

# Bollettino Statistico

I rischi da responsabilità civile sanitaria  
in Italia  
2010-2016



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>	6
<i>Altre avvertenze</i>	6
3. I PRINCIPALI RISULTATI – ANNO 2016	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	14

## 1. PREMESSA

La responsabilità civile sanitaria è di rilevante interesse, sia per l'importanza della spesa per la salute in Italia (8,9% sul PIL nel 2016)<sup>1</sup> sia perché la protezione contro tale rischio contribuisce indirettamente alla sicurezza delle cure e dei trattamenti sanitari, parte importante del diritto alla tutela della salute, riconosciuto come fondamentale dall'articolo 32 della nostra Costituzione<sup>2</sup>.

L'obiettivo principale di questo Bollettino è di dare una prima evidenza quantitativa sul rischio da responsabilità civile sanitaria (di seguito indicata per brevità come r.c. sanitaria), con particolare riferimento alla sua copertura assicurativa.

È la prima volta che sono resi disponibili dati statistici ufficiali su tale fenomeno, che nel 2016, per la parte gestita dalle imprese assicurative, ha raggiunto il 14% circa dei premi assicurativi del ramo r.c. generale di cui fa parte.

Nel documento vengono presentati, in particolare, i principali indicatori quantitativi relativi a due tipi di modalità di copertura:

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*.

Per il primo tipo di coperture, la fonte statistica è una specifica indagine condotta dall'IVASS presso le imprese di assicurazione, mentre i dati relativi al secondo tipo di coperture sono resi disponibili dal Ministero della Salute, che raccoglie i dati dei bilanci delle strutture sanitarie pubbliche italiane.

Si osserva al riguardo che i dati raccolti sono aggiornati al 2016 e non tengono perciò conto della evoluzione normativa del settore attuata con l'entrata in vigore 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).

---

<sup>1</sup> Fonte: OCSE.

<sup>2</sup> 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>).

## 2. NOTA METODOLOGICA

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

Le informazioni statistiche si basano sulle comunicazioni effettuate dalle imprese di assicurazione in base alla lettera al mercato n. 0038322/17 del 23 febbraio 2017.

### Il perimetro della rilevazione

La rilevazione è a cadenza annuale ed 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. La rilevazione riguarda in dettaglio:

- 1) i premi raccolti nel 2016 per rischi localizzati in Italia relativi alla r.c. sanitaria,
- 2) le prospettive e gli ostacoli nel settore dal punto di vista delle imprese<sup>3</sup>,
- 3) le principali caratteristiche delle coperture assicurative collocate nel 2016,
- 4) la situazione dei sinistri denunciati negli anni dal 2010 al 2016<sup>4</sup>.

Hanno partecipato all'indagine 105 imprese, di cui solo 40 hanno dichiarato di operare nel settore raccogliendo premi nel corso del 2016 (tav. 1).

**Tav. 1 – Indagine sulla r.c. sanitaria (2016)**  
**Imprese rilevate e imprese operanti nel settore**

	Imprese italiane		Imprese estere <sup>(a)</sup>		Totale	
	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria
	70	29	35	11	105	40
<i>Di cui operanti presso:</i>						
Strutture sanitarie pubbliche		10		8		18
Strutture sanitarie private		16		7		23
Operatori sanitari		29		7		36

### 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.

<sup>3</sup> Questi dati qualitativi sono stati commentati nella Relazione dell'IVASS sul 2016 (pag. 138).

<sup>4</sup> In un limitato numero di casi i dati relativi a riserve e pagamenti per sinistri sono stati ricostruiti.

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

Per gli anni 1997-2015, il Ministero della Salute rende disponibili i bilanci delle strutture sanitarie pubbliche. Sono state prese in esame due voci relative alla costituzione dei fondi di autorizzazione del rischio: una voce di conto economico con gli accantonamenti ai fondi e un'altra tratta dallo stato patrimoniale, con la consistenza dei fondi a fine anno (indicate rispettivamente con le sigle BA2740 e PBA050), disponibili dal 2012<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> 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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1314&area=programmazioneSanitariaLea&menu=dati).

