



I V A S S
ISTITUTO PER LA VIGILANZA
SULLE ASSICURAZIONI



Bollettino Statistico
I rischi da responsabilità civile
generale e sanitaria

Anno XIII n. 3 – aprile 2026





Bollettino Statistico
I rischi da responsabilità civile
generale e sanitaria

Anno XIII n. 3 – aprile 2026

(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>

ISSN 2421-3004 (online)

Servizio Studi e Gestione Dati - Divisione Studi e Analisi Statistiche
Il testo e le tavole sono stati curati da Paride Antonini e Angelica Policella


Tutti i diritti riservati

È consentita la riproduzione a fini didattici e non commerciali, a condizione che venga citata la fonte

Grafica e stampa a cura della Divisione Editoria e stampa della Banca d'Italia

Indice

SINTESI	5
R.c. generale	5
R.c. sanitaria	5
1. QUADRO SINTETICO DEL RAMO R.C. GENERALE	7
La raccolta premi	7
Frequenza e costo medio dei sinistri	8
Principali indicatori tecnici	9
Risultato del conto tecnico	10
Andamento del premio medio e del premio puro	11
2. L'ATTIVITÀ DELLE IMPRESE ASSICURATIVE NELLA R.C. SANITARIA	13
La raccolta premi	13
La concentrazione del mercato	14
La sinistrosità e la velocità di liquidazione	15
Il contenzioso	16
Il costo medio e la frequenza dei sinistri	17
Premio puro e premio medio	17
Profittabilità	18
3. L'AUTO-RITENZIONE DEL RISCHIO NELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE	20
Accantonamenti e fondi	20
Accantonamenti e premi assicurativi	21
Fondi e riserve assicurative	22
Differenze territoriali	23
NOTA METODOLOGICA	25
Ramo r.c. generale	25
Fonte dei dati e perimetro delle imprese	25
Contenuti	25



R.c. sanitaria	26
Fonte dei dati e perimetro delle imprese	26
Contenuti	26
L'auto-ritenzione del rischio della r.c. sanitaria nelle strutture sanitarie pubbliche	27

SINTESI

Il Bollettino analizza l'andamento delle coperture di responsabilità civile generale e sanitaria nel 2024, in termini di raccolta premi, sinistrosità, struttura di mercato e sostenibilità tecnica.

R.c. generale

Il 2024 si chiude con una crescita moderata dei premi contabilizzati, che raggiungono i 4.157 milioni di euro (+3,5% su base annua), pari al 10,2% della raccolta complessiva dei rami danni.

Il costo medio dei sinistri rimane significativo, con un valore pari a 7.574 euro. Esso risente in modo rilevante della componente di riservazione, tenuto conto della lentezza strutturale dei tempi di liquidazione nel ramo.

La crescita tendenziale del costo del rischio incide sull'evoluzione del premio puro (95,3 euro), che registra un incremento del 6,8% rispetto al 2023 e del 6,6% rispetto al 2019.

Nonostante il risultato tecnico, al netto della riassicurazione, rimanga positivo per 871 milioni di euro, si registra un sensibile calo (-23,1%) rispetto al 2023, principalmente a causa dell'aumento degli oneri per sinistri.


R.c. sanitaria

La raccolta premi nel 2024 diminuisce a 691 milioni di euro, in contrazione del 2,2% rispetto al 2023. Tale flessione non è uniforme: il segmento delle strutture sanitarie pubbliche registra un calo dell'8,4%, mentre la raccolta presso le strutture private è in crescita del 6,7%. Nell'ultimo decennio cresce il peso delle strutture private (dal 15% al 23% tra il 2013 e il 2024) e del personale sanitario (dal 30% al 40%) rispetto alle strutture pubbliche (dal 55% al 37%).

Parallelamente, si consolida il crescente ricorso alla ritenzione del rischio da parte delle strutture sanitarie pubbliche. Nel 2023 gli accantonamenti a fondi di ritenzione raggiungono i 2,3 miliardi, pari al 184% dei premi assicurativi versati dalle strutture pubbliche assicurate. Nel periodo 2014-2023 il volume degli accantonamenti è stabilmente superiore a quello dei premi, anche in seguito alla riduzione del numero di strutture pubbliche assicurate (-46% tra il 2014 e il 2023).

Il mercato assicurativo della r.c. sanitaria è concentrato: nel 2024 le prime dieci imprese raccolgono il 94,6% dei premi (81,1% le prime cinque).

Il settore è caratterizzato da tempi di liquidazione particolarmente lunghi (Fig. 2), anche superiori ai 10 anni. Anche a causa della rilevante presenza di sinistri in



contenzioso, la generazione 2013 non è completamente chiusa al 2024, con il 5,6% del numero dei sinistri denunciati nel 2013 a riserva a fine 2024.

Il costo medio dei sinistri è significativamente più elevato per le strutture pubbliche (83 mila euro) rispetto alle strutture private (35 mila euro) e al personale sanitario (20 mila euro).

Coerentemente, i livelli di *loss ratio* per le strutture pubbliche risultano prossimi o superiori al 100% per la maggior parte delle generazioni di sinistri, evidenziando un quadro di scarsa profittabilità. Le strutture sanitarie private presentano valori dell'indicatore elevati ma generalmente inferiori al 100%. Al contrario, le coperture del personale sanitario mostrano *loss ratio* stabilmente inferiori al 100%.

1. QUADRO SINTETICO DEL RAMO R.C. GENERALE

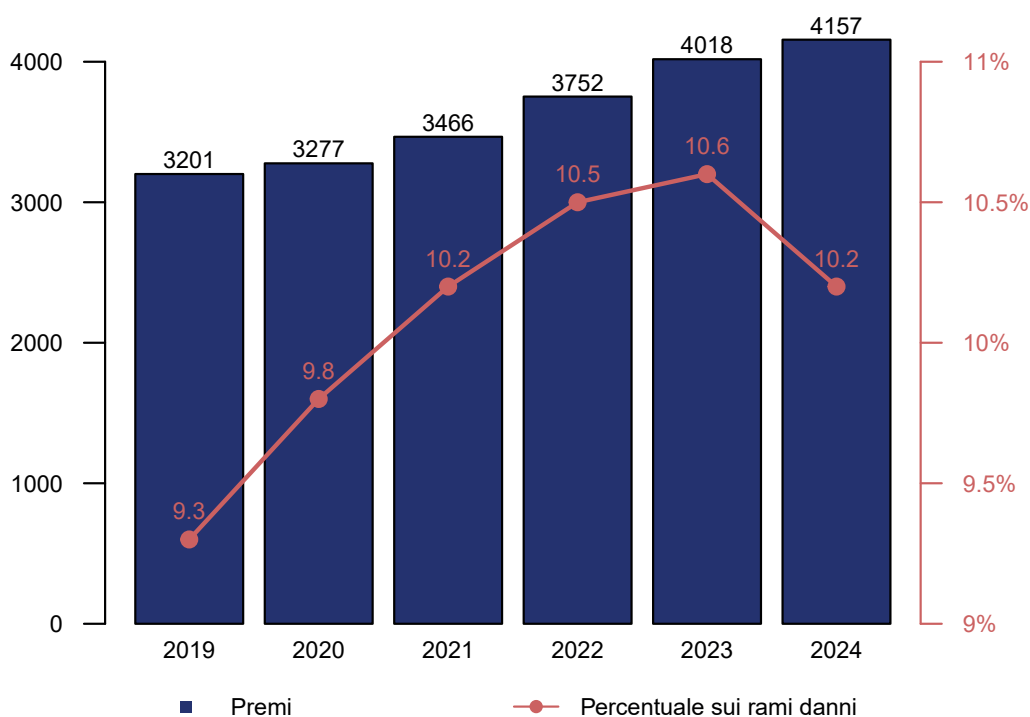
La raccolta premi

Nel 2024 i premi raccolti dalle imprese vigilate dall'IVASS nel ramo r.c. generale (Allegato A – tav. 1 e Fig. 1) ammontano a 4.157 milioni di euro, in aumento del +3,5% rispetto al 2023. Considerando anche i premi contabilizzati dalle imprese estere in regime di stabilimento, il comparto raccoglie 5.902 milioni. La quota raccolta dalle imprese non vigilate dall'IVASS rappresenta il 29,6%.

