

SLI INSURANCE WEBZINE

Notizie ed Approfondimenti sul Mondo Assicurativo

6-2024



Approfondimento

Rischio Climatico: 73 mila aziende italiane esposte alle catastrofi naturali

Dallo Studio di Cerved, che ha analizzato il rischio di transizione e quello ambientale, è emerso che circa 73 mila aziende italiane appartenenti ai settori del cemento, ferro, acciaio, materiali da costruzione e automotive sono maggiormente esposte ai rischi catastrofici. L'analisi ha evidenziato che, al fine di evitare che i rischi climatici si concretizzino, è necessario che ciascuna delle migliaia di aziende investa circa 3 milioni euro raggiungendo tutte insieme la cifra "monstre" di 226 miliardi. Si tratta, invero, di una somma superiore al debito di 206 miliardi di euro che emerge dai bilanci delle aziende. Infatti, tali investimenti possono essere affrontati solo dal 21,4% delle aziende, mentre il restante è costretto ad indebitarsi. Sul punto, **Carlo Purassanta**, presidente esecutivo Cerved, ha affermato che: "In un contesto globale segnato dal crescente rischio climatico, le aziende per raggiungere l'obiettivo net zero entro il 2050, e sostenere gli ingenti investimenti in tecnologie a basse emissioni, necessitano di strategia e pianificazione".

L'utilizzo di check list come strumento per superare l'ostacolo della prova contraria in tema di I.C.A.

Come noto con l'acronimo **I.C.A.** si indicano le **infezioni correlate all'assistenza**, ovvero: si fa riferimento, in particolare, a tutte le infezioni che siano in vario modo causate dalla presenza di microrganismi patogeni opportunisti in ambiente nosocomiale e che siano insorte nel corso di un ricovero.

DATI RELATIVI ALLE I.C.A. IN EUROPA E IN ITALIA.

Secondo i dati del primo Rapporto Globale dell'OMS (maggio 2022) le I.C.A. hanno un impatto clinico ed

Legislazione

La nuova Tabella Unica Nazionale per il risarcimento del danno biologico e morale

Il Consiglio dei Ministri del 25 novembre 2024 ha approvato il regolamento (D.P.R.) che appresta a far entrare in vigore la Tabella Unica Nazionale applicando, così come previsto, l'art. 138, comma 1, lettera b) del Codice delle assicurazioni (D.lgs. n. 209/2005).

La Tabella Unica Nazionale per i risarcimenti tiene conto dei danni non patrimoniali (Morale e Biologico) ed ha l'obiettivo di uniformare il sistema di risarcimenti che in Italia vede la presenza di diversi sistemi tabellari (Milano e Roma).

Nel dettaglio, il regolamento sviluppa i coefficienti da applicare al punto e all'identità del danno morale nonché gli importi del danno biologico elaborati in considerazione dell'età del danneggiato. L'importanza della tabella sta nel fatto che il danno non patrimoniale è di per sé completo del danno derivante dalle lesioni fisiche. Con riguardo agli allegati del Regolamento, l'Allegato I, che contiene tre tavole, stabilisce i coefficienti moltiplicatori del punto per la componente biologica e di riduzione per l'età nonché il coefficiente moltiplicatore per danno morale.

Mentre l'Allegato II è costituito dalla Tabella Unica nazionale che presenta su ciascuna riga un determinato numero di punti di invalidità. Invece, nelle colonne sono riportati il valore pecuniario dell'unità di punto e l'importo del danno.

Il regolamento non applicherà solo quanto previsto dall'art. 138 comma 1, lettera b) ma provvederà a regolamentare anche il danno biologico temporaneo delle lesioni non lievi così come stabilito dall'art. 139, comma 1, lettera b) del codice delle assicurazioni, fissato in un importo per ogni giorno di inabilità assoluta.

economico rilevante in termini di maggiore mortalità, maggior durata della degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici e un carico economico ulteriore per i sistemi sanitari, i pazienti e le loro famiglie.

