

REPORT MEDMAL - SINTESI

Studio sull'andamento del rischio da medical malpractice
nella sanità italiana pubblica e privata



INTRODUZIONE

Il presente report (qui illustrato in sintesi) costituisce l'occasione per conoscere l'entità e le caratteristiche del rischio nel settore Healthcare, al fine di identificare i punti di forza e debolezza delle organizzazioni e, di conseguenza, delineare azioni di intervento a medio/lungo termine per prevenire/ridurre le conseguenze di errori umani e fattori sistemici.

La metodologia utilizzata negli ultimi due report annuali (7° e 8° Edizione del Report Medmal) è stata utilizzata anche quest'anno per delineare il quadro del rischio legato ad eventi di medical malpractice all'interno delle aziende sanitarie del campione di riferimento, composto da 75 strutture complessivamente; infatti oltre alle strutture pubbliche, nella presente Edizione si è voluta integrare la visione dell'ambito pubblico, con quella del settore privato, oggetto di valutazione e confronto in un addendum separato dedicato a questo ambito.

Le richieste di risarcimento danni rappresentano uno strumento di indagine sia per la prevenzione del rischio sia per una migliore gestione delle politiche assicurative.

L'attività di identificazione e analisi del rischio deve essere perseguita attraverso un percorso definito, che viene suddiviso in quattro fasi:

- **definizione** delle macro-aree di rischio e delle relative unità operative/organizzative;
- **identificazione** dei rischi: definizione degli eventi avversi, delle principali classi di rischio ad esse correlate e degli effetti a breve/lungo termine (danni a pazienti, a operatori, a proprietà);
- **identificazione** dei fattori che possono modificare il livello di rischio diminuendo o aumentando l'entità e il numero degli eventi avversi;
- **descrizione** delle conseguenze degli eventi avversi (danni diretti o indiretti).

A questo fine i sinistri registrati dalle aziende sanitarie pubbliche o dalle compagnie assicurative con cui hanno stipulato una polizza RCT/O sono stati raccolti in un database che è stato analizzato tramite metodi statistici e con la medesima metodologia di selezione dei dati utilizzata nel corso del precedente report.

Per la 9° Edizione dell'analisi dei sinistri da Medical Malpractice (MedMal) sono stati presi in considerazione i sinistri denunciati nel periodo compreso tra il 2004 e il 2016, aggiornati (tramite modifica o conferma dello status) nel corso del 2017, in modo da ottenere una raccolta dati quanto più uniforme possibile.

Nota metodologica

Questa Edizione del Report Medmal riporta per alcune analisi una comparazione con il documento "Monitoraggio delle Denunce di Sinistri 2015", il secondo report sui sinistri ricevuti tramite il SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) pubblicato da Age.na.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali); per tali analisi i dati del report Medmal sono stati normalizzati secondo i criteri Age.na.s.

SANITÀ PUBBLICA



CAMPIONE

Il campione analizzato per la 9ª Edizione del Report Medmal è composto da strutture sanitarie pubbliche distribuite in tutto il territorio italiano.

Il primo criterio di selezione adottato consiste nell'includere nel database esclusivamente le aziende delle quali si dispone di dati aggiornati relativamente ai sinistri riservati e pagati: ciò significa che tutti i sinistri e i dati delle strutture che in passato hanno alimentato il database ma delle quali oggi non disponiamo più di aggiornamenti, sono stati esclusi dal database e dal report.

Le **42 strutture** così selezionate sono state suddivise in classi di indagine omogenee secondo la seguente categorizzazione:

- presidi di primo livello (ASL, AUSL, ATS): assistenza sanitaria di base e servizi territoriali;
- aziende ospedaliere di secondo livello: assistenza sanitaria specialistica, terapia intensiva e presa in carico di pazienti complessi;
- aziende ospedaliere universitarie: servizi sanitari, ricerca e attività accademiche;
- ospedali specializzati: strutture a singola specialità/con una specialità prevalente (es. cardiologica, oncologica etc.).

I sinistri con anno di denuncia compreso tra il 2004 e il 2016 sono stati inseriti in un database reso omogeneo nei campi di indagine che potesse essere dunque utilizzato per analisi e comparazioni; rispetto all'edizione precedente è stato dunque aggiunto un anno di indagine (2016) ed è stato aggiornato il perimetro di analisi, che ha riguardato complessivamente 20.947 sinistri.