La raccolta premi delle vigilate è in costante crescita (+29,9% rispetto al 2019) sebbene la sua incidenza sul totale dei rami danni sia in leggera flessione (10,2% a fronte del 10,6% del 2023), a causa della maggiore crescita osservata per altri rami. L'andamento positivo si conferma anche nei primi tre trimestri del 2025, con un incremento della raccolta del +2,2% rispetto allo stesso periodo del 2024.

Figura 1

La raccolta premi nel ramo r.c. generale
(milioni di euro, %)



Frequenza e costo medio dei sinistri

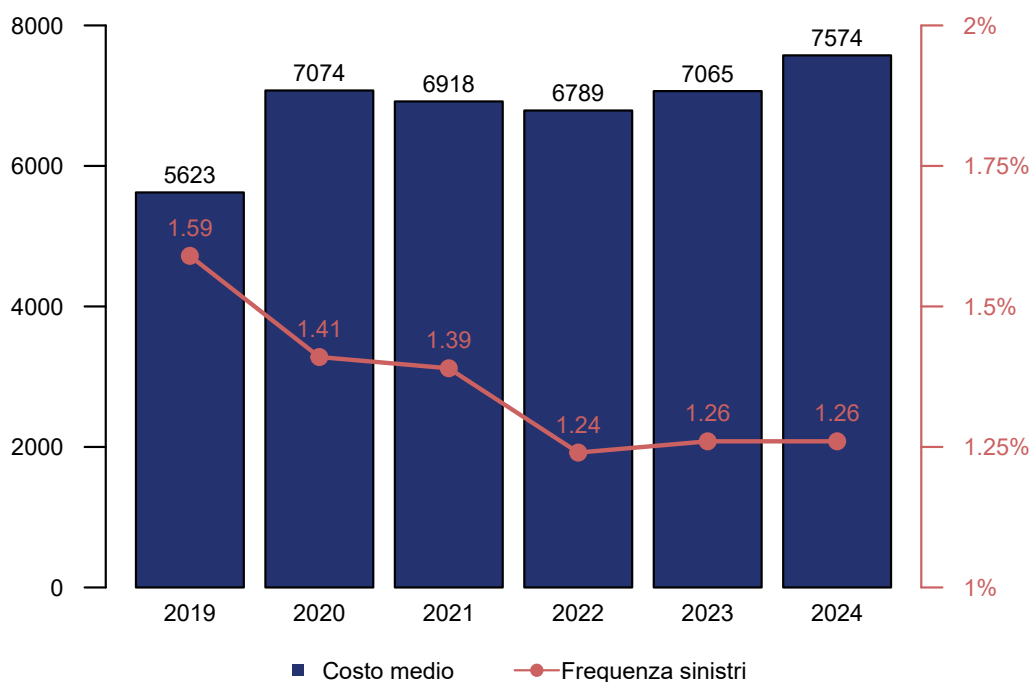
La frequenza sinistri rimane invariata rispetto al 2023 e pari all'1,3% (1,6% nel 2019). Anche il numero dei sinistri con seguito rimane sostanzialmente stabile (304 mila a fronte dei 306 mila del 2023), così come quello delle unità di rischio (242 mila nel 2023 e nel 2024).

Il costo medio dei sinistri denunciati¹, pari a 7.574 euro, si incrementa del +7,2% rispetto al 2023 e del +34,7% rispetto al 2019².

Il ramo è caratterizzato da un costo medio del riservato elevato (11.062 euro)³ se confrontato con il pagato medio nell'anno di accadimento del sinistro (2.299 euro). Tale evidenza riflette una velocità di liquidazione contenuta, con il 39,8% in termini di numero dei sinistri pagati nell'anno di accadimento (12,1% del costo sinistri) a causa della presenza di rischi, come quelli da r.c. sanitaria, caratterizzati da tempi di gestione particolarmente lunghi.

Figura 2

Costo medio e frequenza sinistri



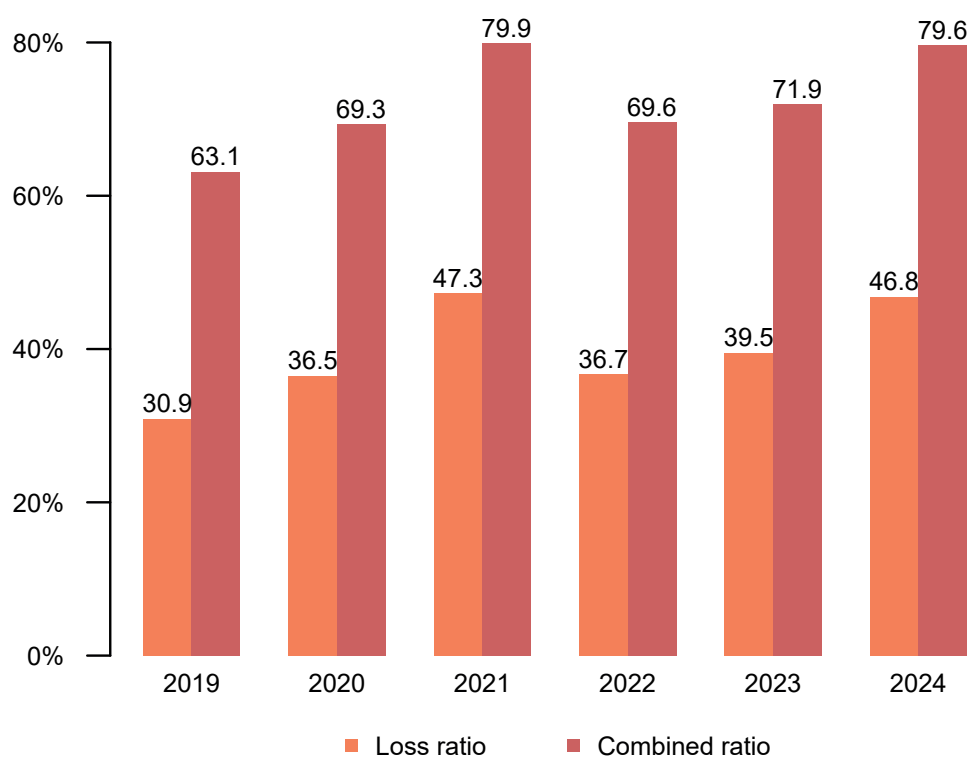
- 1 A prezzi correnti e al lordo della stima finale per sinistri tardivi.
- 2 A prezzi costanti le variazioni del costo medio sono pari al 7,1% su base annua e al 31,4% rispetto al 2019.
- 3 L'incremento del riservato medio sul 2019 per le imprese vigilate dall'IVASS riflette anche gli effetti di operazioni societarie che hanno determinato, in seguito alla *Brexit*, la cessione di consistenti portafogli r.c. sanitaria da imprese che operavano in regime di stabilimento a un'impresa vigilata dall'IVASS appartenente al gruppo di riferimento.