Dalle ultime stime disponibili, 7 pazienti su 100 ricoverati negli ospedali dei Paesi ad alto reddito (15 su 100 nei Paesi in via di sviluppo) contraggono almeno un'infezione durante il ricovero e 1 su 10 muore a causa dell'infezione contratta. In Europa ogni anno le I.C.A. causano 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza, 37.000 decessi direttamente attribuibili e 110.000 decessi in cui l'infezione è una concausa. Solo per la quota dei costi diretti si stimano circa 7 miliardi di euro di impatto.

Nel contesto nazionale, un recente studio del Centre for Economic and International Studies dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata sui dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) dell'ultimo decennio stima che la spesa totale per infezioni ospedaliere ammonti in Italia a 783 milioni di euro.

Secondo il rapporto pubblicato dall' "European Center for disease prevention and control" (ECDC), nel 2022-

2023, in Italia, circa 430 mila persone ricoverate hanno contratto un'infezione ospedaliera (8,2%), un dato superiore alla media UE (6,5%). L'Italia ha fatto registrare il secondo peggior risultato del continente dopo il Portogallo (8,9%). Nel rapporto sopra

Giurisprudenza

Responsabilità medica e professionale: la pronuncia della Cassazione sul danno da emotrasfusione

Con sentenza del 4 dicembre 2024 n. 31029, la Cassazione si è pronunciata in tema di responsabilità medica su un caso di trasfusione di sangue. In particolare, gli eredi di una congiunta morta a causa di una trasfusione di sangue infetto, adivano il Tribunale di Lecce al fine di veder condannare il Ministero della Salute al risarcimento dei danni patiti dalla congiunta. In primo grado, il Tribunale dichiarava prescritta l'azione per l'intervenuta prescrizione quinquennale riguardante la domanda *jure hereditario* mentre accoglieva il risarcimento dai congiunti *jure proprio*. In appello, la Corte accoglieva solo parzialmente la sentenza impugnata statuendo l'applicazione della prescrizione decennale alla domanda risarcitoria. Avverso tale decisione il Ministero ha quindi proposto ricorso in Cassazione poiché la Corte di Appello non doveva applicare la prescrizione decennale per il danno *jure proprio* con termine prescrizionale decorrente dalla comparsa delle conseguenze della trasfusione di sangue. La Cassazione respingendo il ricorso ha chiarito, sul punto che faceva decorrere la prescrizione alla comparsa dell'evento, che: "anche nel caso dei danni *"jure proprio"* patiti dai congiunti di soggetto deceduto in conseguenza di contagio, il termine di prescrizione del diritto al risarcimento decorre dal giorno in cui il decesso viene percepito o possa essere percepito come danno ingiusto".

richiamato, la direttrice dell'ECDC ha affermato che:
"Le infezioni associate all'assistenza sanitaria rappresentano una sfida significativa per la sicurezza dei pazienti negli ospedali di tutta Europa. Questi numeri recenti evidenziano l'urgente necessità di ulteriori azioni per mitigare questa minaccia".

Infine, sulla base di alcuni dati pubblicati dal Quotidiano Sanità, nel febbraio 2024 l'Italia ha avuto la maglia nera in Europa per le morti connesse alle Infezioni Correlate all'Assistenza provocate da germi multiresistenti agli antibiotici: ogni anno, nel nostro Paese, si contano 11 mila morti, un terzo di tutti i decessi.

I RIFLESSI GIURIDICI DELLE I.C.A. IN TEMA DI RESPONSABILITÀ DELLE STRUTTURE SANITARIE.

Tra gli obblighi delle strutture ospedaliere nei confronti dei pazienti vi è quello di garantire l'asepsi degli ambienti e degli strumenti utilizzati.

Si può ritenere che, fino a pochi anni fa, la responsabilità addebitata alle strutture ospedaliere presso le quali si verificava un evento avverso

collegato ad una I.C.A. veniva determinata in termini di responsabilità oggettiva, sulla base del seguente ragionamento logico-giuridico:

1. L'ospedale deve essere un luogo asettico;
2. Il paziente ha contratto l'infezione in ospedale quindi l'asepsi non fu garantita;
3. Non aver garantito l'asepsi è colpa del personale sanitario e, quindi, dell'ente sanitario.

