza di quanto accade all'estero, i rischi che assicurano le persone (rispetto a quelli che assicurano le aziende) tendono a concentrarsi nelle mani degli agenti assicurativi, che gestiscono l'intero parco delle coperture di cui il professionista ha bisogno, dalla Rc auto alla polizza incendio dell'abitazione, dall'assicurazione vita a quella degli infortuni.

A causa della carenza di compagnie disposte a coprire il

rischio della responsabilità sanitaria, tuttavia, molti agenti assicurativi sono costretti a passare per il tramite di agenti o broker grossisti, che sono specializzati nell'offrire le polizze di responsabilità civile sanitaria. Questi broker grossisti offrono agli agenti che operano per compagnie che non sottoscrivono la responsabilità medica la possibilità di reperire per i loro clienti dei contratti che altrimenti essi non potrebbero gestire con i loro carriers usuali. Si tratta di un fenomeno abbastanza caratteristico del nostro mercato, giacché in altri Paesi l'acquirente è solito scegliere diversi intermediari, a seconda delle polizze che sono in grado di offrire, anziché concentrare tutti gli acquisti su un unico fiduciario.

La scarsa disponibilità di mercato determina anche una certa limitatezza della mobilità assicurativa. La frequenza di cambiamenti di assicuratore, soprattutto da parte del personale sanitario, ammonta solo 5,8%. In pratica, nel 2019 solo un professionista sanitario su 17 ha sottoscritto la propria polizza assicurativa di Rc sanitaria con una compagnia diversa da quella utilizzata l'anno precedente. La riduzione del premio pagato è quasi sempre riscontrabile tra le motivazioni del cambio di compagnia, dato che le diminuzioni di premio tra 2018 e 2019 sono presenti nel 52,5% dei contratti stipulati a nuovo. Il fenomeno è giustificato dagli elevati importi di premio richiesti per molte specialità e dalla tendenza degli assicuratori a sfruttare la loro prerogativa a rescindere dai rischi sinistrati o comunque interessati da richieste di risarcimento, in conformità al disposto degli artt. 1892 e seguenti del codice civile.

IL FENOMENO DELL'AUTO-RITENZIONE

Come si è accennato, le strutture sanitarie possono gestire internamente il rischio, in tutto o in parte, in conformità al disposto dell'art. 10 della legge 24/2017. La norma non è chiarissima sulle modalità di gestione del rischio, anche perché alcuni decreti per l'attuazione della cosiddetta parte assicurativa della legge sono tuttora mancanti. Tuttavia, per ricorrere a questo tipo di soluzione, le aziende ospedaliere devono costituire fondi specificamente destinati a risarcire i pazienti che hanno subito errori sanitari, alimentandoli con accantonamenti annuali. È necessario che l'ospedale che non ricorra al supporto di una compagnia assicurativa provi di essere in condizione di proteggere l'interesse del paziente e di poter pagare il costo ultimo di ciascuna richiesta di risarcimento nella quale dovesse incappare: il fine ultimo è la salvaguardia del diritto costituzionale del paziente alla salute.

(continua a pag. 4)

INSURANCE CONNECT
È SU LINKEDIN

Iscriviti al gruppo

Segui la pagina



2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018

Accantonamenti

Area geografica	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nord	53,9	143,2	196,6	199,0	249,8	293,0	274,3
Centro	63,5	55,0	81,5	111,4	97,6	126,5	81,9
Sud-Isole	52,8	58,9	133,7	157,2	163,1	172,9	154,0
Tipo di struttura							
Struttura sanitaria	144,6	225,2	380,0	410,6	443,9	501,9	451,6
Amministr. regionale	25,6	32,0	31,9	57,0	66,6	90,5	58,5
Totale Italia	170,2	257,1	411,8	467,6	510,5	592,4	510,1

Fondi di copertura

Area geografica	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nord	200,8	324,3	490,4	540,2	725,2	931,7	1.087,2
Centro	59,5	148,4	202,4	227,8	331,9	417,1	412,8
Sud-Isole	58,5	265,0	240,1	362,5	502,1	603,5	704,1
Tipo di struttura							
Struttura sanitaria	247,8	608,2	758,2	936,7	1.311,0	1.598,4	1.844,3
Amministr. regionale	71,0	129,6	174,7	193,8	248,2	353,9	359,8
Totale Italia	318,8	737,8	932,8	1.130,5	1.559,2	1.952,3	2.204,1

(continua da pag. 3) Non si tratta, però, di una questione semplice da gestire, perché il governo di questo tipo di eventi dannosi è tecnicamente assai complesso, soprattutto nelle condizioni di alta litigiosità e lunghissima durata che caratterizzano il terreno della Rc medica nel nostro Paese.

Per consentire un controllo del fenomeno da parte dell'autorità incaricata, che non per nulla è l'Ivass, ovvero il regulator dell'attività assicurativa e finanziaria, il ministero della Salute rende disponibili i dati relativi a fondi e accantonamenti previsti dalle strutture sanitarie pubbliche.

Nel corso del 2018 le stesse hanno accantonato fondi per un importo complessivo di 510,1 milioni di euro, che potrebbe risultare insufficiente se consideriamo che tra il 2010 e il 2019 gli assicuratori hanno messo a riserva, per i futuri risarcimenti delle denunce pervenute a partire dal 2010 e su un numero di strutture pubbliche in costante diminuzione rispetto a quelle che hanno optato per l'auto-ritenzione, un ammontare proporzionalmente superiore.

È pur vero che il sistema di gestione della Rc sanitaria delle strutture pubbliche risulta assai eterogeneo e spesso coesistono forme di auto-ritenzione del rischio e polizze assicurative con applicazione di franchigie o Sir (Self insurance retention) assai cospicue, ma resta il dubbio che la sanità pubblica sia realmente solvibile sul lungo termine, con buona pace delle professioni previste dalla legge Gelli, in merito alla salvaguardia dei diritti e degli interessi del paziente.

La soluzione suggerita sembrerebbe quindi essere quella di ricorrere a formule di assicurazione di tipo più tradizionale, ricorrendo nuovamente al supporto delle compagnie, purché i costi associati siano in qualche modo sostenibili.

Cinzia Altomare

(La prima e la seconda parte dell'articolo sono state pubblicate su Insurance Daily di venerdì 19 febbraio e lunedì 22 febbraio)

Insurance Daily

Direttore responsabile: Maria Rosa Alaggio alaggio@insuranceconnect.it

Editore e Redazione: Insurance Connect Srl – Via Montepulciano 21 – 20124 Milano

T: 02.36768000 E-mail: redazione@insuranceconnect.it

Per inserzioni pubblicitarie contattare info@insuranceconnect.it