Principali indicatori tecnici

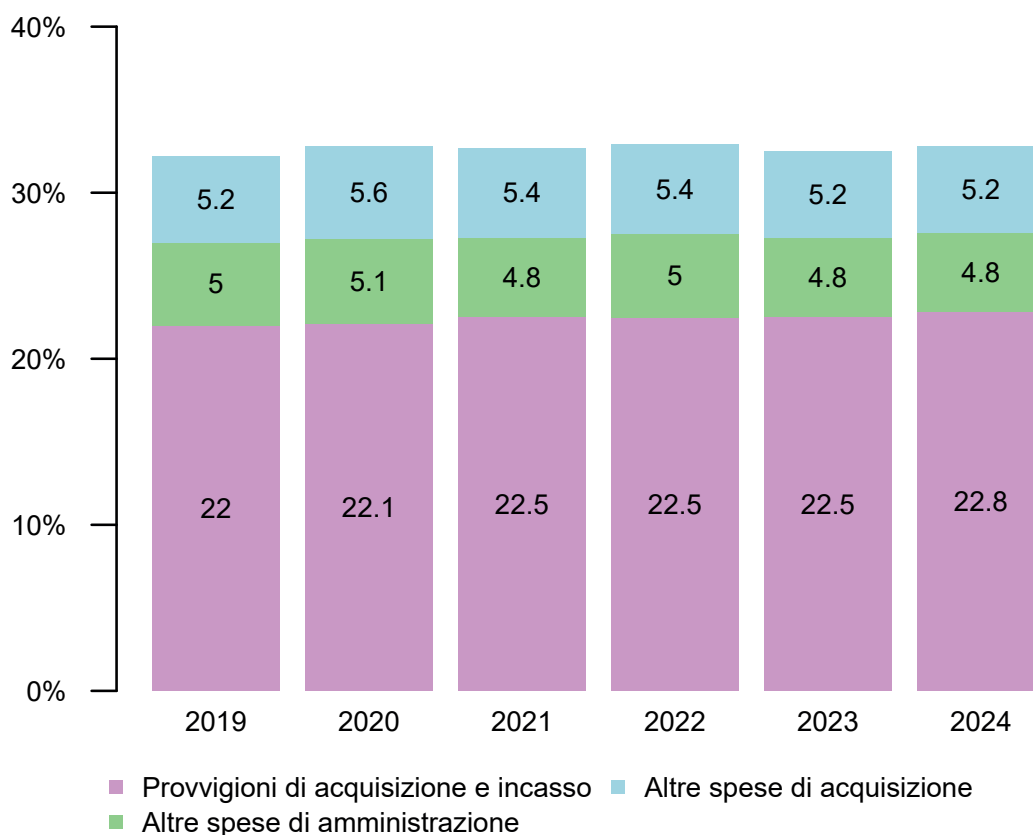
Il *loss ratio* di bilancio si incrementa lievemente passando dal 39,5% del 2023 al 46,8% nel 2024 (Fig. 3). In presenza di un *expense ratio* del 32,9% (32,4% nel 2023), si determina un *combined ratio* di bilancio del 79,6% (71,9% nel 2022). Nel periodo di osservazione quest'ultimo indicatore resta sempre al di sotto del 100%, segnalando un buon equilibrio della gestione.

Figura 3

Loss e combined ratio di bilancio



Le provvigioni rappresentano la principale voce di spesa di gestione e incidono per il 22,8% in rapporto ai premi contabilizzati; le ulteriori componenti dell'*expense ratio* (spese di acquisizione e amministrazione) incidono rispettivamente per il 4,8% e il 5,2% (Fig. 4). Il contributo delle voci di spesa risulta stabile nel periodo d'osservazione (Allegato A – tav. 8).

Figura 4**Evoluzione delle spese di gestione: incidenza sui premi lordi contabilizzati (2019-2024)**

Risultato del conto tecnico

Il risultato del conto tecnico, al netto della riassicurazione, ammonta a 871 milioni di euro (Fig. 5), in diminuzione del -23,1% rispetto al 2023, ma superiore del +10,5% rispetto al 2021, anno che rappresenta il valore minimo del periodo considerato.

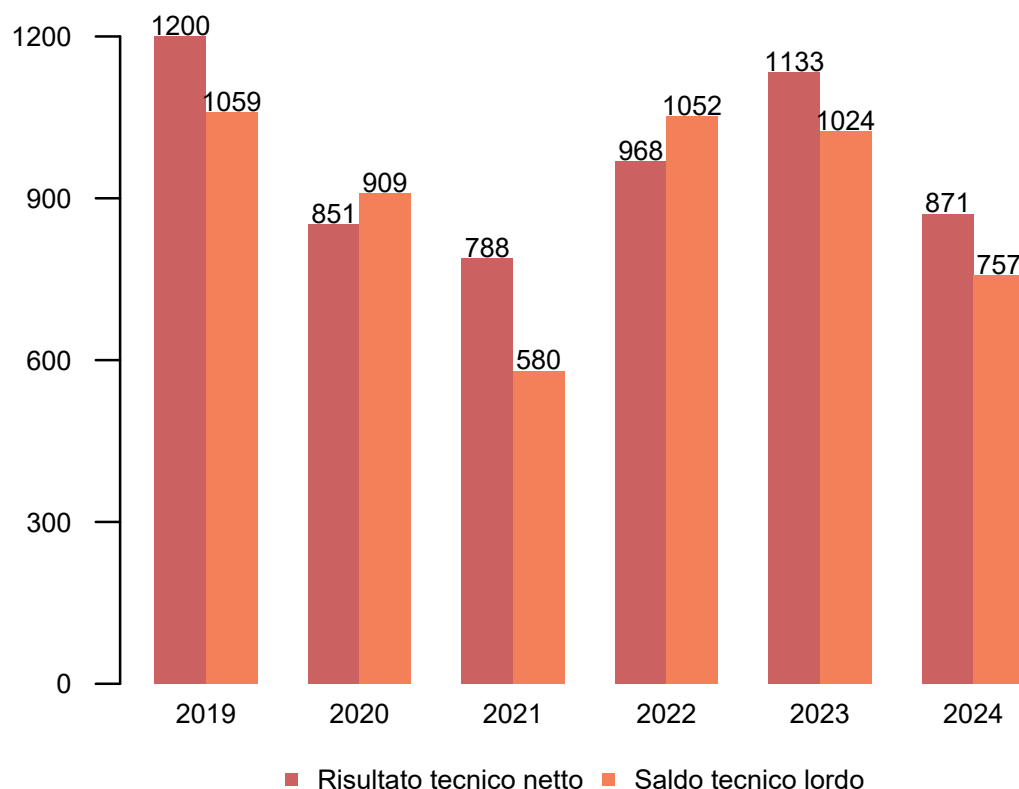
La flessione rispetto al 2023 è principalmente riconducibile all'incremento degli oneri per sinistri, passati da 1.561 milioni a 1.933 milioni di euro nel 2024. Tale dinamica si riflette nel saldo tecnico, che si riduce da 1.024 milioni a 757 milioni di euro. L'aumento dei premi di competenza (+4,5%) contribuisce solo parzialmente a compensare la crescita del costo dei sinistri.

Nel 2024 la riassicurazione esercita un contributo negativo, con un saldo tecnico pari a -109 milioni di euro.

In termini relativi, il risultato del conto tecnico rappresenta il 21% dei premi contabilizzati e corrisponde a 36,1 euro per polizza, valore inferiore a quello registrato nel 2019 (60,4 euro).

Figura 5

Risultato e saldo tecnico
(milioni di euro)



Andamento del premio medio e del premio puro⁴

Il premio medio pagato per singola unità di rischio si attesta a 172 euro⁵ (166 euro nel 2023), confermando un ulteriore incremento su base annua. Il premio puro raggiunge 95,4 euro, in aumento del +7,2% rispetto all'anno precedente, riflettendo la crescita della componente di costo legata alla sinistrosità.

Il margine tecnico atteso per unità di rischio – che misura il risultato della gestione assicurativa riferito a una specifica generazione di sinistri – è pari a 20,2 euro, in lieve riduzione rispetto ai 23 euro del 2023 (Tav. 1). La contrazione del margine è riconducibile al fatto che l'aumento del premio puro ha assorbito una totalmente la crescita del premio medio e le spese di gestione sono in crescita.

4 Il premio puro è il prodotto tra la frequenza dei sinistri e il costo medio di un sinistro. Una differenza negativa tra premio medio e premio puro indica una perdita tecnica prospettica, in quanto i premi raccolti non sono in grado di coprire i costi attesi dei risarcimenti valutati alla fine di ciascun anno di denuncia.

5 Al netto delle componenti aggiuntive fiscali e para-fiscali.

L'andamento segnala quindi un equilibrio ancora favorevole della gestione tecnica, ma con una progressiva compressione della redditività rispetto all'anno precedente.