Attualità

Il costo dei sinistri in ambito sanitario è aumentato del 7% nel 2022 e 2023

Secondo un report prodotto dal secondo Osservatorio Rischio in Sanità di Aon, il costo dei sinistri nel 2022 e 2023 è lievitato di sette punti percentuali. Complessivamente nel periodo dal 2013 al 2024 il costo totale, a causa dell'inflazione, ha superato quota 1,5 miliardi di euro nonostante una minima diminuzione dei sinistri.

Andrea Parisi, CEO Italy and Eastern Mediterraneo di Aon ha così commentato i dati: *"E' ora che si diffondano in maniera pervasiva le best practice di risk management all'interno del mondo sanitario. Una necessità intuita e recepita anche dai decreti attuativi della Legge 24/2017, i quali spingono le compagnie assicurative verso una riduzione dei premi in funzione delle attività di risk management e dell'analisi sistemica degli incidenti da parte delle singole strutture, al fine di favorire appunto la diffusione delle buone pratiche. Dai dati forniti dall'Osservatorio è altresì emerso che vi è stato un decremento del numero di contenziosi nel decennio 2014-2023 (Mediazioni: 3.012 casi (-21%); procedimenti civili: 4.722 casi (-21%); procedimenti penali: 1.294 casi (-8%). Secondo **Enrico Trombetta**, Deputy Head of Consulting for Italy and South-East Europe di Aon: "Sebbene inizi a dare dei primi segnali positivi in termini di maggiore efficacia (passata dal 3 all'8% di casi andati a buon fine), l'istituto della Mediazione Conciliativa in ambito sanitario rappresenta ancora un punto debole del processo di gestione del contenzioso, in quanto nel 92% dei casi non raggiunge il suo scopo principale, ovvero trovare un accordo tra le parti evitando il contenzioso civile".*

In conclusione, secondo l'osservatorio di Aon per affrontare un quadro incerto e con difficoltà sistemiche come quello attuale è necessario implementare un miglioramento delle pratiche di *risk management* con una sensibilizzazione del comparto sanitario sull'importanza di strategie per la gestione del rischio.

Nella prassi giudiziaria, seppure la struttura fosse riuscita a dimostrare di aver provveduto alla puntuale sanificazione degli ambienti e degli strumenti attraverso l'adozione di regolamenti e protocolli ad hoc, all'esito dell'accertamento giuridico sarebbe stata pronunciata, comunque, una sentenza di condanna nei confronti dell'ente poiché, essendosi l'infezione verificata in ospedale, era ragionevole presumere – secondo la regola del più probabile che non – che la disinfezione non era stata svolta correttamente, ovvero non erano state, correttamente, attuate dal personale sanitario tutte le regole ed i protocolli adottati a tal fine dalla struttura.

In ragione di ciò, a carico della struttura si è imposta una vera e propria *probatio diabolica*.

Con una importante sentenza emessa dalla Corte di Cassazione, Sez. III civile, del 03/03/2023, n. 6386 sono stati, però, stabiliti una serie di principi che potrebbero dare nuovi spunti ai *risk managers* delle strutture sanitarie e ai loro legali per una più corretta gestione correlata alla prevenzione del rischio legato al verificarsi di eventi avversi causati da I.C.A. o del contenzioso avviato per ottenere il risarcimento dei danni subiti per tale circostanza.