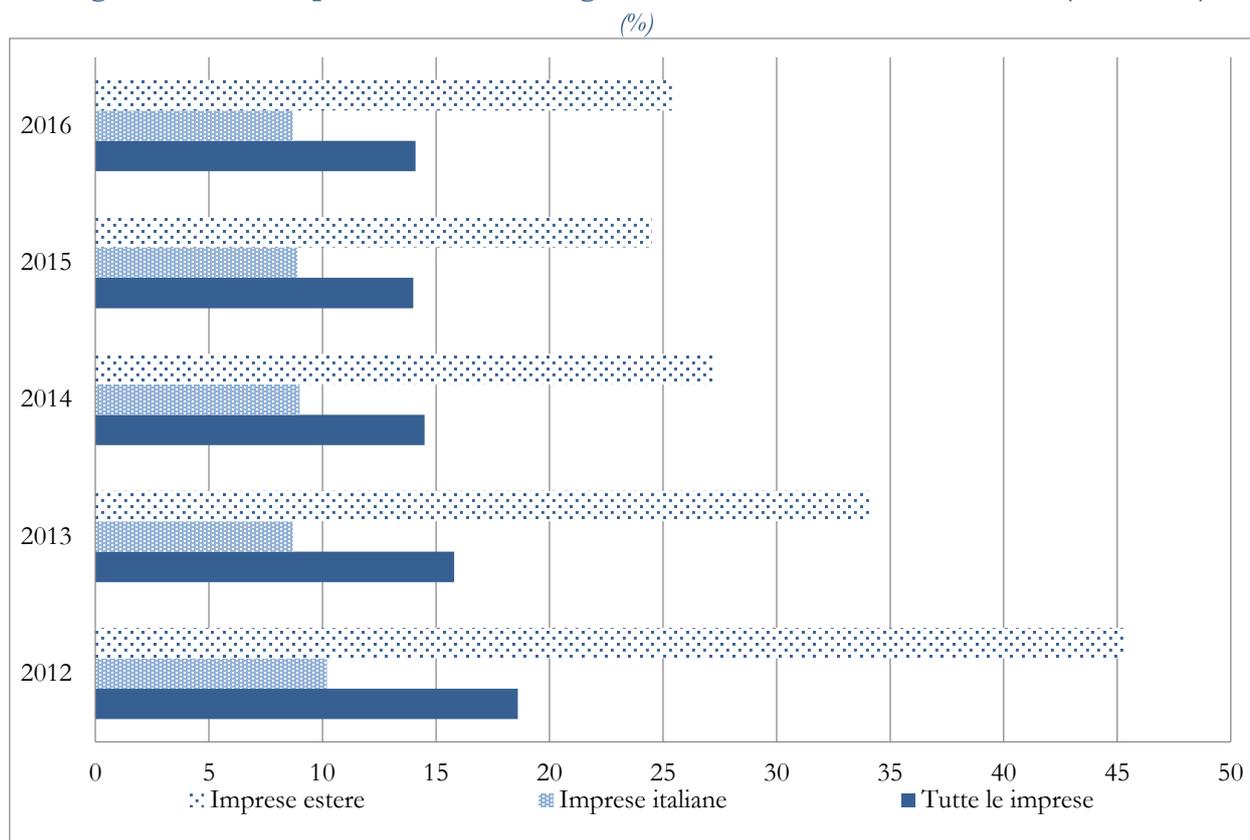
### 3. I PRINCIPALI RISULTATI – ANNO 2016

- I premi raccolti nel 2016 ammontano a 592 milioni di euro, sostanzialmente stabili rispetto al 2015.
- Risultano assicurate 721 strutture sanitarie pubbliche, 4.195 private e oltre 300.000 unità di personale sanitario. Diminuiscono le strutture assicurate rispetto al 2015.
- Il premio medio pagato da un medico ammonta a 906 euro, contro 189 euro pagati dal personale sanitario non medico.
- La raccolta premi è molto concentrata: il 96% dei premi delle strutture pubbliche è raccolto dai primi 5 operatori (la percentuale scende al 67% per i premi del personale sanitario).
- Le imprese italiane tendono ad operare soprattutto nell’offerta di coperture al personale sanitario, mentre sono poco presenti nel mercato delle coperture di strutture sanitarie, nel quale operano in prevalenza imprese estere.
- Le imprese hanno ricevuto nel 2016 circa 15.000 denunce di sinistro, in costante diminuzione dal 2010 (quando ammontavano a circa 30.000).
- Una quota molto esigua dei risarcimenti è pagata nello stesso anno in cui è pervenuta la denuncia (0,6% per le strutture pubbliche, circa 3% per le strutture private e per il personale sanitario).
- Nel periodo 2010-2016 le imprese di assicurazione hanno raccolto 4,6 miliardi di euro di premi e corrisposto risarcimenti per 1,6 miliardi. Alla fine del 2016 risultano accantonati a riserva 3,2 miliardi di euro per futuri risarcimenti relativi alle denunce pervenute nel periodo.
- Il rapporto sinistri a premi mostra che il costo per i sinistri è nel complesso superiore al valore dei premi incassati, ad eccezione dei rischi del personale sanitario.