Tavola 1

Andamento delle componenti del premio medio e del margine

Voci	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Margine per unità di rischio (D = A - B - C)	19,9	6,0	15,0	22,2	23,0	20,2
Premio medio (A)	161,1	157,4	165,3	159,0	165,9	172
Premio puro (B)	89,4	99,7	96,4	84,5	89,2	95,3
Spese di gestione per unità di rischio (C)	51,8	51,7	53,9	52,3	53,7	56,5

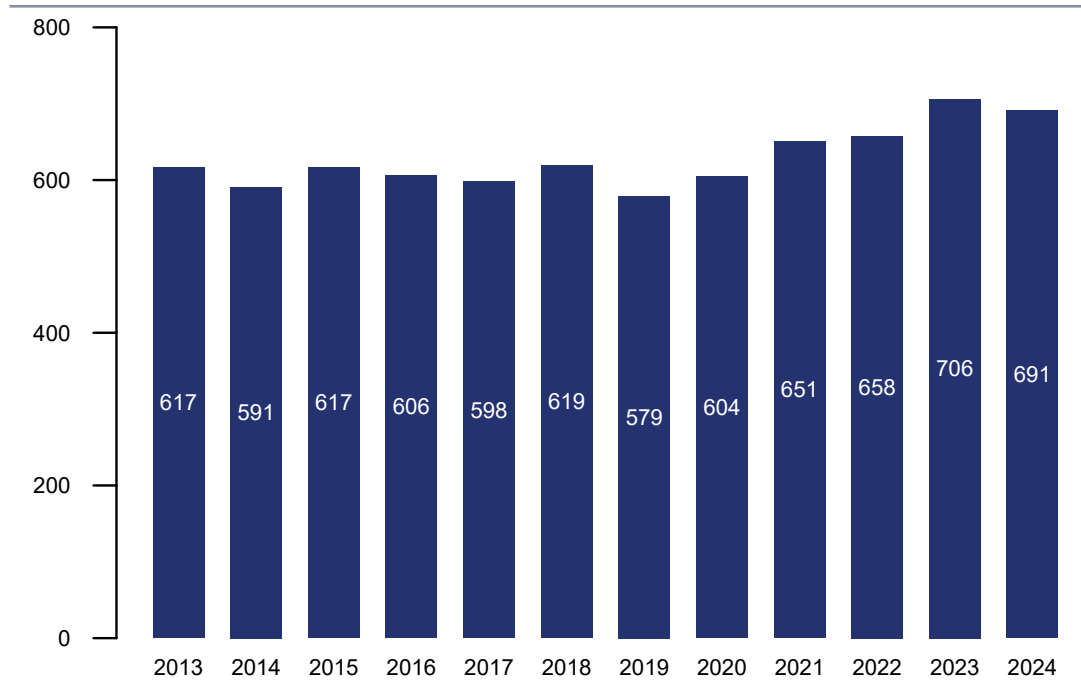
2. L'ATTIVITÀ DELLE IMPRESE ASSICURATIVE NELLA R.C. SANITARIA

La raccolta premi

Nel 2024 i premi per la r.c. sanitaria⁶ ammontano a 691 milioni di euro, in riduzione del -2,2% rispetto al 2023 (Allegato B, Tavola 1 e Fig. 6), ma comunque su livelli superiori a quelli osservati per gran parte del decennio precedente, caratterizzato da una sostanziale stabilità fino al 2019 e da una fase di espansione tra il 2020 e il 2023.

Figura 6

Premi raccolti per la r.c. sanitaria (2013-2024)
(milioni di euro)



La flessione del 2024 è riconducibile principalmente alla contrazione della raccolta presso le strutture sanitarie pubbliche (-8,4%), che continuano a ricorrere in misura significativa a forme di auto-ritenzione del rischio⁷. Tale riduzione è stata solo in

6 Per il personale sanitario le compagnie forniscono il dato sulla raccolta escludendo i premi relativi alle polizze per la sola colpa grave, che sono indicati in una sezione dedicata dell'indagine e non sono inclusi in questo totale.

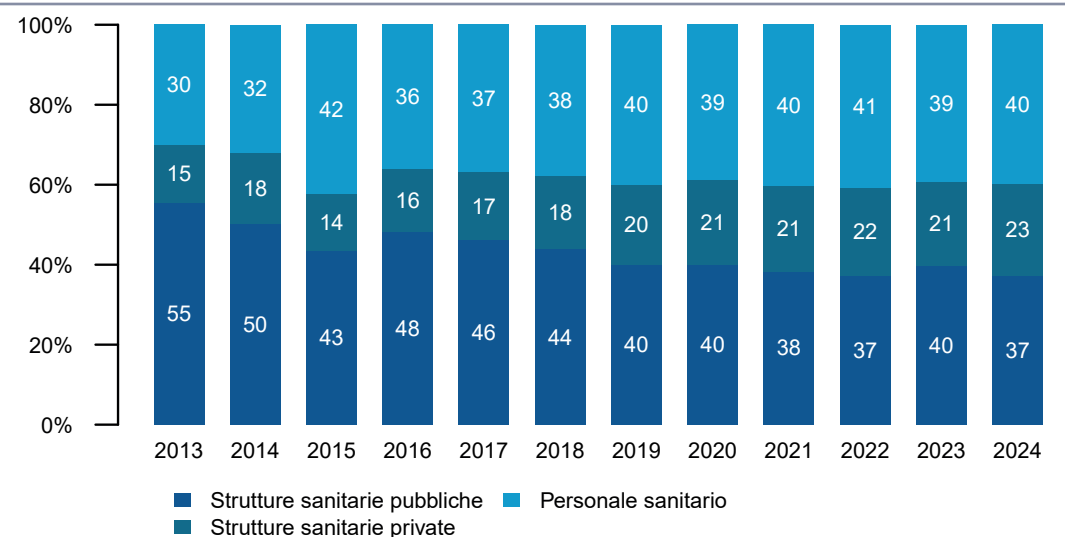
7 Per maggiori dettagli si rinvia al paragrafo "L'auto-ritenzione del rischio nelle strutture sanitarie pubbliche".

parte compensata dalla crescita dei premi raccolti presso le strutture sanitarie private (+6,7%), mentre i premi relativi al personale sanitario risultano pressoché stabili (-0,8%).

In termini di incidenza sulla raccolta complessiva, emerge un rilevante effetto di ricomposizione strutturale tra i sotto-settori. Come evidenziato dalla Fig. 7, nel periodo 2013-2024 si osserva una progressiva riduzione del peso delle strutture pubbliche, la cui quota sul totale premi è scesa dal 55% al 37%. Parallelamente, aumenta l'incidenza del personale sanitario (dal 30% al 40%), che nel 2024 rappresenta il settore con la maggiore quota di mercato, e cresce anche il peso delle strutture private (dal 15% al 23%). Ne deriva una trasformazione della composizione del rischio assicurato, con un sistema meno concentrato sulle grandi strutture pubbliche e più orientato verso coperture individuali e private.

Figura 7

Incidenza sulla raccolta per sotto-settori (2013-2024)



La concentrazione del mercato

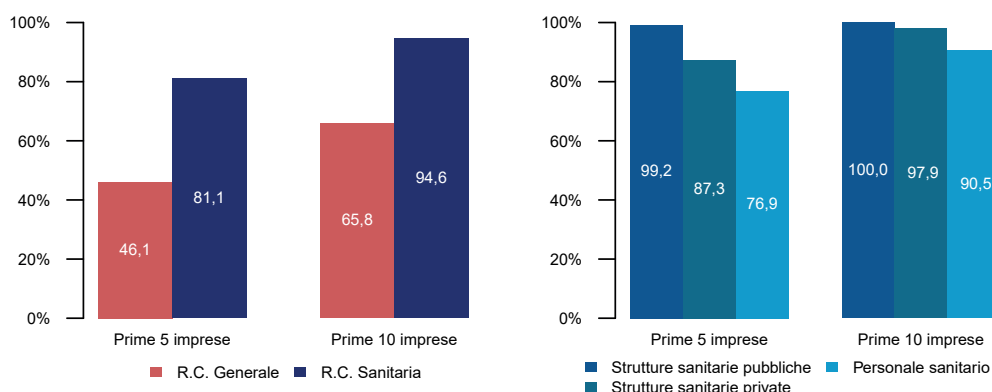
Il mercato della r.c. sanitaria si caratterizza per un elevato grado di concentrazione, significativamente superiore a quello osservato nel ramo r.c. generale nel suo complesso (Fig. 8a).

Nel 2024, le prime cinque imprese (su 32 che offrono coperture di r.c. sanitaria) raccolgono l'81,1% dei premi totali del settore; la quota sale al 94,6% considerando le prime dieci imprese, evidenziando quindi un struttura concorrenziale fortemente polarizzata.

Il grado di concentrazione varia sensibilmente tra le diverse tipologie di rischio assicurato (Fig. 8b). Il sotto-settore delle strutture sanitarie pubbliche presenta il

Figura 8**Quota dei premi raccolti dalle imprese maggiori: r.c. sanitaria e r.c. generale¹ nel 2024**(a) r.c. sanitaria e r.c. generale¹

(b) sotto-settori della r.c. sanitaria



(1) Ai fini del presente paragrafo, la concentrazione per l'r.c. generale è calcolata sul totale dei premi raccolti, comprensivo delle imprese SEE ammesse a operare in Italia in regime di stabilimento.

livello più elevato: le prime cinque imprese raccolgono il 99,2% dei premi, e i primi due operatori rappresentano l'87,2% del mercato in termini di raccolta. Si tratta quindi di un segmento estremamente concentrato.