Successivamente è stata effettuata una selezione dei dati con l'obiettivo di ottenere un quadro riferito prevalentemente all'ambito di medical malpractice: infatti sono stati esclusi i sinistri che risultassero ad alta frequenza/basso impatto (sinistri \leq €500, danni a cose, errori amministrativi, furti/smarrimenti). Inoltre sono stati individuati ed eliminati gli outliers: nelle annualità iniziali o finali di raccolta delle informazioni da parte della struttura tipicamente sono presenti dati parziali che si presentano disomogenei rispetto alle restanti annualità. Adottando questa metodologia il numero di sinistri da sottoporre alle analisi descritte successivamente, sia qualitative che quantitative, si è ridotto a 10.452.

La fase di raccolta dati ha circoscritto l'indagine ai sinistri, provenienti da compagnie assicurative e/o direttamente dalle aziende sanitarie con aggiornamento statistiche al 2017 (mediante modifica o conferma dello status), in modo da assicurare che i sinistri considerati avessero valori, date, descrizioni accurate al momento attuale. La definizione di sinistro considerata comprende ogni richiesta di risarcimento danni e/o avvio di procedimento giudiziario segnalato alla compagnia di assicurazione o gestito dalle aziende, con riferimento alla Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera.

Nota metodologica

Per outliers intendiamo:

- valori non congrui con la restante parte del database sinistri;
- valori registrati in fasi in cui la raccolta dati si presenta disomogenea;
- i sinistri con importo minore o uguale di 500€ che potrebbero non essere stati registrati esaustivamente da tutte le strutture;
- danni da furto, smarrimenti, errori amministrativi e danni a cose.

Inoltre nelle singole analisi abbiamo escluso dalla quota percentuale tutto ciò che non riportasse una specifica categorizzazione per il campo preso in considerazione (e che quindi risultasse "non identificato") per evitare che inficiasse il calcolo sul totale.

Tabella 1. Dati e volumi di attività del campione considerato.

Sinistri selezionati	10.452
N. sinistri medi annui	804
Ricoveri	964.718
Posti letto	27.848
Volume del personale	111.399
N. medici	18.244
N. infermieri	44.429

RISCHI

Ogni richiesta di risarcimento danni riferita alla Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera (RCT/O) è stata classificata nelle seguenti classi di rischio:

- Rischio clinico
- Rischio professionale
- Rischio strutturale
- Danneggiamento accidentale

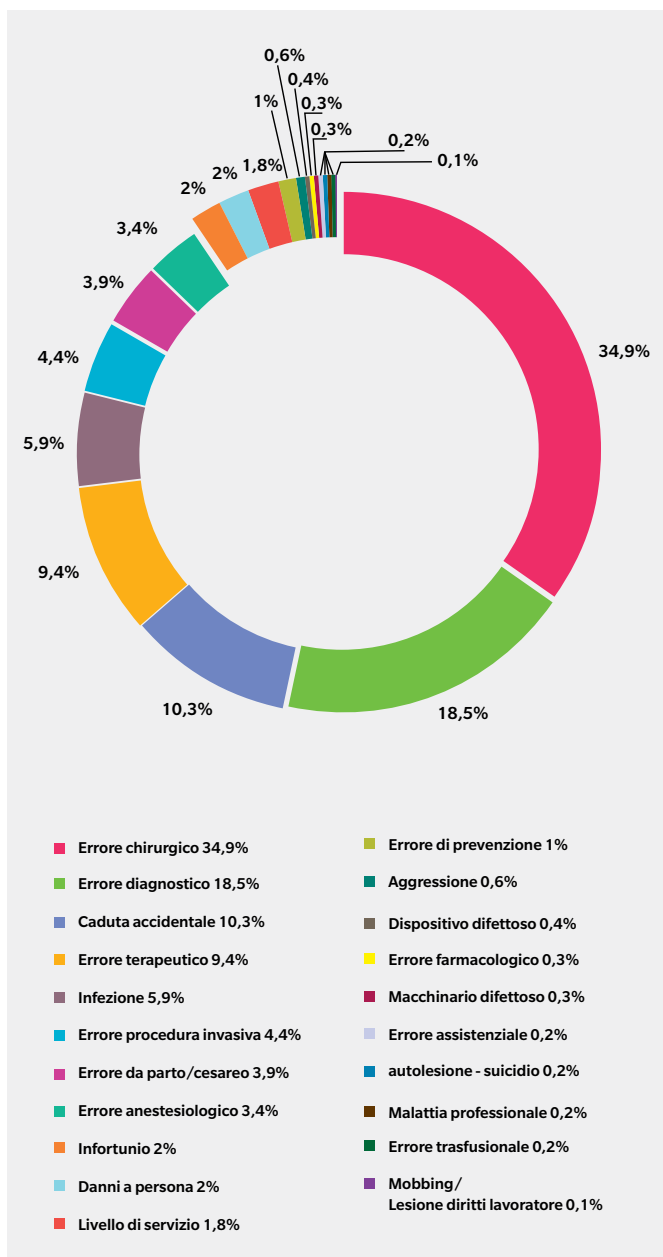
Le strutture considerate sono ubicate nelle seguenti Regioni: Lombardia, Emilia Romagna, Sardegna, Valle d'Aosta, Trentino-Alto Adige, Liguria, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto.