Giurisprudenza

Responsabilità medica: onere del paziente dimostrare il nesso causale

La Corte Suprema di Cassazione con sentenza del 20.05.2024 n. 14001, si è pronunciata su un caso di responsabilità medica avente ad oggetto l'azione di risarcimento del danno da parte di un paziente nei confronti del medico che, a seguito di un intervento chirurgico, aveva subito la sublussazione dei denti. In primo grado e in appello la domanda veniva rigettata poiché come osservava la Corte: "(...) è onere del paziente-creditore di provare il nesso di causalità materiale tra la condotta dei sanitari e il danno che se ne assume derivato; b) la prova dell'evento di danno" non è stata data dal creditore né tale prova è possibile rinvenirla (...)". Con ricorso in Cassazione, il paziente ha impugnato la sentenza della Corte di Appello eccependo la violazione della responsabilità contrattuale ex art. 1218 c.c. dei sanitari poiché il Collegio non aveva riconosciuto tale responsabilità ed escluso la dimostrazione del nesso di causalità. La Cassazione, sulla base di quanto statuito dalla Corte Territoriale, ha dunque dichiarato l'infondatezza della domanda risarcitoria e ritenuto inammissibile il ricorso poiché: "nei giudizi di risarcimento del danno da responsabilità medica è onere del paziente dimostrare l'esistenza del nesso causale, provando che la condotta del sanitario è stata, secondo il criterio del "più probabile che non" (giudizio da ancorarsi non esclusivamente alla determinazione quantitativo-statistica delle frequenze di classe di eventi (cd. probabilità quantitativa), ma anche all'ambito degli elementi di conferma disponibili nel caso concreto (cd. probabilità logica), causa del danno, sicché, ove la stessa sia rimasta assolutamente incerta (come nella specie), la domanda deve essere rigettata". Pertanto, il ricorso è stato rigettato con l'affermazione del principio di diritto secondo cui è onere del paziente provare il nesso di causalità tra la condotta del sanitario e la causa del danno.

Riportiamo, di seguito, alcuni rilevanti precetti contenuti nella sentenza sopra richiamata in virtù della quale i Giudici della Cassazione hanno tentato di stilare un vero e proprio decalogo rivolto alle strutture sanitarie:

a. in tema di infezioni nosocomiali, la responsabilità della struttura sanitaria non ha natura oggettiva, sicché, a fronte della prova presuntiva, gravante sul paziente, della contrazione dell'infezione in ambito ospedaliero, la struttura può fornire la prova liberatoria di aver adottato tutte le misure utili alla prevenzione delle stesse, consistente nell'indicazione: a) dei protocolli relativi alla disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione di ambienti e materiali; b) delle modalità di raccolta, lavaggio e disinfezione della biancheria; c) delle forme di smaltimento dei rifiuti solidi e dei liquami; d) delle caratteristiche della mensa e degli strumenti di distribuzione di cibi e bevande; e) delle modalità di preparazione, conservazione ed uso dei disinfettanti; f) della qualità dell'aria e degli impianti di condizionamento; g) dell'avvenuta attivazione di un sistema di sorveglianza e di notifica; h) dei criteri di controllo e di limitazione dell'accesso ai visitatori; i) delle procedure di controllo degli infortuni e della malattie del personale e delle profilassi vaccinali; j) del rapporto numerico tra personale e degenti; k) della sorveglianza

basata sui dati microbiologici di laboratorio; l) della redazione di un "report" da parte delle direzioni dei reparti, da comunicarsi alle direzioni sanitarie al fine di monitorare i germi

Attualità

Polizze Catastrofali: solo la Grecia fa peggio dell'Italia.

