

Bollettino Statistico

I rischi da responsabilità civile sanitaria
in Italia
2010-2017



SERVIZIO STUDI E GESTIONE DATI - DIVISIONE STUDI E ANALISI STATISTICHE

Testo e database a cura di Leandro D'Aurizio

Coordinamento: Capo della Divisione – Lino Matarazzo



(decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135)

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 56/2015 del 23 marzo 2015

Direzione e Redazione presso l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni

Direttore responsabile

Roberto NOVELLI

Indirizzo

via del Quirinale 21 – 00187 ROMA

Telefono

+39 06 42133.1

Fax

+39 06 42133.775

Sito internet

<http://www.ivass.it>

Tutti i diritti riservati. È consentita la riproduzione a fini didattici
e non commerciali, a condizione che venga citata la fonte

ISSN 2421-3004 (online)

Sommario

1. PREMESSA	5
2. NOTA METODOLOGICA	6
<i>Il perimetro della rilevazione</i>	6
<i>Allegati “TAVOLE STATISTICHE”</i>	7
<i>Altre avvertenze</i>	7
3. I PRINCIPALI RISULTATI – ANNO 2017	8
4. L’ATTIVITA’ DELLE IMPRESE ASSICURATIVE NEL SETTORE DELLA R.C. SANITARIA IN ITALIA	9
5. L’AUTORITENZIONE DEL RISCHIO PER LA COPERTURA DELLA R.C. SANITARIA NELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE	17

1. PREMESSA

La responsabilità civile sanitaria (di seguito indicata per brevità come r.c. sanitaria) riveste una grande importanza economica e sociale. Essa infatti tutela la sicurezza di tutte le attività di cura della salute, il cui valore economico ammonta nel 2017 all'8,9% del PIL dell'Italia¹. La rilevanza sociale della r.c. sanitaria deriva dal contribuire indirettamente alla piena realizzazione del diritto alla tutela della salute, sancito come fondamentale dalla nostra Costituzione (art. 32)².

L'importanza del settore ha reso necessaria una profonda revisione della sua normativa per opera della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” (c.d. legge Gelli), i cui regolamenti attuativi sono in fase di redazione, anche con il contributo tecnico dell'IVASS.

Il presente bollettino riporta le principali evidenze quantitative delle due forme di assicurazione per la r.c. sanitaria previste dalla legge:

1. quelle acquisite tramite *polizze assicurative* per i rischi da r.c. sanitaria, offerte dalle imprese di assicurazione dietro pagamento di un premio,
2. quelle che le strutture sanitarie pubbliche costituiscono tramite *autoritenzione del rischio*³.

Le polizze assicurative per i rischi da r.c. sanitaria fanno parte del più ampio ramo della r.c. generale, di cui rappresentano nel 2017 circa un settimo dei premi assicurativi. I dati su questo tipo di polizze sono acquisiti tramite una indagine annuale condotta dall'IVASS agli inizi di ogni anno presso le imprese di assicurazione. I dati sulla autoritenzione del rischio delle strutture sanitarie pubbliche sono forniti dal Ministero della Salute, che rende disponibile una base informativa con i dati di bilancio di tali strutture.

¹ Fonte: OCSE: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.

² Questi argomenti sono stati approfonditi nelle relazioni sull'attività svolta dall'IVASS negli anni 2014, 2015 e 2016 (<https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/pubblicazioni/relazione-annuale/index.html>).

³ La legge Gelli prevede la possibilità di forme di autoritenzione del rischio anche per le strutture sanitarie private, per cui dati statistici completi non sono disponibili.

2. NOTA METODOLOGICA

Le polizze assicurative per i rischi da r.c. sanitaria

Le informazioni statistiche si basano su una rilevazione effettuata annualmente presso le imprese di assicurazione a partire dal 2016, in base a specifiche lettere al mercato diffuse agli inizi di ogni anno⁴.

Il perimetro della rilevazione

La rilevazione è obbligatoria. Sono tenute a rispondere tutte le imprese autorizzate in Italia all'esercizio nel ramo r.c. generale (comprendente anche la r.c. sanitaria), incluse quelle con sede legale in uno stato estero.

L'ultima rilevazione, condotta tra marzo e aprile del 2018, ha riguardato in dettaglio:

- 1) i premi raccolti nel 2017 per rischi localizzati in Italia relativi alla r.c. sanitaria,
- 2) le prospettive e gli ostacoli nel settore dal punto di vista delle imprese,
- 3) le principali caratteristiche delle coperture assicurative collocate nel 2017,
- 4) la situazione dei sinistri denunciati negli anni dal 2010 al 2017⁵.

Hanno partecipato all'indagine 103 imprese, di cui solo 27 hanno dichiarato di operare nel settore raccogliendo premi nel corso del 2016 (tav. 1).

**Tav. 1 – Indagine sulla r.c. sanitaria (2017)
Imprese rilevate e imprese operanti nel settore**

	Imprese italiane ^(a)		Imprese estere ^(b)		Totale	
	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria
	59	15	43	12	103	27
<i>Di cui operanti presso:</i>						
Strutture sanitarie pubbliche		8		7		15
Strutture sanitarie private		11		6		17
Operatori sanitari		14		7		21

(a) Imprese con sede legale in Italia soggette a vigilanza prudenziale da parte dell'IVASS.

(b) Imprese con sede legale in uno stato estero, operanti in Italia con una sede stabile (in regime di stabilimento) o direttamente dall'estero (in regime di Libera prestazione di servizi). Sono compresi anche gli stabilimenti di imprese estere con sede legale in un paese al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE)⁶, soggette a vigilanza prudenziale da parte dell'IVASS.

⁴ La lettera al mercato relativa all'indagine condotta nel 2018 è la numero 0050193/18 del 9 febbraio 2018.

⁵ In un limitato numero di casi, i dati relativi a riserve e pagamenti per sinistri sono stati ricostruiti e i dati forniti in indagini precedenti sono stati revisionati dalle imprese in anni successivi.

⁶ Lo SEE (Spazio Economico Europeo) comprende i paesi dell'Unione Europea (UE), cui si aggiungono Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

Allegati “TAVOLE STATISTICHE”

L'allegato “tavole statistiche” contiene la cartella in formato Excel:

“RC_SANITARIA.XLSB”, riportante i principali risultati dell'indagine.

Altre avvertenze

Gli importi riportati nelle tavole sono espressi in euro.

L'autorizzazione del rischio della r.c. sanitaria nelle strutture sanitarie pubbliche

Per gli anni dal 1997 al 2016 il Ministero della Salute rende disponibili i bilanci delle strutture sanitarie pubbliche. Ai fini del presente Bollettino, sono rilevanti due voci, disponibili dal 2012, relative ai fondi di autorizzazione del rischio: una voce di conto economico contenente gli accantonamenti ai fondi e un'altra, tratta dallo stato patrimoniale, con la consistenza a fine anno dei fondi stessi. Il piano dei conti del Ministero indica le due voci rispettivamente con le sigle BA2740 e PBA050⁷.