#### 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** – Nel 2016 i 592 milioni di premi raccolti nella r.c. sanitaria (tav. A.1) hanno rappresentato il 14,1% del totale dei premi del ramo r.c. generale di cui il rischio fa parte<sup>6</sup>. La quota scende a 8,7% per le imprese italiane, mentre ammonta a 25,4% per le imprese estere<sup>7</sup>. Nel periodo 2012-2016, il divario delle due quote è stato sempre notevole (fig. 1), indicando una maggiore propensione delle imprese estere ad operare nel settore<sup>8</sup>.

**Fig. 1 – Quota dei premi del ramo r.c. generale raccolti nella r.c. sanitaria (2012-2016)**



La r.c. sanitaria si caratterizza per una concentrazione di mercato superiore rispetto a quella del ramo di appartenenza: nel 2016: i premi raccolti dalle prime 5 e dalle prime 10 imprese ammontavano rispettivamente al 71,3% e all'89,7% del totale (le due quote scendono al 48,5% e al 69,3% per il ramo r.c. generale, fig. 2).

**Le caratteristiche dei contratti della r.c. sanitaria** – La totalità dei contratti sottoscritti nel corso

<sup>6</sup> Nel 2016, i premi della r.c. sanitaria rappresentano invece soltanto il 3% dei premi danni non r.c. auto raccolti in Italia dalle imprese operanti con stabile organizzazione.

<sup>7</sup> In tutto il testo le imprese estere comprendono sia quelle dello SEE operanti in Italia in regime di stabilimento sia le rappresentanze di imprese con sede ubicata in paesi al di fuori dello Spazio Economico Europeo soggette alla vigilanza prudenziale dell'IVASS.

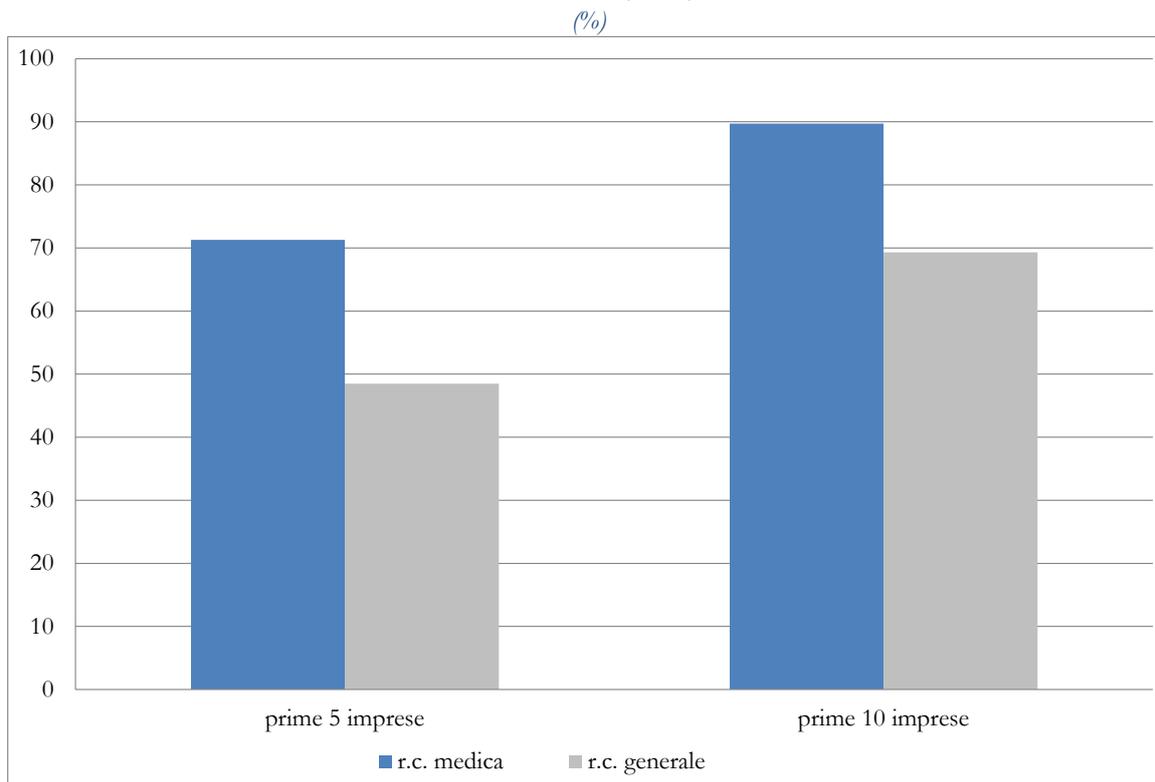
<sup>8</sup> I dati dei premi danni presentati a fini comparativi sono derivati dal Bollettino Statistico IVASS n.5 del 2016 (Premi lordi contabilizzati e nuova produzione vita al secondo trimestre 2016).