La concentrazione, pur rimanendo elevata, si riduce per le strutture sanitarie private (87,3% dei premi in capo ai primi cinque operatori) e per il personale sanitario (76,9%).

L'elevata concentrazione riflette molteplici fattori tra cui: l'incertezza nella quantificazione del rischio sanitario, insufficiente profittabilità, crescita eccessiva dei risarcimenti e l'intensità del contenzioso.

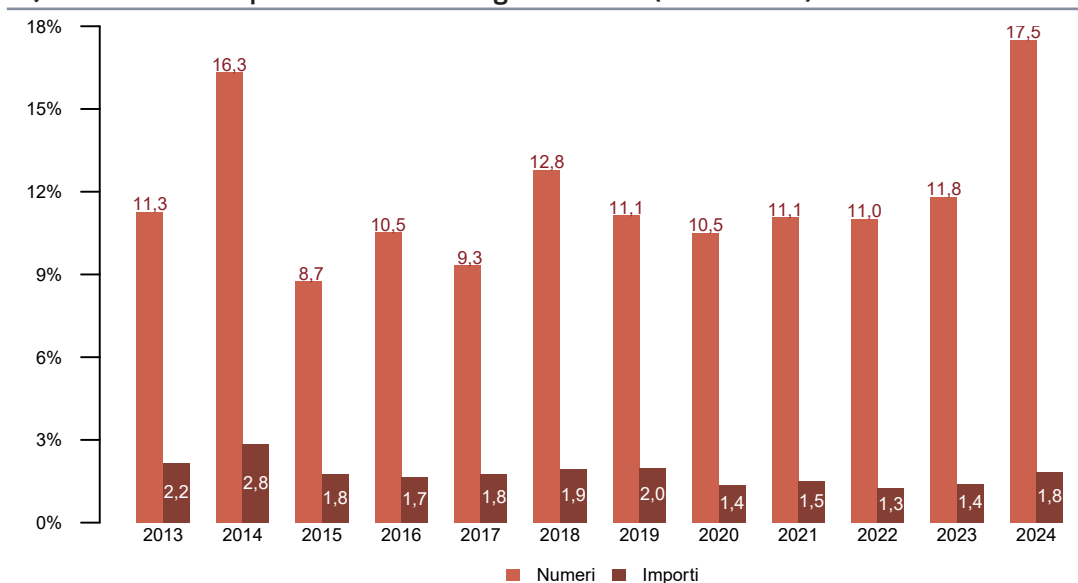
La sinistrosità e la velocità di liquidazione

Nel 2024 sono stati denunciati 19.404 sinistri (Allegato B, Tavola 4), di cui circa la metà riferiti al personale sanitario (9.667 casi). Il numero complessivo dei sinistri è in diminuzione del -5,0% rispetto all'anno precedente, per effetto soprattutto della riduzione delle denunce relative alle strutture pubbliche (-9,7%) e private (-12,6%).

Rispetto al 2013, i sinistri denunciati dalle strutture pubbliche risultano in calo del -27,2%, dinamica riconducibile anche alla ricomposizione del portafoglio delle strutture assicurate, il cui numero si è sensibilmente ridotto.

Figura 9

Quota di sinistri liquidata nell'anno di generazione (2019-2024)



La gestione dei sinistri si conferma strutturalmente lunga. Nel 2024 il 62,2% dei sinistri denunciati nell'anno risulta ancora allocato a riserva, mentre il 24,6% è classificato senza seguito.

La velocità di liquidazione rimane contenuta (Allegato B, Tavola 7): a tre anni dalla denuncia, poco più della metà dei sinistri accaduti e denunciati risulta liquidata. Con riferimento ai sinistri con seguito denunciati nel 2024, solo il 17,5% è stato liquidato entro l'anno (Fig. 9).

Ancora più ridotta è la velocità di liquidazione in termini di importi (Allegato B, Tavola 8), pari all'1,8% nel 2024 e particolarmente contenuta per le strutture sanitarie pubbliche (0,5%), a conferma della maggiore complessità e durata dei procedimenti liquidativi in tale sotto-settore.

Il contenzioso

Il settore della r.c. sanitaria è storicamente caratterizzato da un significativo ricorso alla giustizia civile. Tale elemento incide in modo strutturale sulla gestione tecnica, contribuendo sia all'elevato livello delle riserve sia alla lentezza dei processi liquidativi.

Nel periodo 2013-2024 oltre il 30% dei sinistri gestiti è confluito in contenzioso, con marcate differenze tra i sotto-settori: il 44,2% per le strutture sanitarie pubbliche, il 15,9% per le strutture private e il 27,0% per il personale sanitario (Allegato B, Tavola 4.2 per il numeratore e Tavola 4 per il denominatore).

Il costo medio e la frequenza dei sinistri

Nel 2024 il costo medio⁸ dei sinistri denunciati ammonta a 38.341 euro (Allegato B, Tavola 11), con una forte eterogeneità tra i sotto-settori: 83 mila euro per le strutture pubbliche, 35 mila euro per le strutture private e 20 mila euro per il personale sanitario. Il livello particolarmente elevato, osservato per le strutture pubbliche, appare coerente con la maggiore incidenza del contenzioso e con la più lunga durata dei procedimenti liquidativi.

Sul piano della frequenza sinistri, nel 2024 si registrano in media 6,7 sinistri per struttura pubblica assicurata (Allegato B, Tavola 4.1). La frequenza sinistri è pari al 30,9% per le strutture private e all'1,6% per il personale sanitario, entrambi in lieve diminuzione su base annua.

Ne emerge un quadro in cui le strutture pubbliche mostrano una dinamica liquidativa più complessa combinando maggiore contenzioso, maggiore costo medio e maggiore frequenza sinistri.

Premio puro e premio medio

L'analisi del premio puro evidenzia un incremento del costo del rischio per le strutture sanitarie pubbliche pari al +41,6% rispetto al 2013 (da 390.645 a 553.140 euro). Tale incremento potrebbe riflettere una ricomposizione dei portafogli assicurativi in seguito all'adozione di politiche di auto-ritenzione da parte delle strutture pubbliche, per le quali si è assistito, nell'ultimo decennio ad un tendenziale incremento del premio medio (+47,5% rispetto al 2013), pur rimanendo inferiore al premio puro.

Per le strutture private, il premio puro si attesta a 10.926 euro, in forte riduzione rispetto al 2013, quando risultava più che doppio. In linea con tale dinamica, anche il premio medio si riduce, attestandosi a 13.173 euro rispetto agli oltre 16 mila euro del 2013, segnalando una contrazione del costo atteso del rischio e della frequenza sinistri del sotto-settore.

Infine, per gli operatori sanitari il premio puro è pari a 331 euro, in riduzione di oltre il 43% rispetto al 2013 e significativamente inferiore al premio medio (594 euro). Anche in questo sotto-settore, la riduzione della frequenza e del costo medio dei sinistri contribuiscono a migliorarne il profilo di rischio.

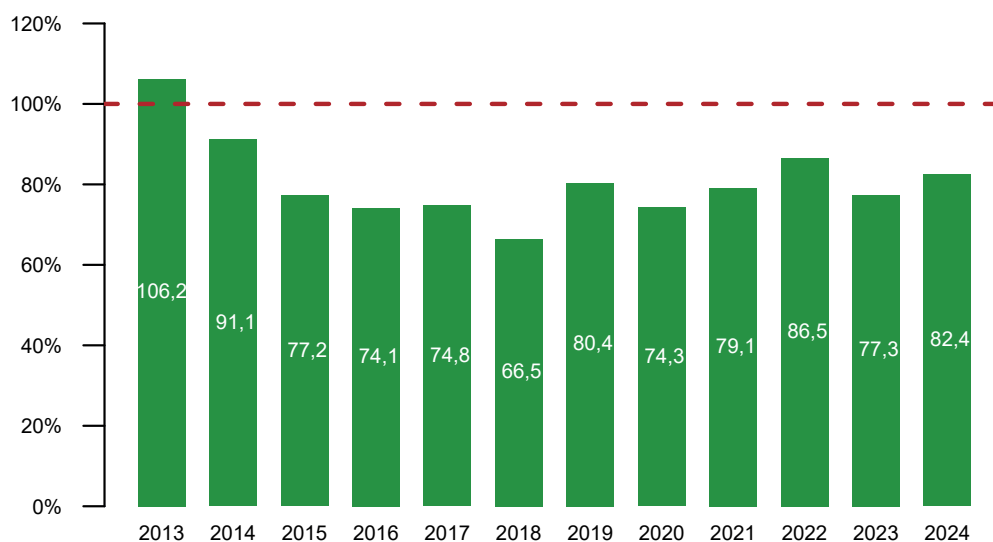
8 Media dei valori medi per singole imprese dei risarcimenti e delle riserve, ponderati rispettivamente con il numero dei pagati definitivi e dei riservati.