Le principali tendenze del settore della r.c. sanitaria, per quanto riguarda sia le polizze assicurative sia le misure di autorizzazione del rischio delle strutture sanitarie pubbliche, sono state sinteticamente commentate nella Relazione sull'attività svolta dall'IVASS nel 2017 (pag. 44-46).

⁷ Si ringrazia il Ministero della Salute per aver reso disponibili all'IVASS i dati più recenti in anticipo rispetto ai tempi ufficiali di pubblicazione. I dati completi sono disponibili nel sito del Ministero della Salute, all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati.

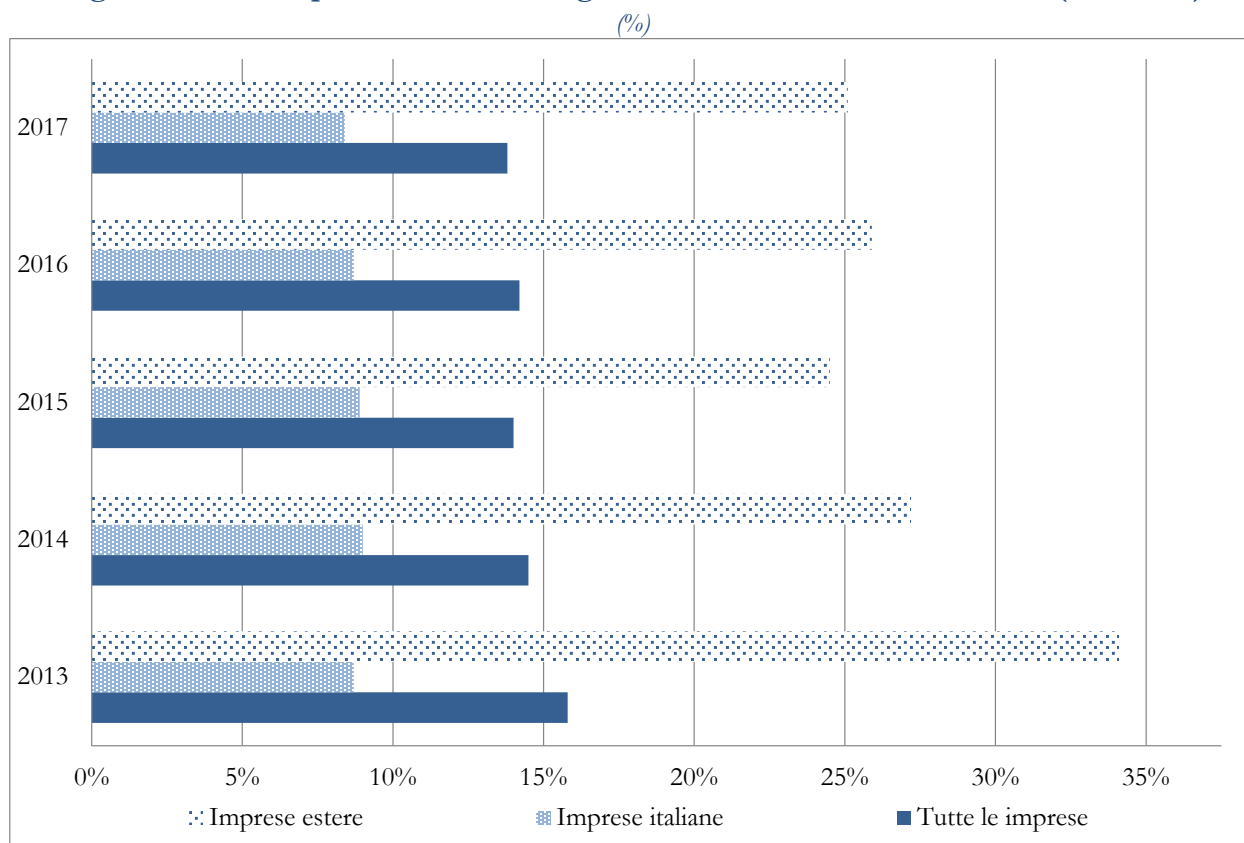
3. I PRINCIPALI RISULTATI – ANNO 2017

- Nel complesso i premi raccolti nel 2017 per la r.c. sanitaria ammontano a 585 milioni di euro, in lieve calo (–2,4% rispetto al 2016).
- I premi per le coperture delle strutture sanitarie pubbliche ammontano a 272 milioni di euro (–6,2% rispetto al 2016, –47,1% rispetto al 2010).
- Prosegue la flessione del numero di strutture pubbliche assicurate (685, contro le 1.404 del 2010), mentre aumentano in numero quelle che accantonano risorse per gestire internamente il rischio.
- La gestione di un contenzioso giudiziario riguarda il 13,8% dei sinistri risarciti a titolo definitivo tra il 2010 e il 2017 e il 27,1% di quelli messi a riserva alla fine del periodo.
- Il premio medio pagato dai professionisti sanitari ammonta a 803 euro (+13,1% rispetto al 2016). In media un medico paga 1.040 euro, contro 173 euro da parte di un'unità di personale sanitario non medico.
- Permane l'elevata concentrazione dei premi delle strutture sanitarie pubbliche, raccolti per il 96,4% dai 5 maggiori operatori. La concentrazione dei premi del personale sanitario (raccolti per il 71,4% dai maggiori 5 operatori) è in lieve aumento rispetto al 2016.
- Le imprese italiane operano principalmente nell'offerta di coperture al personale sanitario e alle strutture sanitarie private. Marginale è la loro presenza presso le strutture pubbliche.
- Le denunce con seguito pervenute nel corso del 2017 sono circa 14.000, in aumento del 21% rispetto a quelle del 2016.
- Il 23% delle denunce con seguito pervenute nel 2010 non erano ancora state risarcite alla fine del 2017, evidenza della lentezza dei processi liquidativi del settore.
- Per le denunce pervenute nel 2010-2017, le compagnie hanno corrisposto risarcimenti per 1,85 miliardi di euro. Per queste stesse denunce, 3,2 miliardi risultano accantonati a riserva a fine 2017, in previsione di esborsi futuri.
- Per le polizze delle strutture pubbliche, il costo dei risarcimenti supera quello dei premi.
- Il valore dei fondi accantonati per l'autoritenzione del rischio delle strutture sanitarie pubbliche nel 2016 ammonta a 511 milioni di euro, superiore del 70% a quello dei premi versati nello stesso anno per la gestione assicurativa del rischio stesso.