Nella tabella a fianco le caratteristiche complessive di volume e attività delle aziende/strutture prese in considerazione.

ANALISI DELLE FREQUENZE

I SINISTRI COMPRESI NEL CAMPIONE

Figura 1. Distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato dopo l'applicazione di correttivi.



L'errore chirurgico (o presunto errore) è l'evento che viene denunciato con maggiore frequenza (34,9%); seguono gli **errori diagnostici** (18,5%), le **cadute accidentali** (10,3%) e gli **errori terapeutici** (9,4%). Tra gli eventi che impattano con frequenza di poco minore si trovano le infezioni (5,9%), gli errori durante una procedura invasiva (4,4%) e gli eventi collegati a parto naturale o cesareo (3,9%).

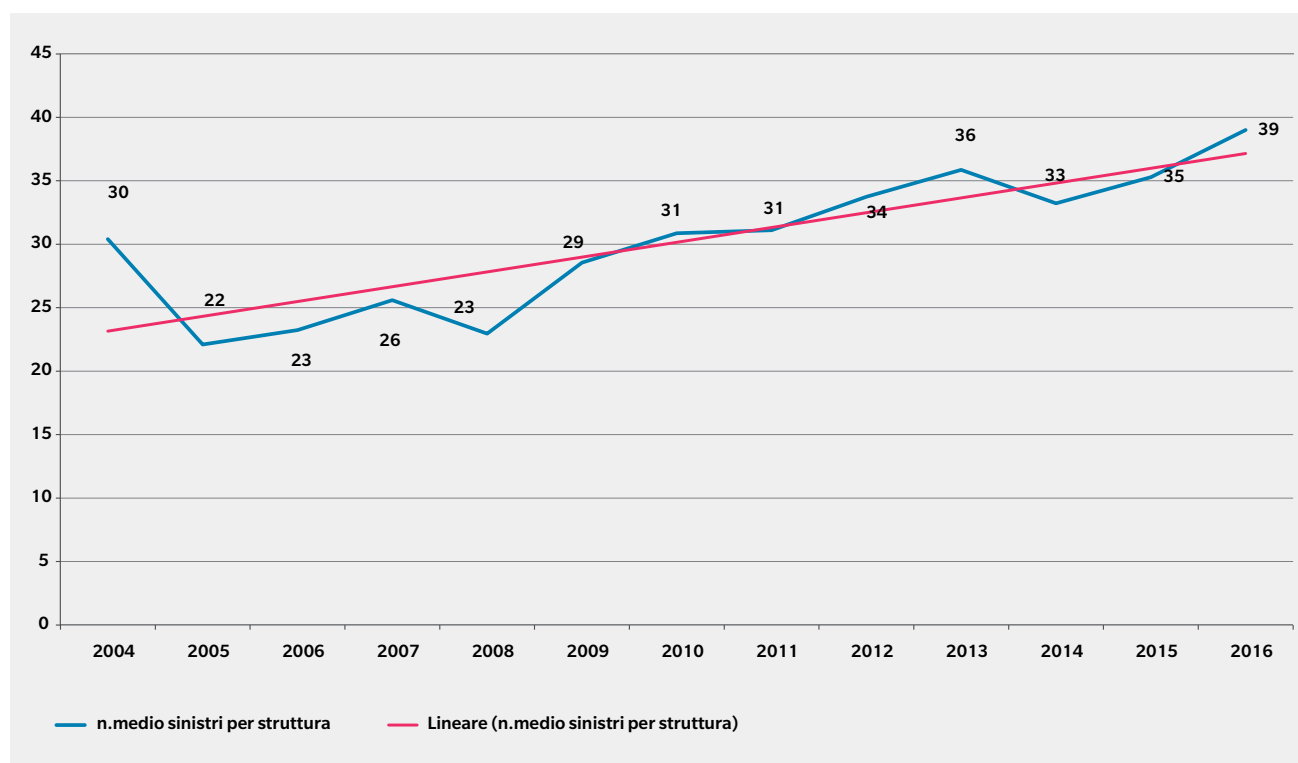
Nota tecnica

Come nelle edizioni precedenti, le principali fonti di rischio sono rappresentate dagli eventi correlati all'attività chirurgica e diagnostica, mentre eventi che hanno impatto minore sulla frequenza (es. errori da parto: 4%) presentano un impatto economico molto alto.

ANDAMENTO DEI SINISTRI NEL PERIODO 2004-2016

Abbiamo analizzato l'andamento medio delle richieste di risarcimento danni dall'anno di denuncia 2004 al 2016. Questo grafico è stato ottenuto rapportando il numero totale delle richieste in uno specifico anno di denuncia al numero di strutture incluse nel campione nella medesima annualità (che può variare nei diversi anni) (Figura 2). La media dei sinistri annuali per struttura è pari a 27,5; mentre nella scorsa edizione si rilevava un incremento netto fino al 2011 seguito da una lieve decrescita, l'aumento rilevato nell'edizione attuale è abbastanza stabile (variazione media annuale: +2,9% circa).

Figura 2. Media annua del n. sinistri per struttura con andamento per anno di denuncia e linea di tendenza.