Sono stati 351 gli eventi meteorologici che hanno interessato l'Italia con un aumento del 458% in dieci anni ma, nonostante il forte rischio, le polizze catastrofali sono ancora poche diffuse nel Bel Paese. È lo spaccato fornito dal Segretario Generale dell'IVASS **Stefano De Polis:** *"L'Italia, da sempre esposta a rischi sismici ed idrogeologici, ha visto negli ultimi anni un aumento della frequenza e della gravità di eventi meteorologici estremi dovuti al cambiamento climatico. Nonostante queste evidenze, dalle rilevazioni dell'Eiopa emerge che siamo, dopo la Grecia, il Paese europeo con il più ampio divario tra l'esposizione alle calamità naturali e l'entità della relativa copertura assicurativa. Le statistiche dell'Ivass confermano che solo una percentuale ridotta dei premi dei rami danni – essa stessa modesta nel confronto europeo e internazionale – si riferisce alla protezione contro i rischi fisici".* Il problema è da ricercarsi nella domanda che non trova riscontro a causa della bassa conoscenza dei prodotti assicurativi, nella percezione dei prezzi elevati, nell'offerta che trova difficoltà nella gestione di grandi rischi e nel cambiamento climatico: cause che hanno spinto le Compagnie ad aumentare i prezzi. Con l'introduzione dell'obbligo di dotarsi di Polizze Catastrofali, introdotto nella legge di Bilancio e poi prorogato al 2025, la condizione potrebbe migliorare ma come avvenuto negli USA, non basta una semplice imposizione. Infatti, molte compagnie hanno sospeso la stipula di nuove polizze a causa degli alti costi di rimborso in modo tale da tagliare fuori i clienti con ridotte disponibilità economiche. Dunque, se l'obbligo assicurativo rappresenta una protezione dagli eventi avversi non può contrariamente esonerare lo Stato dall'intervento pubblico in quanto è necessaria un'attività di prevenzione come, ad esempio, contro il dissesto idrogeologico.

patogeni-sentinella; m) dell'orario delle effettiva esecuzione delle attività di prevenzione del rischio.

b. La fattispecie delle infezioni nosocomiali non integra un'ipotesi di responsabilità oggettiva, rilevando, ai fini dell'affermazione di responsabilità della struttura sanitaria, il criterio temporale (e cioè il numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale), il criterio topografico (i.e. l'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento) e il criterio clinico (ogni volta che, in ragione della specificità dell'infezione, sia possibile verificare quali misure di prevenzione era necessario adottare).

c. In tema di infezioni nosocomiali, per andare esente da responsabilità, sotto il profilo soggettivo, il dirigente apicale è tenuto a dimostrare di avere indicato le regole cautelari da adottarsi, in attuazione del proprio potere-dovere di sorveglianza e verifica; il direttore sanitario di averle attuate e avere organizzato gli aspetti igienico e tecnico sanitari, vigilando altresì sull'attuazione delle indicazioni fornite; il dirigente di struttura complessa, esecutore finale dei protocolli e delle linee-guida, di avere collaborato con gli specialisti

microbiologo, infettivologo, epidemiologo e igienista, essendo tenuto ad assumere precise informazioni sulle iniziative degli altri medici ovvero a

Attualità

Federsanità e Relyens: rinnovata la partnership sulla prevenzione e gestione del rischio

Relyens e Federsanità continuano la collaborazione sulla prevenzione e gestione del rischio focalizzando i propri studi sulla cybersecurity e sulle infezioni correlate all'assistenza. Il presidente di Federsanità e dg dell'AOU Policlinio Umberto I di Roma **Fabrizio d'Alba** ha così commentato: "L'attenzione alla sicurezza delle cure è da sempre uno degli elementi cardine dell'innovazione in sanità e non c'è dubbio che l'intero sistema dell'assistenza oggi sia più sicuro e consapevole. Ora è il momento di misurare, secondo criteri scientifici, gli investimenti strutturali per la gestione del rischio valutandone l'impatto sulla sicurezza delle cure. Un obiettivo che coincide perfettamente con l'impegno di Federsanità di sensibilizzare tutte le aziende sanitarie in Italia sul tema della risk management, crocevia della sostenibilità e dell'innovazione del Servizio sanitario nazionale, soprattutto in ottica di esiti di investimenti PNRR". Allineate le dichiarazioni di **Adriana Modauo**, direttrice esecutiva di Relyens Italia: "Come mutua assicuratrice pienamente integrata nell'ecosistema sanitario italiano, è da sempre nel nostro dna sviluppare sinergie con i principali attori del settore per diffondere la cultura della prevenzione e della gestione del rischio. Entrambi gli studi metteranno a disposizione della comunità sanitaria dati e informazioni aggiornati per sensibilizzare su questi temi e incoraggiare un dialogo proattivo volto a individuare soluzioni sempre più efficienti per gestire questo genere di rischi e garantire una più sicura erogazione di cure e servizi a tutela di pazienti, strutture e professionisti". **Luigi Carlo Bottaro**, Vicepresidente Nazionale Federsanità con delega aere sicurezza e dg ASL 3 genovese ha invece chiosato: "Per massimizzare gli esiti degli studi e approfondimenti di settore, la sinergia tra Federsanità e Relyens con l'expertise e il know-how propri di una mutua assicuratrice europea specializzata in RC Sanitaria ci consente di realizzare un percorso di ricerca scientifica efficace e con obiettivi di breve e lungo periodo aderenti alle necessità delle strutture".