4. L'ATTIVITA' DELLE IMPRESE ASSICURATIVE NEL SETTORE DELLA R.C. SANITARIA IN ITALIA

La r.c. sanitaria nell'ambito del ramo r.c. generale – Il rischio r.c. sanitaria fa parte del ramo r.c. generale e, nel suo ambito, i 585 milioni di premi raccolti nel 2017 (Allegato, Tavola 1) rappresentano il 13,8% del totale della raccolta diretta nel ramo in Italia (14,2% nel 2016). Per le imprese estere tale quota aumenta al 25,1% (contro 8,4% delle imprese italiane, fig. 1).

Fig. 1 – Quota dei premi del ramo r.c. generale raccolti nella r.c. sanitaria (2013-2017)



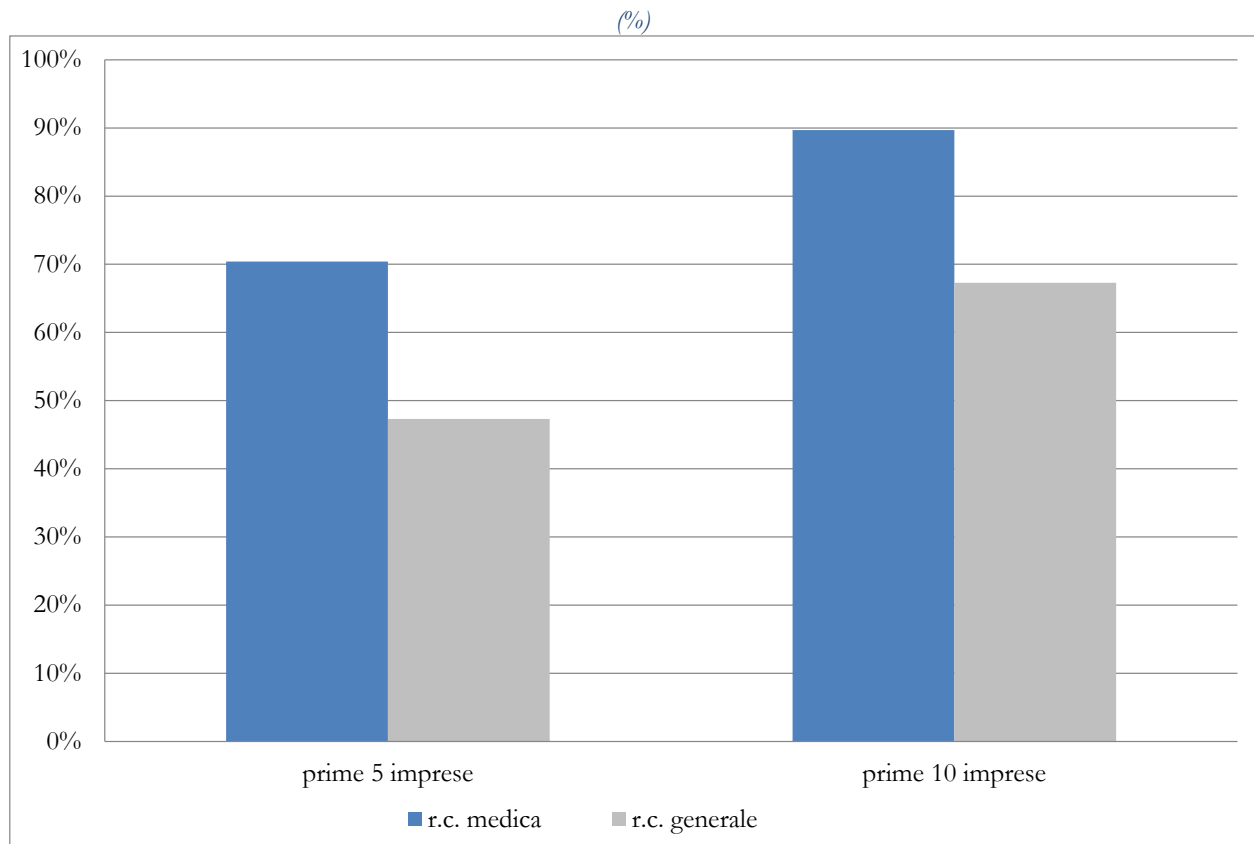
Le coperture per dolo o colpa grave – L'assicurazione per il dolo o la colpa grave tutela il professionista sanitario. È una garanzia accessoria a quella per la r.c. sanitaria e può essere stipulata assieme a quest'ultima o da sola. I professionisti della salute che operano presso una struttura sanitaria pubblica o privata sono tenuti a tutelarsi (art. 10, comma 3 della legge Gelli) con una polizza per dolo o colpa grave, a garanzia dell'azione di rivalsa promuovibile nei loro confronti dalla struttura stessa o dall'impresa assicurativa che offre copertura a quest'ultima (art. 9, comma 1 e art. 1 comma 3 della legge Gelli). Per il 2017, le imprese hanno segnalato circa 54.000 coperture di questo tipo, per un ammontare complessivo di premi pari a 29 milioni di euro.

Caratteristiche delle imprese operanti nel mercato della r.c. sanitaria – Nel 2017 le prime 5 imprese hanno raccolto il 70,4% dei premi, quota che sale all'89,7% per le prime 10 imprese (fig. 2). Il grado di concentrazione è superiore a quello del ramo r.c. generale, nel quale le maggiori 5 imprese raccolgono il 47,3% dei premi (67,3% da parte delle prime 10).

Nell'ambito della r.c. sanitaria, la concentrazione aumenta per i contratti sottoscritti da parte delle strutture sanitarie pubbliche (il 96,4% dei relativi premi fa capo a sole 5 imprese). La concentrazione dei premi del personale sanitario (raccolti per il 71,4% dai maggiori 5 operatori) è in lieve aumento