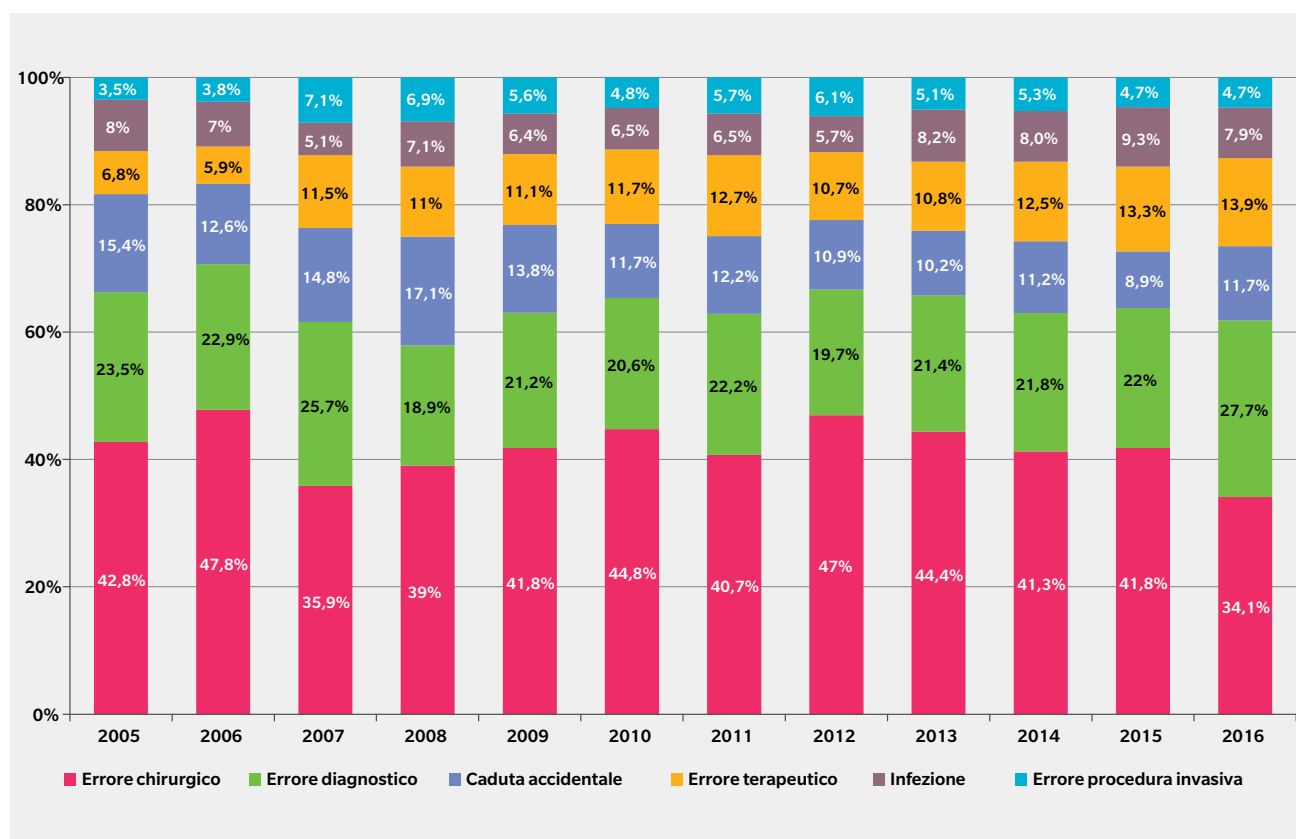
TIPOLOGIE DI EVENTO DENUNCIATO

Le tipologie di errori che si presentano più frequentemente, come mostrato inizialmente, sono le seguenti: errori chirurgici, errori diagnostici, cadute accidentali, errori terapeutici, infezioni ed eventi correlati a procedure invasive. Queste sei tipologie costituiscono più dell'80% del totale del campione.

Gli errori da parto, che nella precedente edizione erano tra le prime 6 tipologie più frequenti, vengono superati dagli errori correlati alle procedure invasive.

L'andamento % di queste tipologie nel tempo (% calcolata sul totale delle sei tipologie) mostra una diminuzione negli ultimi anni per gli errori chirurgici e un andamento oscillatorio ma con una diminuzione sul periodo complessivo per le cadute accidentali, mentre sono in leggero aumento gli errori terapeutici (Figura 16).

Figura 16. Andamento % per anno di denuncia dei sei maggiori eventi causa di sinistro



Nota tecnica

Quest'analisi mostra un andamento stabile: in ogni anno, il singolo tipo di evento denunciato mantiene pressoché la stessa incidenza; la minore incidenza di errori nell'esecuzione di atti chirurgici, che negli ultimi anni si riscontra sia in termini % sia in valore assoluto, sembrerebbe essere sostanzialmente conseguente al miglioramento delle tecniche chirurgiche.