denunciare le eventuali carenze della struttura, ed è responsabile per omessa assunzione di informazioni precise sulle iniziative di altri medici, o per omessa denuncia delle eventuali carenze ai responsabili.

d. In tema di infezioni nosocomiali, ai fini dell'accertamento del nesso di causalità tra l'infezione e la degenza ospedaliera, al CTU deve essere demandata, tra l'altro, la verifica della mancanza o insufficienza di direttive generali in materia di prevenzione e del mancato rispetto delle stesse, nonché dell'omessa informazione circa la possibile inadeguatezza della struttura per l'indisponibilità di strumenti essenziali e della eventuale effettuazione di un ricovero non sorretto da alcuna esigenza di diagnosi e cura ed associato ad un trattamento non appropriato.

e. In tema di responsabilità sanitaria in conseguenza di infezione nosocomiale, la valutazione della causalità materiale deve essere effettuata sulla base di un giudizio di probabilità logica o del "più probabile che non", secondo i criteri temporale (relativo al numero di giorni trascorsi dopo le dimissioni dall'ospedale prima della contrazione della patologia), topografico (correlato all'insorgenza dell'infezione nel sito chirurgico interessato dall'intervento, in assenza di patologie preesistenti e di cause sopravvenute

Attualità

L'AI è destinata a trasformare la cybersecurity

Il report a cura di Capgemini Research Institute *"New defenses, new threats: What AI GenAI bring to cybersecurity,"* ha decretato l'importanza dell'AI e dell'AI generative quali fattori centrali delle strategie di cyber-difesa delle aziende.

L'AI forma, infatti, tre principali aree di rischio per le aziende: attacchi sofisticati: maggior spazio di attacco informatico e forte vulnerabilità.

Difatti, la maggior parte delle organizzazioni analizzate nel report di Capgemini ha dichiarato la presenza di violazioni e problemi derivanti dall'utilizzo dell'AI poiché il suo utilizzo genera rischi aggiuntivi, tra i quali contenuti distorti, dannosi o inappropriati. Nonostante ciò, 1.000 organizzazioni intervistate hanno dichiarato che si affidano all'AI per la sicurezza e per la capacità di analizzare rapidamente grandi quantità di dati. **Monia Ferrari**, amministratore delegato di Capgemini in Italia ha affermato che: *"L'uso dell'AI e della Gen AI si è finora rivelato un'arma a doppio taglio. Se da un lato introduce rischi senza precedenti, dall'altro le organizzazioni si stanno affidando sempre più all'AI per un rilevamento più rapido e accurato degli incidenti informatici. L'AI e l'AI generativa forniscono ai team di sicurezza nuovi e potenti strumenti per limitare questi incidenti e trasformare le loro strategie di difesa. Per garantire che rappresentino un vantaggio significativo di fronte a minacce sempre più sofisticate, le organizzazioni devono mantenere e dare priorità al monitoraggio continuo dell'evoluzione delle minacce informatiche, costruire in modo adeguato l'infrastruttura di gestione dei dati, i framework per l'adozione dell'AI e le relative linee guida etiche e introdurre validi programmi di formazione e sensibilizzazione dei dipendenti"*.

eziologicamente rilevanti) e clinico, in ragione del quale, a seconda della specificità dell'infezione, dev'essere verificato quali misure di prevenzione sarebbe stato necessario adottare da parte della struttura sanitaria (nella specie, è stata annullata la sentenza di secondo grado, che, pur ritenuta provata la contrazione di una infezione nosocomiale, aveva negato che un trattamento immediato con terapia antibiotica potesse comportare la certezza della guarigione della paziente, così escludendo il nesso di causa).