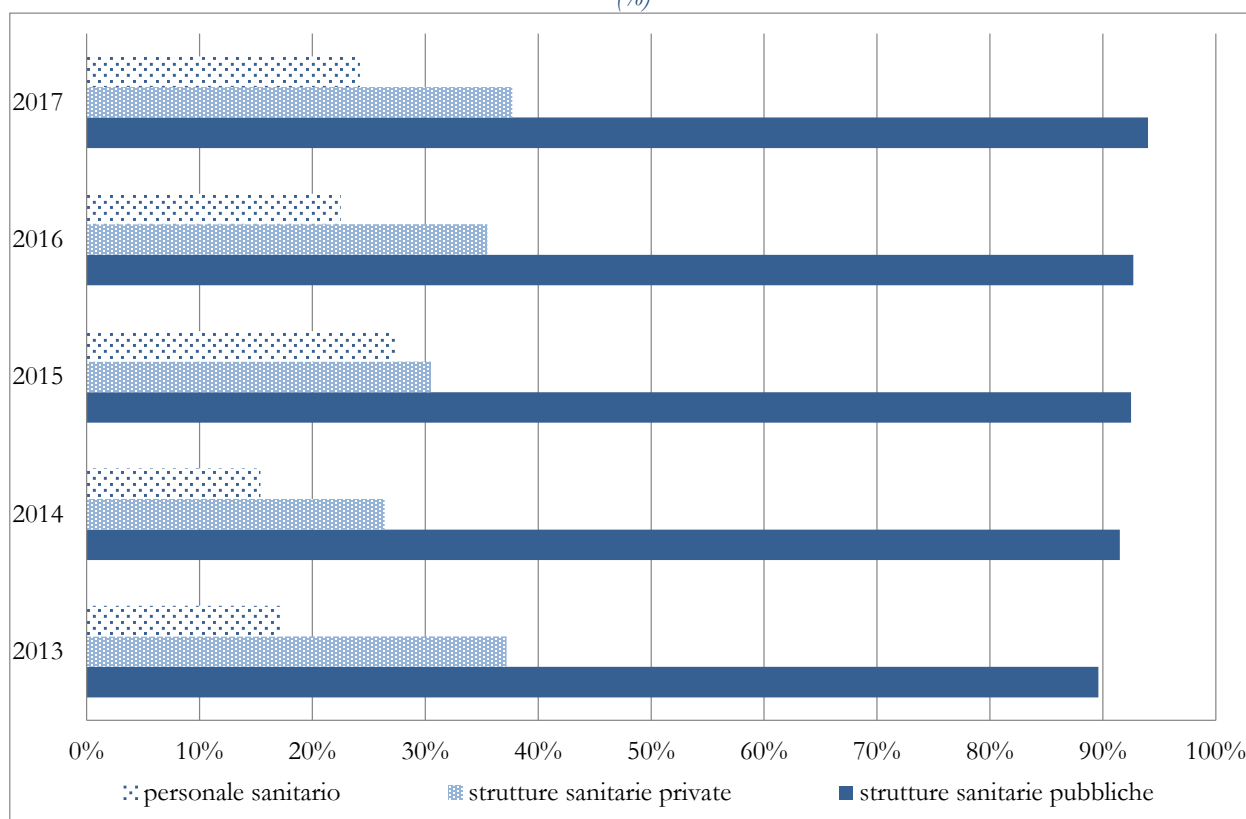
rispetto al 2016.

Fig. 2 – Quota dei premi raccolti dalle imprese maggiori: r.c. sanitaria e r.c. generale a confronto (2017)



Nel settore è molto rilevante il ruolo delle imprese estere (fig. 3), che nel 2017 hanno raccolto il 94% dei premi delle strutture sanitarie pubbliche, 37,7% di quelle private e 24,2% dei premi per le coperture dei professionisti sanitari. Anche in quest'ultimo sotto-settore, dove la maggioranza della raccolta premi è stata effettuata da imprese italiane, è accresciuta la presenza delle imprese estere nel corso del quinquennio 2013-2017 (la loro quota di premi è passata dal 15,4% al 24,2%).

Fig. 3 – Quota dei premi raccolti dalle imprese estere nella r.c. sanitaria (2013-2017)
(%)

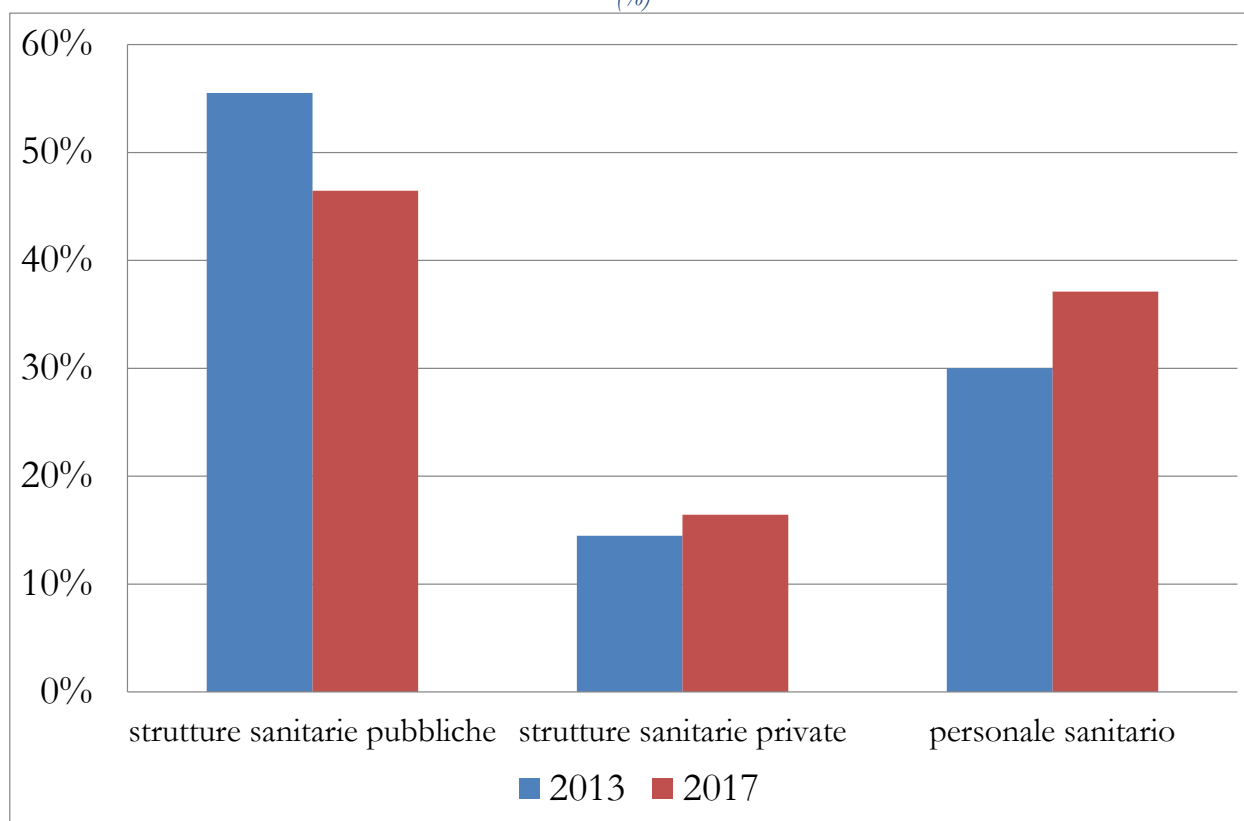


I Premi e le unità assicurate – I 585 milioni di premi raccolti nel 2017 per la r.c. sanitaria (-2,4% rispetto al 2016) si ripartiscono in questo modo per tipo di unità assicurata:

46,5% per le coperture delle strutture pubbliche,
16,4% per quelle delle strutture private,
il restante 37,1% per la tutela dei professionisti sanitari.

Rispetto al 2013, è in calo la quota di premi relativi alle strutture pubbliche, mentre è aumentata quella raccolta presso il personale sanitario (fig. 4).