Profittabilità

Nel 2024 il loss ratio medio dell'r.c. sanitaria⁹ (Allegato B, Tavola 12 e Fig. 10), calcolato per generazione di sinistri, si colloca al di sotto del 100% per tutte le annualità considerate, ad eccezione della generazione più matura, per la quale l'indicatore supera la soglia di equilibrio tecnico.

Figura 10

Rapporto sinistri a premi al 2024 per anno di generazione



La dinamica differisce tra i sotto-settori. Per le strutture sanitarie pubbliche il loss ratio si mantiene su livelli sistematicamente più elevati rispetto alla media di settore e, per diverse generazioni di sinistri, risulta prossimo o superiore al 100%, evidenziando una minore profittabilità.

Anche le strutture sanitarie private presentano valori dell'indicatore superiori alla media complessiva del settore per le diverse generazioni di sinistri, pur collocandosi, nella maggior parte dei casi, al di sotto della soglia del 100%.

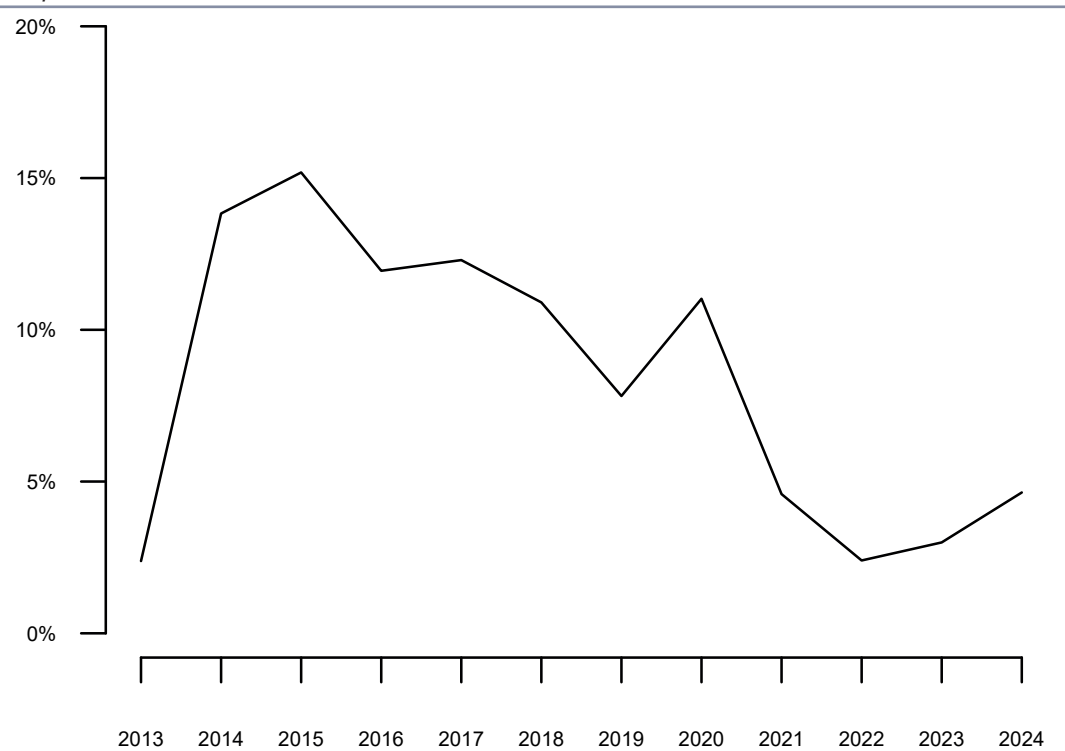
Per il personale sanitario, invece, il loss ratio risulta stabilmente e significativamente inferiore al 100% per tutte le generazioni di sinistri considerate, riflettendo un profilo di rischio mediamente più contenuto e una maggiore stabilità della gestione tecnica.

9 Nella determinazione dei rapporti sinistri a premi, gli importi relativi ai sinistri di ogni generazione (il numeratore) comprendono tutti i pagamenti effettuati fino al 2024 e gli stanziamenti a riserva; i premi (denominatore) afferiscono alla generazione di riferimento.

Il settore è caratterizzato da tempi di smontamento della riserva sinistri particolarmente lunghi (Fig. 11). Per i sinistri di generazione 2013, nell'anno di denuncia vengono liquidati solo il 2% circa dei pagamenti effettuati fino al 2024. Dal grafico emerge che nel settore gli importi liquidati annualmente decrescono lentamente nel tempo¹⁰. Tale dinamica riflette anche il peso che i sinistri in contenzioso hanno all'interno del settore.

Figura 11

Andamento dello smontamento dei sinistri di generazione 2013 fino al 2024
(in percentuale)



10 Il grafico rappresenta il rapporto tra i pagamenti di ciascun anno relativi ai sinistri di generazione 2013 e l'ammontare cumulato dei pagamenti a titolo definitivo effettuati nel periodo 2013-2024. I valori riportati nel grafico rappresentano una approssimazione in quanto alcuni pagamenti devono ancora essere liquidati post 2024 (il denominatore è approssimato per difetto).

3. L'AUTO-RITENZIONE DEL RISCHIO NELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

Le strutture sanitarie possono gestire internamente, in tutto o in parte, il rischio da r.c. sanitaria¹¹ attraverso forme di auto-ritenzione. A sette anni dall'approvazione della Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), nel marzo 2024 è stato pubblicato il decreto attuativo (D.M. 232/2023), che disciplina le condizioni di operatività delle cosiddette "analoghe misure" di assunzione diretta del rischio.

Il decreto introduce, tra l'altro, l'obbligo per le strutture che optano per l'auto-ritenzione di costituire un fondo rischi e un fondo riserva destinati alla copertura dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati, prevedendo un periodo di adeguamento ai nuovi requisiti di due anni (scadenza marzo 2026).

Le strutture che scelgono l'auto-ritenzione costituiscono un fondo dedicato alimentandolo tramite accantonamenti annuali specificamente destinati a far fronte ai risarcimenti per responsabilità sanitaria. Il Ministero della Salute rende disponibili i dati relativi agli accantonamenti e alla consistenza dei fondi delle strutture pubbliche¹².

Il sistema di gestione del rischio r.c. sanitaria nelle strutture pubbliche è tuttavia eterogeneo. In molte regioni coesistono, anche all'interno della stessa struttura, forme di copertura assicurativa e meccanismi di auto-ritenzione. Una forma mista tipicamente adottata prevede l'utilizzo congiunto della copertura assicurativa e dell'auto-ritenzione, la quale copre i sinistri fino a una determinata soglia, mentre per importi superiori interviene la copertura assicurativa.

Accantonamenti e fondi

L'ammontare degli accantonamenti e dei fondi è più che raddoppiato dal 2013, in conseguenza dell'ampliamento del numero di strutture sanitarie pubbliche che ricorrono a forme di auto-ritenzione del rischio, miste o totali.

11 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) e conferma la possibilità di utilizzare misure alternative a quelle dell'assicurazione tradizionale.