del 2016 contengono la clausola *claims made*<sup>9</sup>. Sono quasi sempre presenti le clausole che consentono all'impresa la disdetta in caso di sinistro e la limitazione del periodo di retroattività. La clausola di garanzia postuma<sup>10</sup> è resa disponibile quasi esclusivamente per gli operatori sanitari.

**I Premi e le unità assicurate** – I premi raccolti nel 2016 sono sostanzialmente stabili rispetto al 2015 (la raccolta per quell'anno era pari a 592 milioni) e si ripartiscono (fig. 3) tra strutture sanitarie pubbliche (284 milioni di euro), strutture private (93 milioni) e operatori sanitari (215 milioni).

Nel periodo 2010-2016 sono stati raccolti nel complesso 4.555 milioni di euro di premi.

**Fig. 2 – Quota dei premi raccolti dalle imprese maggiori: r.c. sanitaria e r.c. generale a confronto (2016)**



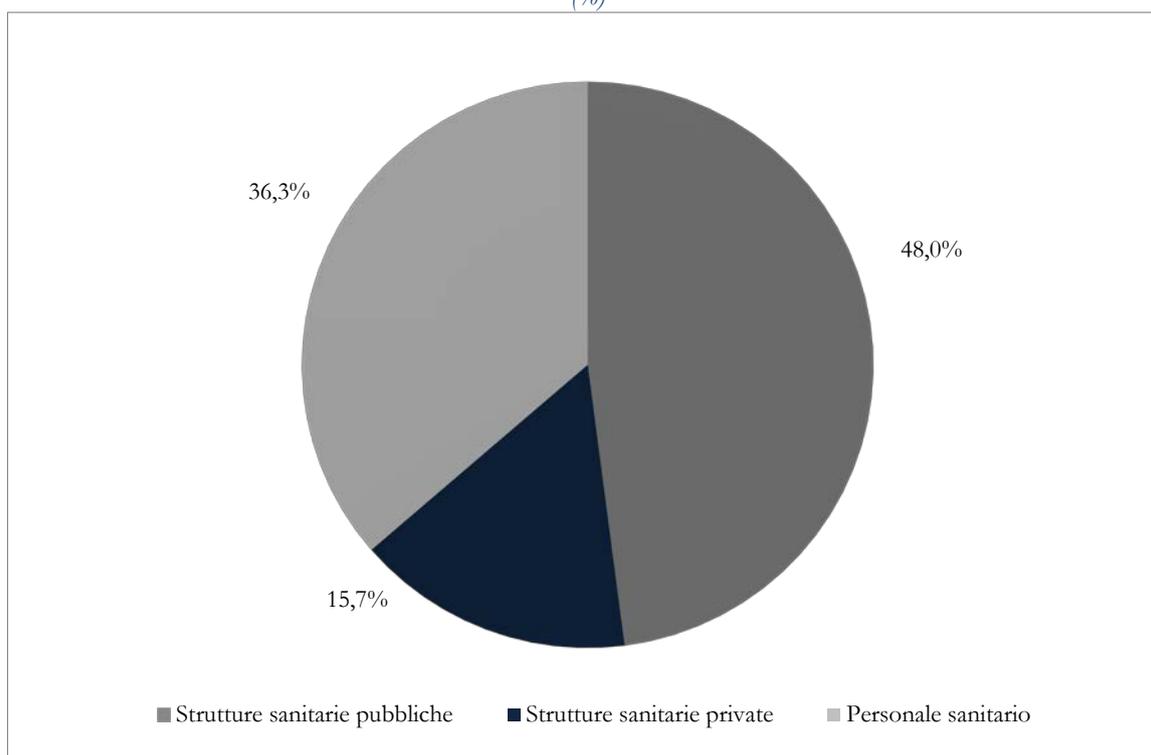
Nel complesso sono assicurate 4.916 strutture (di cui 721 pubbliche) e 302.965 operatori sanitari (di cui 73% medici). Rispetto al 2010, il numero di strutture pubbliche assicurate è dimezzato, mentre la flessione del numero di strutture private è più contenuta (-23,8%). Nello stesso periodo sono invece in aumento il numero di sanitari assicurati (+76,3%).