Fig. 4 – Ripartizione per sotto-settori dei premi raccolti per la r.c. sanitaria, 2013 e 2017 (%)



Nel 2017 sono risultate assicurate 685 strutture pubbliche, 4.067 strutture private e circa 270.000 unità di personale sanitario (Allegato, Tavola 1). Un *trend* importante è la costante flessione del numero di strutture pubbliche assicurate tra 2010 e 2017 (-51%), contemporaneo alla crescente diffusione della auto-assicurazione tra questo tipo di strutture.

Il premio medio per la copertura di una struttura pubblica è stato di 397.000 euro, oltre 16 volte superiore a quello per una struttura privata (pari a 24.000 euro). L'elevato scarto tra i due premi deriva anche dalla superiore complessità e dimensione delle strutture pubbliche.

Il premio medio per la garanzia r.c. sanitaria del personale sanitario è ammontato a 803 euro (+13,2% rispetto al 2016), quello per le coperture contro il dolo e la colpa grave a di 540 euro. È in aumento il divario tra il premio pagato dai medici, pari a 1.040 euro (tav. 2), e quello pagato in media dal personale sanitario di altro tipo (pari a 173 euro): i due premi medi sono in rapporto di 6 a 1 nel 2017, contro 5 a 1 dell'anno precedente.

Tav. 2 – Premi medi per la r.c. sanitaria del personale sanitario (2017)

Area geografica di residenza	Tipo di personale		
	Personale medico	Personale sanitario non medico	Totale
Nord ovest	1.092	202	844
Nord est	977	152	731
Centro	1.111	154	826
Sud	985	144	819
Isole	945	209	743
Totale	1.040	173	803

L'evoluzione delle denunce e dei risarcimenti – Nel 2017 le compagnie hanno ricevuto 18.418 denunce (–35,6% in meno rispetto a quelle ricevute nel 2010, Allegato, Tavola 4). La flessione ha riguardato le strutture sanitarie pubbliche e private (per le quali il calo è stato pari rispettivamente al –60,8% e al –39,1%), contemporaneo alla diminuzione del numero di strutture assicurate. Tra 2010 e 2017, sono in aumento (+10%) le denunce a carico del personale sanitario, nonostante la flessione del numero di unità di personale assicurate.

Una delle disfunzionalità che affligge il settore è l'elevato numero di denunce senza seguito, pari al 50,1% di quelle ricevute tra 2010 e 2017⁸. Tale percentuale diminuisce al 35,9% e al 22,7% per le denunce più recenti del 2016 e 2017, per effetto del lungo tempo necessario per classificare correttamente una denuncia come senza seguito.

Il rapporto tra denunce pervenute nell'anno e unità di rischio assicurate nell'anno consente di ottenere un numero medio di denunce per unità assicurata (Allegato, Tavola 4.1), tenuto conto che la quasi totalità delle coperture è in *claims made*⁹, per cui le denunce pervenute in un anno si riferiscono ad unità di rischio assicurate nello stesso anno. Per l'anno più recente 2017, una struttura sanitaria pubblica ha ricevuto in media 8,44 denunce, di cui 5,81 destinate ad avere seguito, in quanto hanno dato luogo a un pagamento o sono state collocate a riserva. Per le strutture private i due indicatori valgono rispettivamente 0,82 e 0,55 (che scendono a 0,04 e 0,03 per i professionisti sanitari).

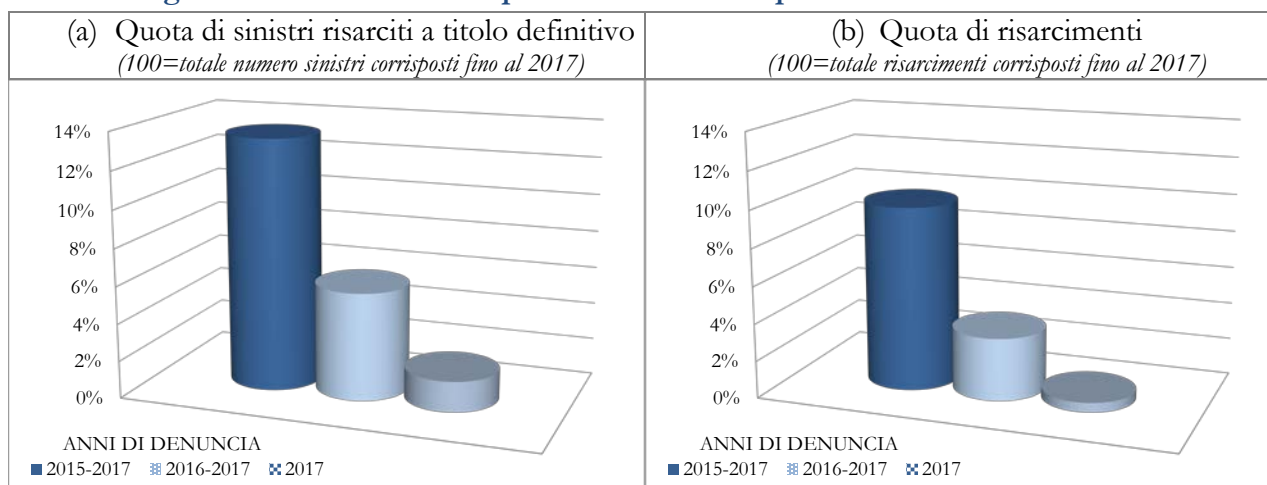
Le imprese assicurative hanno risarcito fino alla fine del 2017 45.129 sinistri denunciati tra 2010 e 2017. Di questi, solo il 13,4% è relativo a denunce pervenute nei precedenti 36 mesi, tra 2015 e 2017, percentuale che scende al 5,8% per quelle pervenute nei precedenti 24 mesi, fig. 5.a).

Nello stesso periodo i risarcimenti complessivamente erogati sono stati pari a 1.851 milioni di euro, di cui il 9,8% per denunce pervenute tra il 2015 e il 2017 e il 3,4% per le denunce pervenute tra 2016 e 2017 (fig. 5.b).

⁸ Nella r.c. auto la percentuale di sinistri senza seguito su quelli denunciati tra il 2012 e il 2017 varia tra il 10% e il 15% (Bollettino Statistico sull'attività assicurativa nel comparto auto 2012-2017, Ottobre 2017, n. 12).

⁹ Clausola che ammette il risarcimento dei soli sinistri denunciati durante il periodo di vigenza della polizza con riferimento a danni manifestatisi entro il medesimo periodo, anche se l'evento che ha causato il danno si è verificato in precedenza, fino a un massimo di 10 anni prima dell'inizio della validità della copertura (periodo di retroattività).