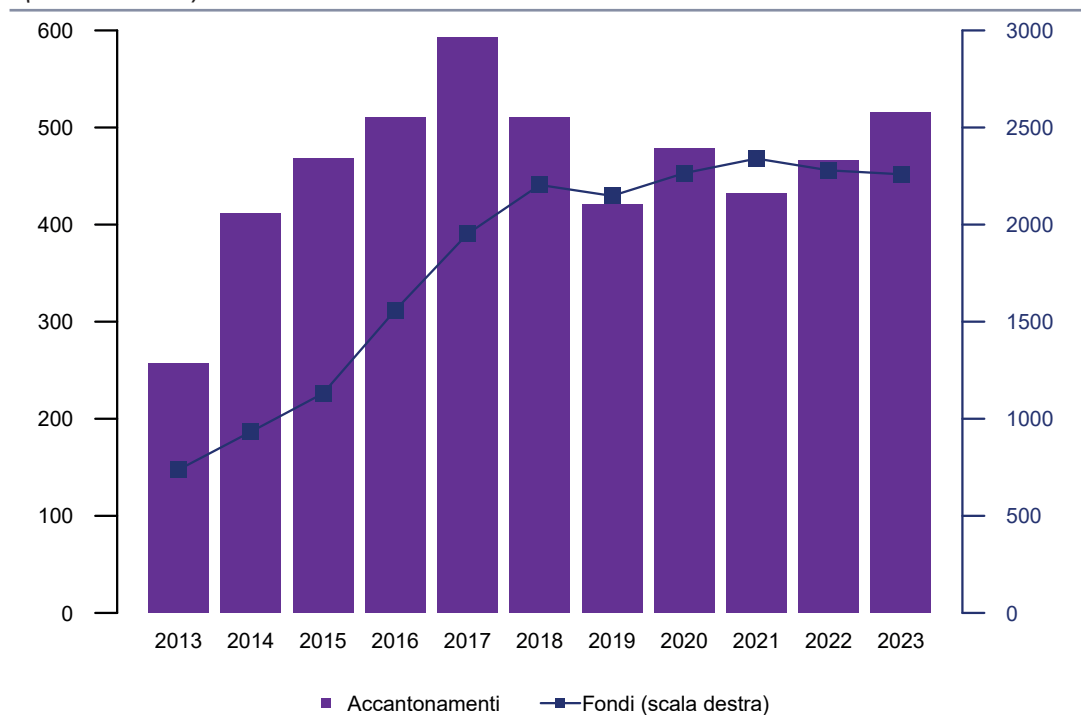
12 I dati fanno riferimento al conto economico delle Aziende unità sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere, degli IRCCS, delle Aziende ospedaliere universitarie e della gestione sanitaria accentrata.

Nel 2023 le strutture pubbliche hanno effettuato accantonamenti per 516 milioni di euro, in aumento rispetto al 2022 (+10,7%) e al 2021 (+19,3%), ma inferiori al picco registrato nel 2017 (592 milioni).

La consistenza complessiva dei fondi al 2023 è pari a 2.259 milioni di euro (Fig. 11), in lieve riduzione rispetto al 2022 (-0,9%) e al 2021 (-3,5%).

Figura 12

Accantonamenti e fondi di copertura per auto-ritenzione delle strutture pubbliche
(milioni di euro)



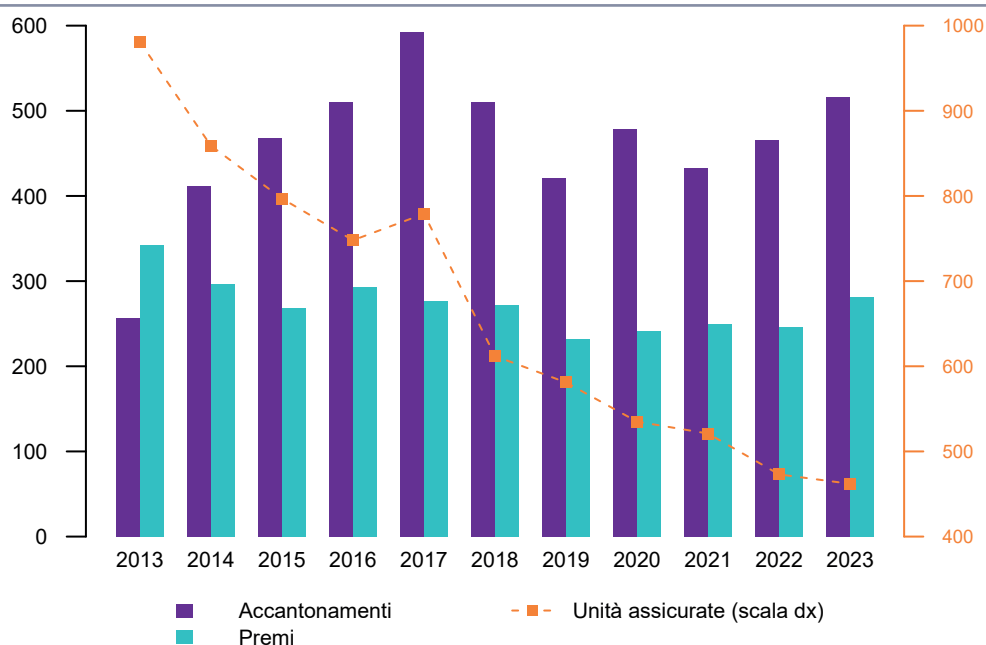
Accantonamenti e premi assicurativi

Gli accantonamenti in auto-ritenzione e i premi pagati per assicurazioni su rischi da r.c. sanitaria sono confrontabili, essendo risorse stanziare annualmente a fronte dello stesso rischio, gestito internamente (con gli accantonamenti) o tramite ricorso al mercato (con i premi). Per le strutture pubbliche tra il 2014 e il 2023 il valore degli accantonamenti è stato sempre superiore a quello dei premi (Fig. 12) e il rapporto tra le due grandezze ammonta a circa il 184% nel 2023. Tale andamento riflette la contrazione del numero di strutture pubbliche che ricorrono all'assicurazione¹³, passate da 981 nel 2013 a 462 nel 2023 (-52%).

13 Il numero di strutture pubbliche assicurate segnalato dalle imprese non è direttamente comparabile con il numero di enti del SSN presenti nei dati del Ministero della Salute, caratterizzato da un diverso livello di aggregazione.

Figura 13

Raccolta premi e unità assicurate vs accantonamenti per auto-ritenzione delle strutture pubbliche
(milioni di euro e unità)



Fondi e riserve assicurative

Un confronto analogo può essere effettuato tra i fondi detenuti dalle strutture pubbliche in auto-ritenzione e le riserve tecniche costituite dalle imprese di assicurazione a fronte dei sinistri r.c. sanitaria (Fig. 13)¹⁴.

Nel periodo 2018-2023, il rapporto tra fondi e accantonamenti nelle strutture pubbliche è risultato sistematicamente inferiore al rapporto tra riserve¹⁵ e premi delle imprese assicurative, pur registrando nel 2023 una differenza contenuta (circa 1 punto percentuale).

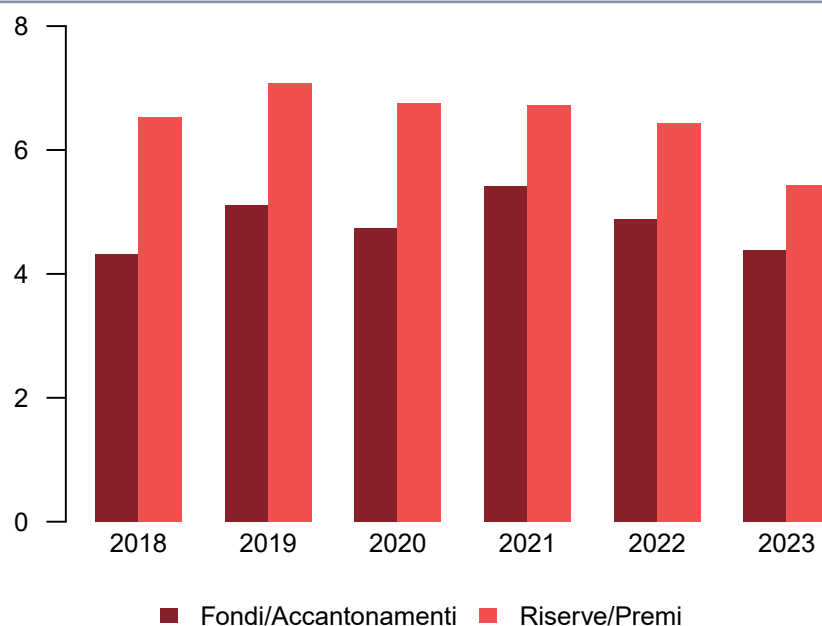
La comparazione tra i due rapporti evidenzia, in media, livelli di copertura potenzialmente differenti tra le due politiche di riservazione.