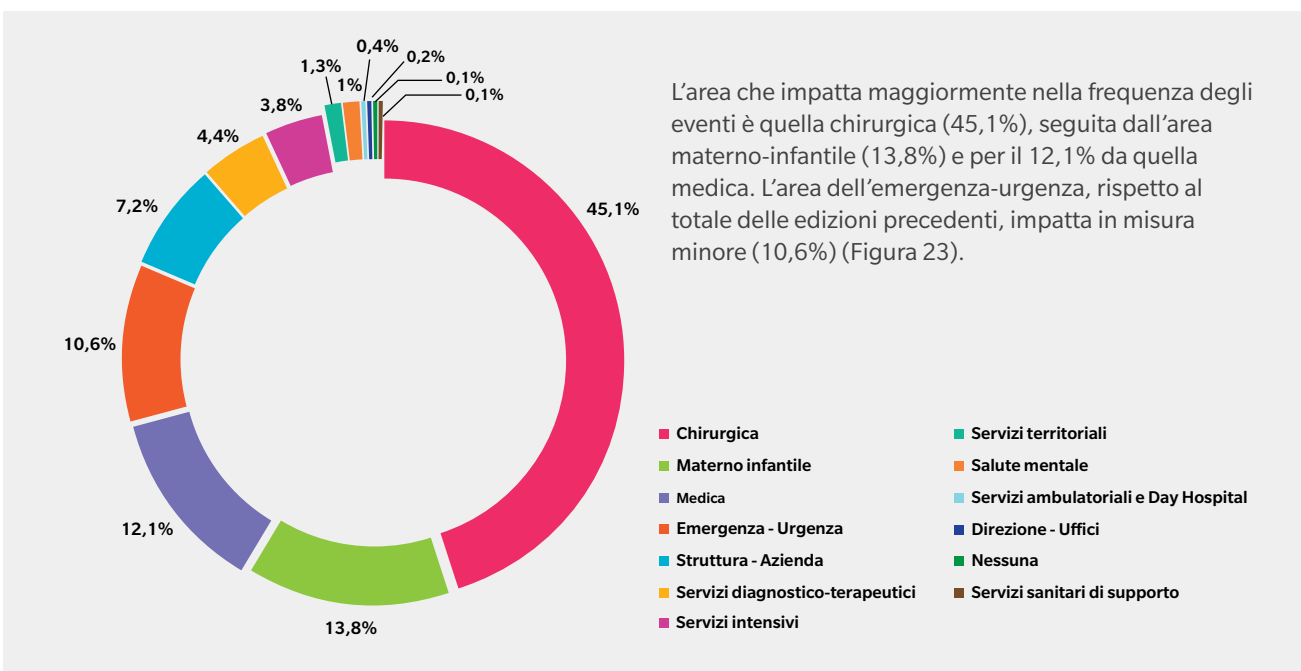
LE AREE DI RISCHIO

Per esaminare in modo più specifico le aree cliniche della struttura, le Unità Operative sono state raggruppate in base ai servizi e alle attività svolte nel seguente modo:

Tabella 3. Aree di rischio

- **AREA CHIRURGICA:** ortopedia, chirurgia generale, oculistica e oftalmologia, neurochirurgia, otorinolaringoiatria, urologia, odontoiatria e stomatologia, chirurgia plastica, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia della mano, chirurgia toracica, chirurgia dei trapianti;
- **STRUTTURA/AZIENDA:** sono ricondotti a quest'area i sinistri accaduti nelle parti comuni dell'ospedale;
- **EMERGENZA/URGENZA:** pronto soccorso, chirurgia d'urgenza, medicina d'urgenza, SSUEM (Servizio Sanitario di Urgenza ed Emergenza Medica);
- **AREA MEDICA:** medicina generale, cardiologia e UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica), oncologia medica, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, neurologia, medicina trasfusionale, riabilitazione, pneumologia e fisiopatologia respiratoria, dermatologia, nefrologia e dialisi, geriatria, ematologia, infettivologia, diabetologia ed endocrinologia, lungodegenza, cure palliative e terapia antalgica, medicina legale, medicina occupazionale, allergologia, medicina sportiva;
- **MATERNO-INFANTILE:** ostetricia e ginecologia, pediatria, neonatologia e TIN (Terapia Intensiva Neonatale), chirurgia pediatrica, ematologia pediatrica, urologia pediatrica, nefrologia pediatrica;