Fig. 5 – Risarcimenti corrisposti tra 2010 e 2017 per anni di denuncia recenti



La velocità di liquidazione dei sinistri – Per quanto riguarda le strutture sanitarie pubbliche, sono state definite e pagate nel 2017 (Allegato, Tavola 7) il 4,1% delle denunce di sinistri con seguito pervenute nello stesso anno (l'anno precedente erano il 3,5%). Per le strutture sanitarie private, le due percentuali ammontano al 9,8% per il 2017 e al 12,5% per il 2016, mentre valgono rispettivamente 4,4% e 5,2% per il personale sanitario.

Con riferimento agli importi soltanto l'1,2% dei risarcimenti previsti per le denunce pervenute nel 2017 è stato liquidato nello stesso anno (la quota aumenta all'1,7% per le strutture private e al 2,7% per il personale sanitario (Allegato, Tavola 8). Per i sinistri denunciati nel corso del 2016, le tre frequenze valevano rispettivamente 0,6%, 3,2% e 2,7%¹⁰.

Questi numeri, relativi alla liquidazione dei sinistri nello stesso anno di denuncia, evidenziano l'estrema lentezza delle procedure di liquidazione. Una ulteriore conferma di questo fenomeno si ha osservando le generazioni di denunce 2010 e 2011 (le più anziane disponibili): alla fine del 2017 per la prima restavano da liquidare ancora il 33,8% degli importi, percentuale che aumenta al 44,8% per la generazione 2011.

Il costo medio dei sinistri – Utilizzando le informazioni disponibili alla fine del 2017¹¹, è evidente l'aumento nel corso del tempo del risarcimento medio per le generazioni di denunce più vecchie. Per le strutture sanitarie pubbliche, il risarcimento medio delle denunce del 2010 è stato di 57.365 euro, contro 23.741 euro per le denunce pervenute nel 2017 (Allegato, Tavola 9): il rapporto tra i due costi medi è pari a 2,4 (per le strutture private e per il personale sanitario il rapporto ammonta rispettivamente a 5,6 e 2,0). Nel corso degli anni di sviluppo, la crescita maggiore del valore del risarcimento medio tende ad avvenire nell'anno successivo a quello di denuncia.

Le riserve sinistri – Alla fine del 2017 le imprese di assicurazione hanno accantonato 3.185 milioni

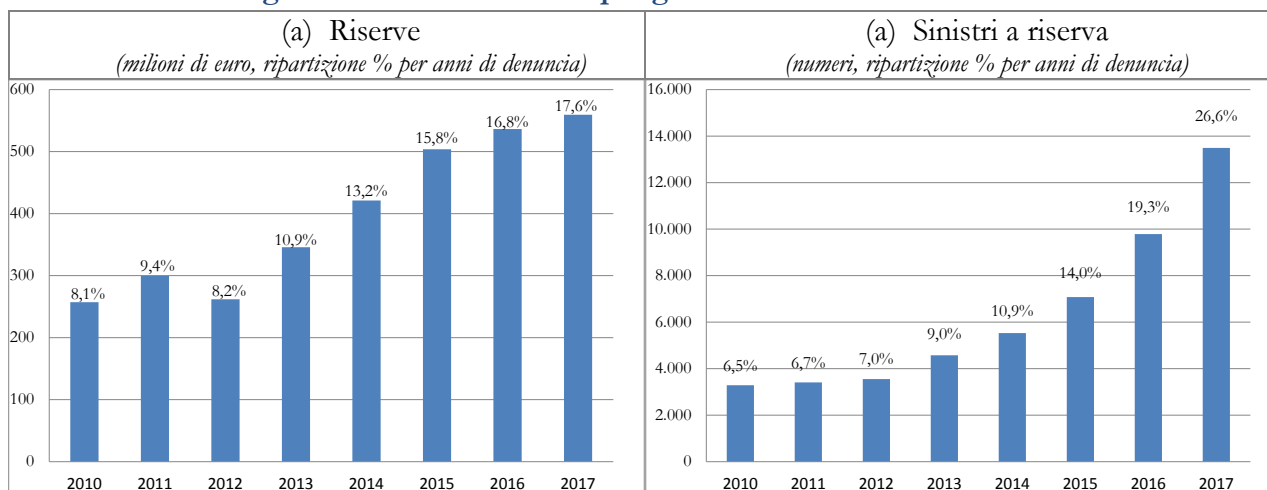
¹⁰ Vedi Bollettino n. 14 del 2017 per i dati relativi al 2016 citati nella sezione sulla velocità di liquidazione dei sinistri.

¹¹ Per le singole generazioni di sinistri, si tratta di importi variabili all'aumentare della quota dei sinistri liquidati nel corso del tempo. Concorrono a determinare questa variabilità la complessità della valutazione delle menomazioni fisiche, che induce a sottostimare l'entità del danno nella fase iniziale, e della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, nonché l'incertezza causata dall'evoluzione della giurisprudenza in materia risarcitoria.

di riserve sinistri per i futuri risarcimenti delle denunce pervenute tra 2010 e 2017 (Allegato, Tavola 2)¹², di cui il 58,1% per i sinistri delle strutture pubbliche, 15,7% per quelli delle private e 26,2% per quelli del personale sanitario. Solo il 17,6% degli accantonamenti riguarda i sinistri denunciati nel 2017 (fig. 6a).

Il numero di sinistri denunciati tra 2010 e 2017 che a fine 2017 risultavano a riserva (Allegato, Tavola 3) era pari a 50.713 (34,4% relativi a strutture pubbliche, 14,7% a strutture private e 50,9% riconducibili a coperture di personale sanitario), di cui il 26,6% per denunce pervenute nel corso del 2017 (fig. 6b).

Fig. 6 – Riserve a fine 2017 per gli anni di denuncia 2010-2017



Il contenzioso nel settore della r.c. sanitaria – Uno dei problemi che caratterizza il settore è l'elevato ricorso al contenzioso giudiziario. La lunghezza media dei procedimenti civili costringe le imprese a mantenere riserve relativamente elevate e a liquidare una parte dei pagamenti definitivi solo dopo la definizione di una causa. Il 13,8% dei sinistri risarciti a titolo definitivo tra 2010 e 2017 ha richiesto una causa, mentre il 27,1% dei sinistri riservati alla fine del 2017 risultava a contenzioso (Allegato, Tavola 4.2)¹³. Il ricorso ai tribunali caratterizza maggiormente la gestione dei sinistri delle strutture sanitarie pubbliche, per la quale i due indicatori ammontavano rispettivamente a 16,4% e 38,5%.

Rapporto sinistri a premi – L'indice di profittabilità utilizzato nel presente bollettino è il consueto rapporto sinistri a premi (*loss-ratio*) che, anche tenendo conto delle particolarità del rischio da r.c. sanitaria, è un indicatore omogeneo per valutare i risultati tecnici del rischio e indica una perdita tecnica per l'impresa assicurativa se assume valori superiori a 100.