Nel 2016 una struttura sanitaria pubblica paga un premio medio di 393.813 euro, contro i 22.204 di una struttura privata (tav. A.1); entrambi i valori risultano superiori rispetto a quelli del 2010 (rispettivamente del 7,5 e del 53,7%). Nello stesso periodo, il premio medio pagato dagli operatori sanitari è in flessione del -13,1% (710 euro nel 2016, contro 817 euro nel 2010).

<sup>9</sup> 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).

<sup>10</sup> Clausola che ammette il risarcimento dei danni causati da eventi occorsi nel periodo di vigenza della polizza, anche se denunciati in seguito (ad esempio, entro i 3 anni successivi alla data di scadenza del contratto).

**Fig. 3 – Ripartizione dei premi della r.c. sanitaria per tipo di assicurati (2016)**  
(%)



Il premio medio pagato dal personale medico (906 euro, tav. 2) risulta quasi 5 volte superiore a quello corrisposto dal personale sanitario non medico (189 euro). Rispetto alla media nazionale, i premi risultano più elevati nel Nord ovest, più bassi nelle isole.

**Tav. 2 – Premi medi per la r.c. sanitaria del personale sanitario (2016)**

Area geografica di residenza	Tipo di personale		
	Personale medico	Personale sanitario non medico	Totale
Nord ovest	959	167	<b>760</b>
Nord est	884	209	<b>715</b>
Centro	942	205	<b>759</b>
Sud	871	205	<b>773</b>
Isole	761	139	<b>659</b>
<b>Totale</b>	<b>906</b>	<b>189</b>	<b>710</b>

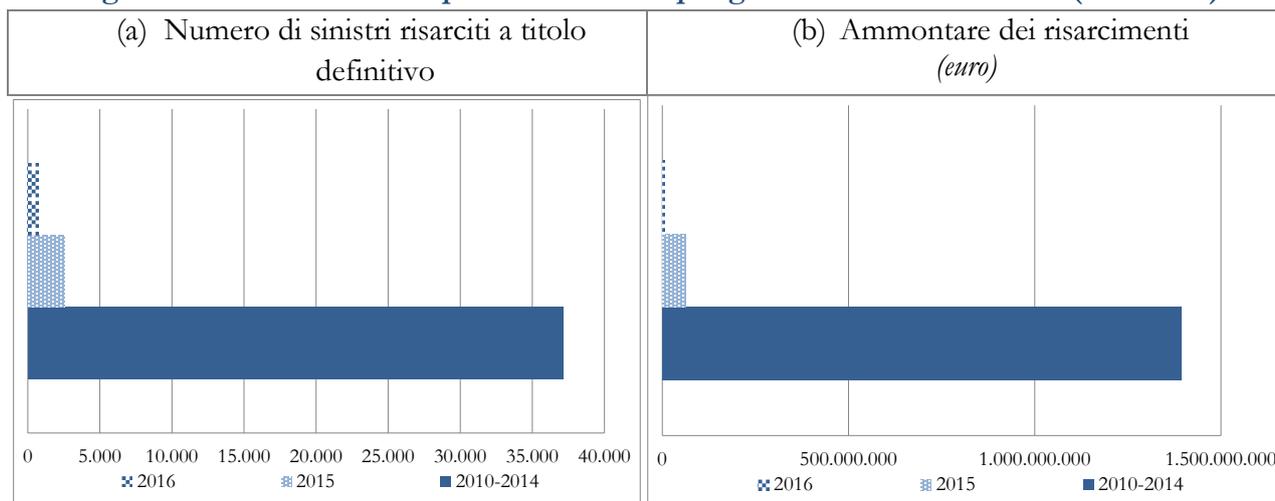
**L'evoluzione delle denunce e dei risarcimenti** – Nel 2016 le compagnie hanno ricevuto la metà delle denunce ricevute nel 2010 (15.360 contro 29.991) (tav. A.4). La flessione ha riguardato soprattutto le strutture pubbliche (3.793 denunce, contro le 16.664 di sei anni prima). La diminuzione delle denunce di sinistro presentate da strutture sanitarie private è stata meno accentuata (5.242 denunce nel 2016, rispetto alle 3.075 di sei anni prima). Oltre che alla diminuzione del numero delle strutture assicurate, il calo delle denunce tra 2010 e 2016 è dovuto anche alla flessione del tasso di denunce per struttura (-56% per le strutture pubbliche, -23% per quelle private).