14 Per ragioni di disponibilità di dati, il valore delle riserve è stato approssimato considerando i sinistri di 9 generazioni.

15 L'analisi non tiene conto dell'effettiva operatività delle strutture sanitarie che potrebbe essere influenzata da altri fattori come la mobilità sanitaria, che coinvolge gli assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza.

Figura 14

La politica di riservazione nelle due diverse forme di copertura del rischio



Differenze territoriali

Si osservano differenze rilevanti tra aree geografiche nella consistenza dei fondi e negli accantonamenti. In rapporto alla popolazione residente (Fig. 14), nel 2023 i fondi per abitante risultano mediamente superiori nelle regioni del Nord e del Centro (oltre 40 euro) rispetto al Sud (circa 30 euro)¹⁶.

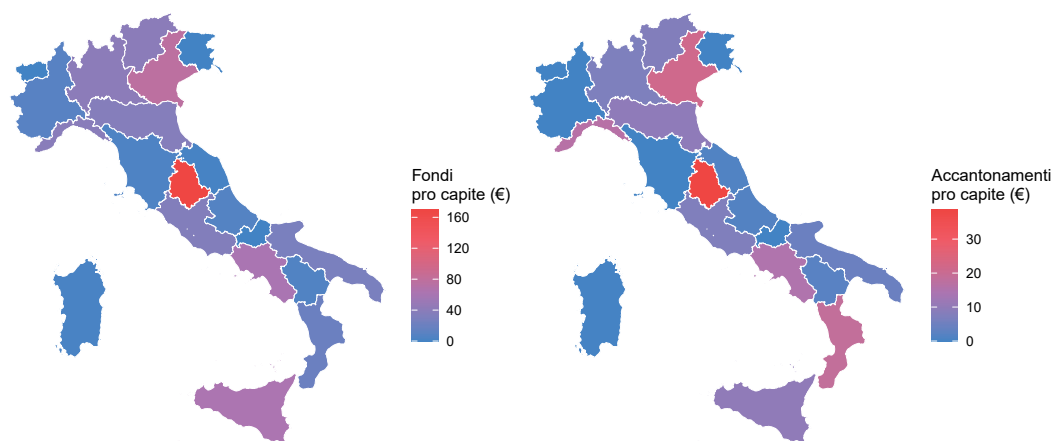
Analogamente, il rapporto tra accantonamenti e popolazione residente è pari a circa 12 euro nelle regioni del Nord e Centro e a circa 8 euro nel Sud. I valori più elevati si registrano in Umbria e Veneto (rispettivamente 169 e 76 euro per i fondi; 39 e 21 euro per gli accantonamenti).

Tali differenze possono riflettere molteplici fattori: diversa diffusione dell'auto-ritenzione, differenti livelli di rischio sanitario o politiche regionali di gestione del rischio non omogenee.

16 L'analisi non tiene conto dell'effettiva operatività delle strutture sanitarie che potrebbe essere influenzata da altri fattori come la mobilità sanitaria, che coinvolge gli assistiti che usufruiscono dei servizi sanitari presso strutture che non appartengono alla propria regione di residenza.

Figura 15

Fondi di copertura e accantonamenti in rapporto alla popolazione nel 2023



NOTA METODOLOGICA

Ramo r.c. generale

Fonte dei dati e perimetro delle imprese

Le informazioni statistiche sul ramo r.c. generale sono desunte dai moduli di bilancio e di vigilanza, relative all'insieme delle imprese vigilate dall'IVASS, costituite dalle imprese nazionali e dalle rappresentanze in Italia di imprese con sede fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE).

Restano escluse dalla rilevazione le imprese di assicurazione con sede legale in uno Stato SEE ammesse a operare in Italia in regime di stabilimento o di libertà di prestazione di servizi, in quanto tali imprese presentano i bilanci e la modulistica di vigilanza alle Autorità di Vigilanza dello Stato di origine.

Contenuti

Il Bollettino descrive gli andamenti del ramo r.c. generale relativi a: produzione, costi di gestione, sinistri e risultato tecnico¹⁷.

Nel testo si commentano due indicatori di redditività per polizza:

- il risultato del conto tecnico per polizza, ottenuto, per ogni anno di bilancio, come rapporto tra il risultato tecnico al netto della riassicurazione e il numero di unità di rischio dell'anno;
- il margine tecnico per polizza, ottenuto sottraendo il premio puro e le spese sostenute in media per ogni singolo contratto, dal premio medio per polizza¹⁸.

17 Per ogni termine tecnico o grandezza presente nel Bollettino si rinvia al Glossario dei termini assicurativi disponibile al https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/pubblicazioni/relazione-annuale/2025/Relazione_annuale_2024_Glossario.pdf.

18 Si tratta di una misura di previsione, riferita a una specifica generazione di sinistri, in quanto utilizza per il calcolo solo le informazioni disponibili alla fine dell'anno.

R.c. sanitaria

Le polizze assicurative per i rischi da r.c. sanitaria fanno parte del più ampio ramo della r.c. generale. I rischi da r.c. sanitaria possono essere gestiti mediante due modalità:

- *polizze assicurative* per i rischi da r.c. sanitaria, offerte dalle imprese di assicurazione dietro pagamento di un premio¹⁹;
- le "analoghe misure"²⁰ che possono essere utilizzate dalle strutture sanitarie pubbliche²¹ che costituiscono appositi fondi per l'*auto-ritenzione del rischio*.

Fonte dei dati e perimetro delle imprese

I dati sulle polizze da r.c. sanitaria sono acquisiti tramite un'indagine annuale condotta dall'IVASS presso le imprese di assicurazione.

Partecipano all'indagine annuale tutte le imprese esercenti in Italia il ramo r.c. generale, incluse quelle con sede legale in uno Stato estero, anche se non assoggettate alla vigilanza prudenziale dell'IVASS²². Il perimetro di riferimento per i dati sull'r.c. sanitaria è quindi più ampio rispetto alle analisi presentate per il ramo dell'r.c. generale, riferite alle sole imprese vigilate dall'IVASS.

Contenuti

Per quanto riguarda la r.c. sanitaria si forniscono:

- i premi raccolti per rischi localizzati in Italia,

19 Le polizze collocate sono tutte con la clausola *claims made* 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).

20 Art. 10 comma 1 della legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (c.d. legge Gelli).

21 La legge 24/2017 prevede la possibilità di forme di auto-ritenzione del rischio anche per le strutture sanitarie private, per cui dati statistici completi non sono disponibili.

22 Il mercato dell'r.c. sanitaria in Italia è caratterizzato da una rilevante presenza di operatori esteri, non vigilati dall'IVASS. Tale fenomeno era particolarmente accentuato fino al 2019, quando la quota di mercato delle imprese estere non vigilate ammontava a circa il 50% del totale, e si è attenuato in seguito ad alcune operazioni societarie, che hanno determinato la ricomposizione della raccolta (nel 2020 circa l'80% dei premi era riferito a imprese vigilate dall'IVASS). Cfr. Bollettino Statistico IVASS n. 11 del 2021 "*I rischi da responsabilità civile sanitaria in Italia 2010-2020*".

- la situazione dei sinistri denunciati negli ultimi 12 anni²³

L'auto-ritenzione del rischio della r.c. sanitaria nelle strutture sanitarie pubbliche

I dati sull'auto-ritenzione 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.

Ai fini del presente Bollettino sono rilevanti due voci, disponibili dal 2012, relative ai fondi di auto-ritenzione 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 PBA050.

Si fornisce un confronto, per le strutture pubbliche, della gestione del rischio della r.c. sanitaria tramite assicurazione con quella effettuata in auto-ritenzione, aggiornato al 2022.

23 In un limitato numero di casi, i dati relativi a riserve o pagamenti per sinistri e ai premi sono stati ricostruiti. I dati relativi ai premi e le unità di rischio includono alcune imprese i cui dati sono stati esclusi dal calcolo di altri indicatori in quanto incompleti o con valori anomali. I dati forniti in indagini precedenti possono essere stati revisionati dalle imprese negli anni successivi, comportando un aggiornamento del valore degli indicatori rispetto alle edizioni precedenti del Bollettino.