I dati aggiornati al 2017 evidenziano una situazione di perdita tecnica sistematica per le coperture delle strutture sanitarie pubbliche (per gli anni di denuncia dal 2010 al 2017, l'indice assume valori

¹² L'importanza del corretto calcolo delle riserve è fondamentale nella r.c. sanitaria, caratterizzata da una bassa velocità di liquidazione e da una forte presenza di imprese di assicurazione estere, non sottoposte alla vigilanza prudenziale dell'IVASS (si veda al riguardo il Supervisory Convergence Plan 2018-2019 dell'EIOPA).

¹³ Nel settore della r.c. auto, caratterizzato da elevati livelli di contenzioso, la percentuale di sinistri in causa sul totale di quelli posti a riserva alla fine del 2017 è pari al 21,7% (Bollettino Statistico sull'attività assicurativa nel comparto auto 2012-2017, Ottobre 2017, n. 12).

compresi tra 101 e 143, Allegato, Tavola 12). I valori dell'indice sono lievemente più bassi per le strutture private (si registra un risultato tecnico positivo per le generazioni di denuncia 2011 e 2016). La situazione per le compagnie di assicurazione appare migliore per i contratti del personale sanitario (il *loss ratio* è inferiore a 100 per tutti gli anni di denuncia).

5. L'AUTORITENZIONE DEL RISCHIO PER LA COPERTURA DELLA R.C. SANITARIA NELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

Le strutture sanitarie possono gestire internamente, in tutto o in parte, il rischio da responsabilità civile sanitaria¹⁴. Se si sceglie questa opzione, le strutture costituiscono fondi specificamente destinati a risarcire i pazienti che hanno subito errori sanitari, alimentati da accantonamenti annuali. Il Ministero della Salute rende disponibili questi dati per le strutture sanitarie pubbliche (tav. 3).

**Tav. 3 – Autoritenzione del rischio per la r.c. sanitaria delle strutture sanitarie pubbliche
Accantonamenti e fondi di copertura (2012-2016)**
(milioni di euro)

	2012	2013	2014	2015	2016
	Accantonamenti				
Area geografica					
Nord	53,9	143,2	196,6	199,0	249,8
Centro	63,5	55,0	81,5	111,4	97,6
Sud-Isole	52,8	58,9	133,7	157,2	163,1
Tipo di struttura					
Amministrazione regionale	144,6	225,2	380,0	410,6	443,9
Struttura sanitaria	25,6	32,0	31,9	57,0	66,6
Totale Italia	170,2	257,1	411,8	467,6	510,5
	Fondi di copertura				
Area geografica					
Nord	200,8	324,3	490,4	540,2	725,2
Centro	59,5	148,4	202,4	227,8	331,9
Sud-Isole	58,5	265,0	240,1	362,5	502,1
Tipo di struttura					
Amministrazione regionale	247,8	608,2	758,2	936,7	1.311,0
Struttura sanitaria	71,0	129,6	174,7	193,8	248,2
Totale Italia	318,8	737,8	932,8	1.130,5	1.559,2

Gli accantonamenti effettuati nel corso del 2016 ammontavano a 510,5 milioni (+9,2% rispetto al 2015), mentre l'ammontare dei fondi di copertura a fine del 2016 era pari a 1.559,2 milioni (in

¹⁴ L'articolo 27, comma 1 bis, del decreto legge 24 giugno 2014, 90, convertito con modificazioni nella legge 11 agosto 2014, n. 114 introduceva l'obbligo per le strutture sanitarie pubbliche o private di "dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT). La legge n. 24 dell'8 marzo 2017 ribadisce un obbligo analogo (art. 10, comma 1).

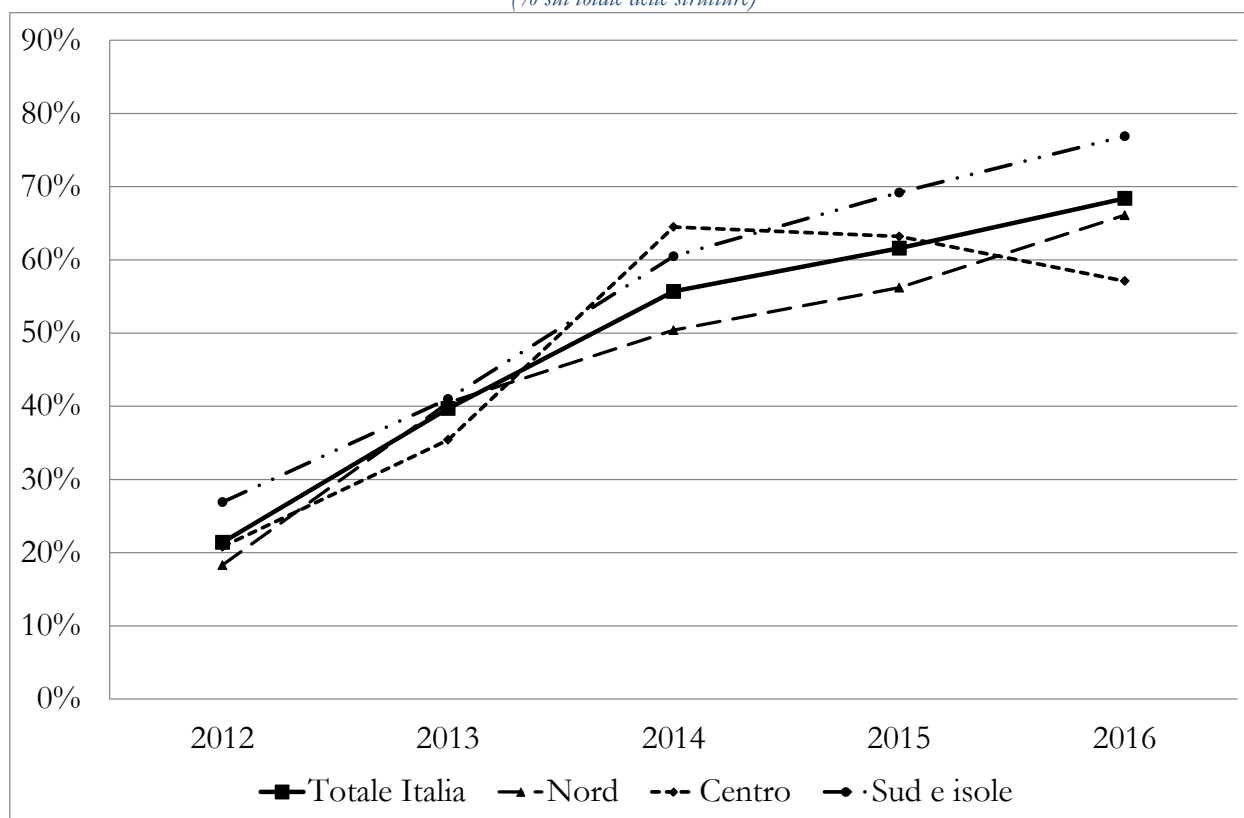
crescita del 37,9% rispetto all'anno precedente). Alle amministrazioni regionali fanno capo il 13% degli accantonamenti complessivi e il 15,9% dei fondi.