I sinistri denunciati dal personale sanitario risultano invece in leggero aumento (8.492 denunce nel 2016, rispetto alle 8.085 del 2010). In termini percentuali questo incremento è del +5%, molto inferiore rispetto a quello degli assicurati nello stesso periodo, come effetto del calo del tasso di denunce per unità di personale (-40%).

Fino al 2016 sono stati risarciti a titolo definitivo 40.444 sinistri denunciati tra 2010 e 2016 (tav. A.6), 92% dei quali erano relativi a denunce pervenute prima del 2015 (fig. 4.a).

I risarcimenti corrispondenti sono ammontati a 1.590 milioni di euro (96% dei quali per le denunce precedenti il 2015, fig. 4.b).

**Fig. 4 – Risarcimenti corrisposti fino al 2016 per generazione di denuncia (2010-2016)**



**La velocità di liquidazione dei sinistri** – Solo il 3,5% delle denunce di sinistri con seguito pervenute nel 2016, relative alle strutture sanitarie pubbliche, sono definite e pagate nello stesso anno. La percentuale aumenta a 12,5% per le strutture private e a 5,2% per gli operatori sanitari (tav. A.7). Le percentuali sono inferiori per quanto riguarda gli importi (tav. A.8): per le denunce del 2016 relative alle strutture pubbliche, solo lo 0,6% dei risarcimenti previsti viene liquidato nello stesso anno (contro 3,2% per le strutture private e 2,7% per gli operatori sanitari).

Per quanto riguarda la generazione di denunce 2010 (la meno recente disponibile), due terzi degli importi previsti risultano liquidati per le strutture sanitarie pubbliche e private, ma la quota scende a 44,6% per i sinistri degli operatori sanitari.

**Il costo medio dei sinistri** – Utilizzando le informazioni disponibili alla fine del 2016<sup>11</sup>, il costo medio dei risarcimenti è più alto per le denunce più vecchie, rispetto a quelle pervenute più di recente. Infatti, per i sinistri denunciati nel 2010, il risarcimento medio è pari a 54.348 euro per le strutture sanitarie pubbliche (contro 16.069 euro per le denunce del 2016, tav. A.9). Per le strutture private, il risarcimento medio per le denunce del 2010 ammonta a 49.244 euro (7.115 per le denunce del 2016). Per il personale sanitario i due valori ammontano rispettivamente a 20.203 e 9.806 euro.

<sup>11</sup> 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.

**Le riserve sinistri** – Nel 2016 le imprese di assicurazione hanno accantonato riserve per sinistri non ancora liquidati pari a 3.219 milioni di euro, relativamente alle denunce di sinistro relative al periodo 2010- 2016 (tav. A.2). Il 57,6% dell'ammontare è relativo ai sinistri delle strutture sanitarie pubbliche, il 17,4% a quelli delle strutture private, il restante 25% riguarda i sinistri degli operatori sanitari. La maggioranza degli accantonamenti riguarda i sinistri di generazione meno recente, dato che solo il 34,6% delle riserve è accantonato per le denunce pervenute successivamente al 2014.

Per quanto riguarda l'andamento dell'ammontare complessivo delle riserve e del numero dei sinistri riservati dei singoli anni di denuncia, si osserva che entrambi risultano sempre in diminuzione nel corso del tempo (tav. A.2 e A.3). Si riscontra però una tendenza all'aumento del valore medio della riserva (tav. A.10): ad esempio, per le denunce del 2010 delle strutture sanitarie pubbliche, questo valore cresce da 38.143 euro nel 2010 a 85.175 euro nel 2016. Questo andamento ha alla base i lunghi tempi di definizione dei sinistri più costosi, che restano a riserva per più tempo e di conseguenza concorrono ad aumentarne il valore medio.