- **SERVIZI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI:** radiologia, laboratorio analisi, anatomia e istologia patologica, medicina nucleare, radioterapia;
- **SERVIZI SANITARI DI SUPPORTO:** farmacia, sterilizzazione;
- **SERVIZI AMBULATORIALI E DAY HOSPITAL:** poliambulatori, day hospital, day surgery;
- **SERVIZI INTENSIVI:** anestesia e rianimazione-terapia intensiva, centro grandi ustionati;
- **SALUTE MENTALE:** psichiatria, neuropsichiatria;
- **SERVIZI TERRITORIALI:** servizio veterinario, continuità assistenziale, servizio igiene, servizio vaccinazioni, servizio dipendenze, consultorio, guardia medica, servizi sociali, dipartimento prevenzione, assistenza penitenziaria;
- **DIREZIONE/UFFICI:** direzione sanitaria, direzione amministrativa, direzione operativa, direzione generale.

Figura 23. Distribuzione percentuale delle maggiori aree di rischio



ANALISI ECONOMICA

COSTO DEL SINISTRO

Tabella 5. Costo dei sinistri considerati.

COSTO SINISTRI	
Riservato	€ 467.090.472
Liquidato	€ 454.756.172
Costo totale	€ 921.846.644
Costo medio	€ 88.198
Top claim liquidato	€ 4.532.258

L'analisi economica dei sinistri riporta sia il costo totale, pari alla somma degli importi liquidati (relativi a sinistri chiusi) e di quelli riservati (per sinistri ancora aperti), sia analisi separate relative al riservato e al liquidato.

Il costo totale dell'intero database sinistri supera € 921 milioni, composto da:

- 51% circa di importo riservato;
- 49% circa di importo liquidato.