La crescita in volume degli accantonamenti nel corso del quinquennio 2012-2016 considerato deriva in buona parte da un aumento del numero di strutture sanitarie che hanno accantonato fondi (fig.7), fenomeno diffuso in tutte le tre macroaree geografiche considerate, mentre l'aumento dell'accantonamento medio (pari a 3,3 milioni di euro nel 2016, da 3,1 milioni del 2012) è stato modesto (+7%).

La percentuale di strutture che effettuano accantonamenti ammontava nel 2016 al 68,4% (più che triplicata rispetto al 21,4% del 2012). Tra le tre macroaree geografiche considerate, la frequenza massima nel 2016 è nel Sud e isole (dove il 78,4% delle strutture ha effettuato accantonamenti).

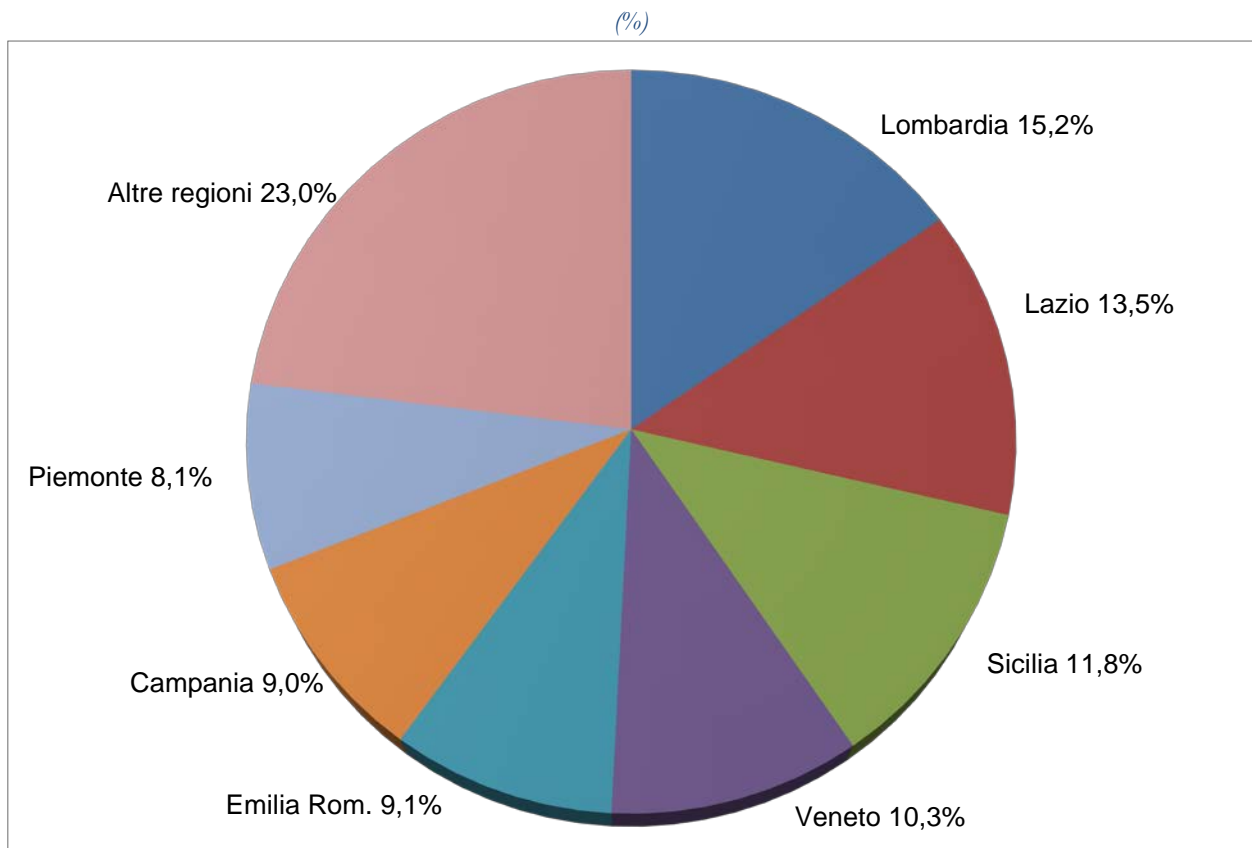
Fig. 7 – Strutture del Servizio Sanitario Nazionale che accantonano fondi di autoritenzione del rischio per la r.c. sanitaria (2012-2106)

(% sul totale delle strutture)



A livello regionale, nel 2016 le prime cinque regioni per valore del fondo di copertura rappresentano il 59,8% del totale del fondo (Lombardia, Lazio, Sicilia, Veneto, Emilia-Romagna, fig. 8), percentuale che sale al 77% se si considerano le maggiori sette regioni (si aggiungono alle precedenti la Campania e il Piemonte).

**Fig. 8 – Rischi da r.c. sanitaria delle strutture sanitarie pubbliche
Ripartizione regionale dei fondi di copertura (2016)**



Gli accantonamenti e i premi pagati alle imprese assicurative per i rischi da r.c. sanitaria delle strutture pubbliche sono grandezze finanziarie in qualche misura confrontabili, essendo risorse stanziare annualmente a fronte dello stesso rischio, gestito internamente (con gli accantonamenti) o tramite ricorso al mercato (con i premi). Tra 2012 e 2016 le due grandezze hanno avuto andamenti divergenti, perché i premi sono diminuiti, mentre i fondi sono stati in costante aumento. Per questo motivo, dal 2014 gli accantonamenti sono risultati superiori ai premi assicurativi (nel 2016 erano in rapporto di 1,7 a 1, fig. 9).

Va infine osservato che il sistema di gestione della r.c. sanitaria delle strutture sanitarie pubbliche è estremamente eterogeneo e in molte regioni italiane coesistono, anche nella stessa struttura, forme di autoritenzione del rischio e coperture assicurative acquisite presso le imprese di assicurazione. Una forma mista tipicamente adottata prevede l'utilizzo di forme di autoritenzione del rischio per valori del sinistro al di sotto di una certa soglia, con l'intervento di un risarcimento di tipo assicurativo per sinistri di valore superiore¹⁵.

¹⁵ Si veda al riguardo il rapporto dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) "Monitoraggio delle denunce di sinistri 2015 – Rapporto Annuale – Novembre 2016".

Fig. 9 – Rischi da r.c. sanitaria delle strutture sanitarie pubbliche
Accantonamenti per l'autoritenzione del rischio e premi assicurativi a confronto (2012-2016)
(milioni di euro)