Nell'arco temporale considerato, gli accantonamenti a riserva effettuati nello stesso anno di denuncia per le strutture sanitarie (pubbliche e private) divengono più prudenti. Infatti la riserva media dei sinistri denunciati nello stesso esercizio di bilancio passa da 38.193 euro (per il 2010) a 89.662 (per il 2016) per le strutture sanitarie pubbliche (per le strutture private lo stesso indicatore sale da 25.377 a 45.350 euro). Per gli operatori sanitari, il riservato medio relativo all'anno di denuncia varia nello stesso periodo tra 19.481 e 24.866 euro, senza evidenziare un *trend* di crescita o diminuzione.

**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.

Guardando al settore nel suo complesso, il rapporto, aggiornato alla fine del 2016, è compreso tra il 100% e il 120% per tutti gli anni di denuncia ad eccezione del 2016, per il quale vale 90,2% (tav. A.12). Ciò è indicativo del fatto che il costo complessivo dei sinistri è superiore al valore dei premi incassati, evidenziando che il rischio per r.c. sanitaria comporta per le imprese una perdita tecnica. In dettaglio, per le strutture sanitarie pubbliche, il massimo dell'indicatore, pari a 150,2%, si riscontra per il 2015. L'indicatore è sempre superiore a 100% per le strutture sanitarie private, ad eccezione delle denunce più recenti del 2016. Per gli operatori sanitari, l'indicatore è inferiore a 100% per tutti gli anni di denuncia, ad eccezione del 2013, anno per il quale assume il valore di 102,1%.

**I canali distributivi dei contratti di r.c. sanitaria** – I *broker* sono molto attivi nella intermediazione dei contratti delle strutture sanitarie pubbliche (sono il canale preferenziale delle imprese che realizzano oltre l'80% dei premi, tav. A.13) e, seppur in misura minore, operano anche per le strutture private. I contratti del personale sanitario sono collocati per la quasi totalità dalle agenzie, con un utilizzo limitato della vendita diretta (utilizzata di preferenza dalle imprese che realizzano solo il 9% dei premi).

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

Le strutture sanitarie hanno la facoltà di gestire internamente, in tutto o in parte, il rischio da responsabilità civile sanitaria<sup>12</sup>. Se si sceglie questa opzione, sono costituiti 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 (2012-2015)**  
*(milioni di euro)*

	2012	2013	2014	2015
	<b>Accantonamenti</b>			
<b>Area geografica</b>				
Nord	54.881	143.202	191.739	198.958
Centro	63.546	55.032	81.541	111.433
Sud-Isole	52.775	58.889	133.725	157.246
<b>Tipo di struttura</b>				
Amministrazione regionale	25.573	31.954	31.864	57.019
Struttura sanitaria	145.629	225.169	375.141	410.618
<b>Totale Italia</b>	<b>171.202</b>	<b>257.123</b>	<b>407.005</b>	<b>467.637</b>
	<b>Fondi di copertura</b>			
<b>Area geografica</b>				
Nord	200.760	328.485	490.426	540.165
Centro	59.509	148.426	202.355	282.687
Sud-Isole	58.529	265.048	240.939	362.494
<b>Tipo di struttura</b>				
Amministrazione regionale	71.024	129.559	174.656	193.790
Struttura sanitaria	247.774	612.400	759.064	991.556
<b>Totale Italia</b>	<b>318.798</b>	<b>741.959</b>	<b>933.720</b>	<b>1.185.346</b>

Sia gli accantonamenti annuali sia i fondi da essi alimentati, costituiti per l'autoritenzione del rischio,