Prospettive future.

Alla luce di quanto statuito dalla Corte di Cassazione con la sentenza sopra richiamata, se da un lato può considerarsi impegnativa, per la struttura sanitaria, l'attività prodromica alla difesa in giudizio e finalizzata al raggiungimento della prova liberatoria; dall'altro, la pronuncia in rassegna diviene, per la struttura stessa, i *risk managers* e tutti i vertici aziendali, una "guida" da seguire per (tentare) di rendere effettivo il diritto di difesa nei casi di *medical malpractice* che abbiano ad oggetto l'accertamento di danni subiti a causa delle I.C.A.

Ma non solo.

Esaminando la pronuncia richiamata sotto un diverso profilo si potrebbe concludere affermando che si sta assistendo ad uno spostamento del baricentro della responsabilità della struttura sanitaria oggi orientato sulle regole della "responsabilità

Attualità

PMI sotto assicurate: IA per ridurre il Protection Gap

Le piccole e medie imprese risultano spesso assenti di coperture assicurative. È quanto emerge dal rapporto di ANIA in collaborazione con CRIF, denominato "L'assicurazione italiana 2024", che ha fatto luce sul fabbisogno assicurativo delle PMI italiane ed evidenziando un'allarmante condizione assicurativa delle imprese del Sud Italia. Infatti, le piccole e medie imprese non sono coscienti dei rischi ai quali sono esposti con una dominante cultura imprenditoriale che non riesce a cogliere le opportunità delle Polizze considerandole solo quale costo. Dall'altro lato, le Compagnie non offrono soluzioni adeguate al caso concreto. Allo stallo sinora descritto potrebbe essere di aiuto l'AI che offre strumenti adeguati ad analizzare i bisogni delle PMI. Infatti, per rispondere alle esigenze delle Assicurazioni, CRIF ha studiato un algoritmo in grado di valutare e calcolare i parametri dei rischi ricevendo quale dato principale la sola partita IVA.

Per contrastare la diffusa sottoassicurazione delle imprese la svolta è arrivata con l'introduzione dell'obbligo di copertura per le catastrofi naturali – prorogato al 31 marzo 2025 – e che rappresenta una svolta significativa per il settore Insurance e le PMI. Nello specifico le polizze copriranno i terreni e i fabbricati, gli impianti e i macchinari con una specifica attenzione agli eventi catastrofici come: sismi, alluvioni, frane, inondazioni ed esondazioni e i premi verranno calcolati in base al rischio e ai fattori di vulnerabilità.

In ogni caso, l'intelligenza artificiale rappresenta uno strumento strategico per ridurre il deficit di assicurazione delle imprese e migliorare la diffusione nel mondo imprenditoriale nonché dare un contributo fondamentale per il contrasto al cambiamento climatico.

attiva" – più che sulla colpevolizzazione dell'ente –, secondo la logica del *Clinical Risk Management* per cui l'obiettivo prioritario, in base a un approccio proattivo e organizzativo, deve essere la minimizzazione degli errori e degli eventi avversi.

Ed è in quest'ottica che la previsione e la redazione di vere e proprie check list da far compilare al personale sanitario per dare prova delle regole di prevenzione delle I.C.A. attuate, ad esempio in sede di intervento chirurgico prima, durante e dopo l'intervento stesso, ovvero l'organizzazione di corsi di formazione ad hoc per il personale sanitario, potrebbero diventare delle buone prassi da introdurre all'interno dell'organizzazione della struttura.

Avv. Gabriella Napolano
Partner at Studio Legale Improda