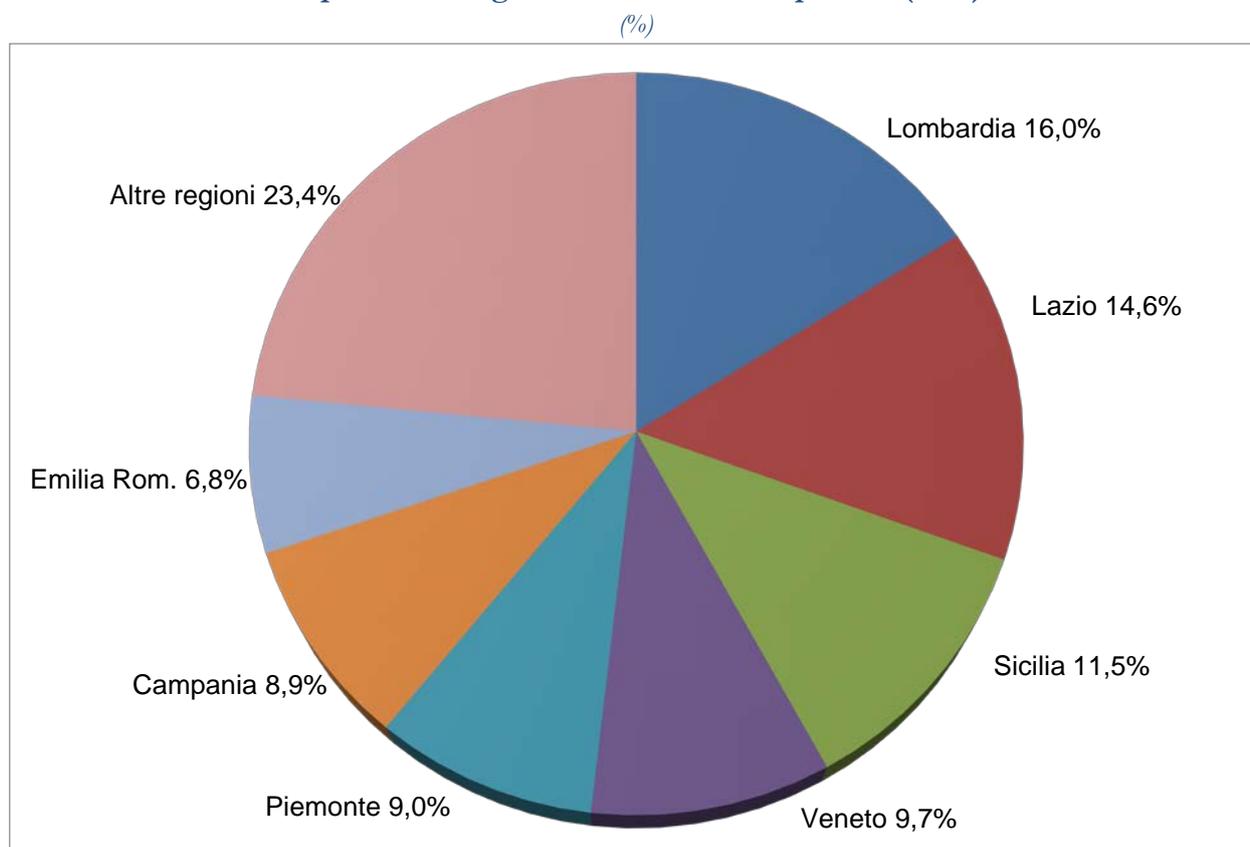
<sup>12</sup> L'articolo 27, comma 1 bis, del decreto legge 24 giugno 2014, 90, convertito con modificazioni nella legge 11 agosto 2014, n. 114 introduceva l'obbligo per le strutture sanitarie pubbliche o private di "dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT). La legge n. 24 dell'8 marzo 2017 ribadisce un obbligo analogo (art. 10, comma 1).

sono in costante crescita nel quadriennio 2012-2015 in tutte le tre macro aree geografiche considerate (Nord, Centro e Sud-Isole). Aumentano maggiormente le risorse delle strutture sanitarie rispetto a quelle dalle amministrazioni sanitarie regionali. Queste ultime rappresentano il 12,2% degli accantonamenti e il 17,1% dei fondi del 2015.

Nel 2015 gli accantonamenti totali sono ammontati a 468 milioni di euro (più del doppio dei 170 milioni del 2012), mentre l'ammontare complessivo dei fondi di copertura è risultato pari a 1.185 milioni di euro (oltre il triplo rispetto ai 319 milioni del 2012).

La gestione decentrata della sanità pubblica rende utile una lettura dei dati a livello regionale. Il 76,6% del fondo di copertura al 2015 era stato costituito da 7 regioni (fig. 5). Le tre regioni con le quote maggiori erano la Lombardia (16%), il Lazio (14,6%) e la Sicilia (11,5%). I fondi accantonati erano d'entità trascurabile o non esistenti per il Friuli Venezia-Giulia, il Trentino Alto-Adige, il Molise e la Valle d'Aosta.

**Fig. 5 – 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). Nel 2014 e 2015 gli accantonamenti sono risultati superiori ai premi assicurativi (rispettivamente del 36% e del 47,7%, fig. 6).

**Fig. 6 – Rischi da r.c. sanitaria delle strutture sanitarie pubbliche**  
**Accantonamenti per l'autorizzazione del rischio e premi assicurativi a confronto (2012-2015)**  
*(milioni di euro)*