Il costo medio per sinistro è pari a € 88.198 (Tabella 5).

Nella definizione del top claim liquidato di cui alla Tabella 5 abbiamo considerato anche i sinistri chiusi al momento del report precedente.

LIQUIDATO

L'importo totale liquidato è di oltre € 454 Milioni nel periodo di denuncia 2004-2016, pari al 49% del costo totale. L'importo liquidato medio per singolo sinistro è di € 68.518 (Tabella 7).

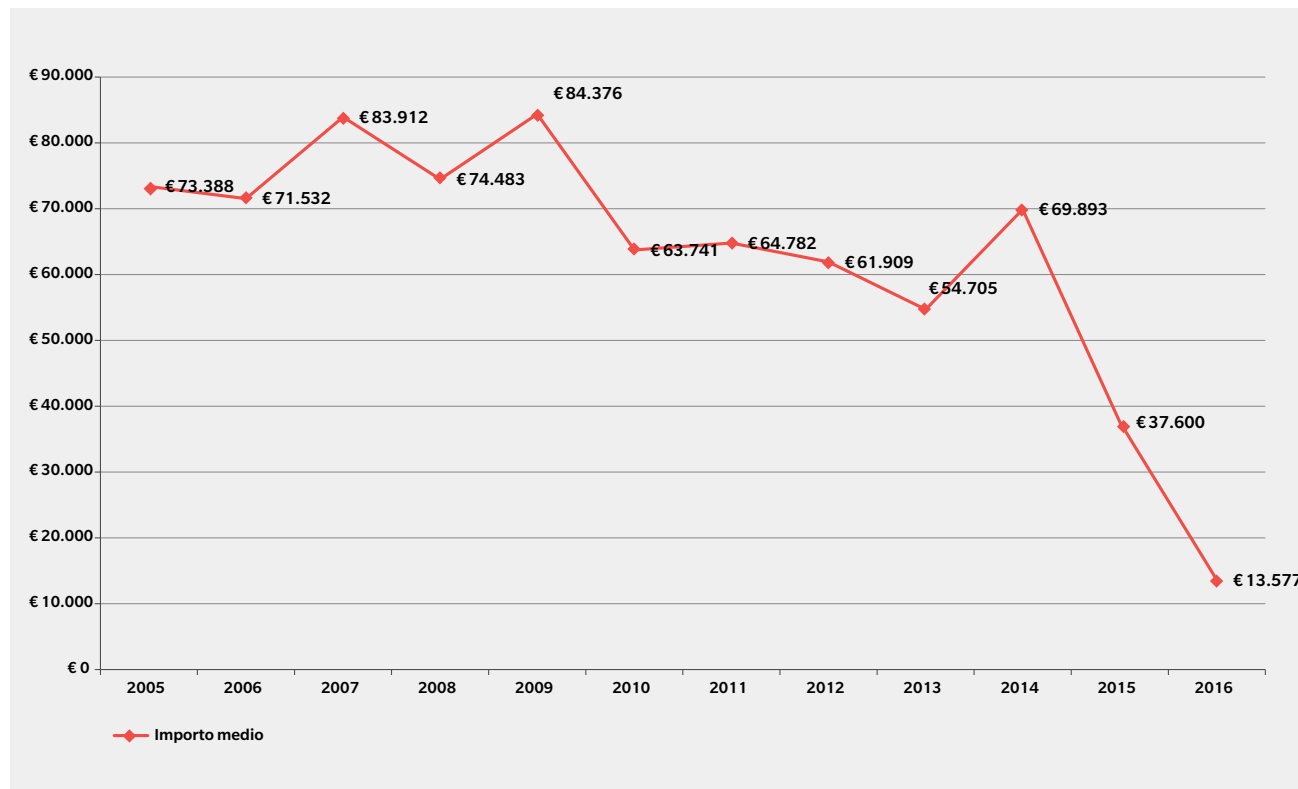
Tabella 7. Importo liquidato.

LIQUIDATO	
Liquidato Totale	€ 454.756.172
Liquidato medio	€ 68.518

N.B. Per l'elaborazione dei seguenti grafici (fino a Figura 39), che richiedono completezza di informazioni (in particolare della data di chiusura), sono stati selezionati solo i sinistri chiusi che permettessero di effettuare analisi per competenza di date.

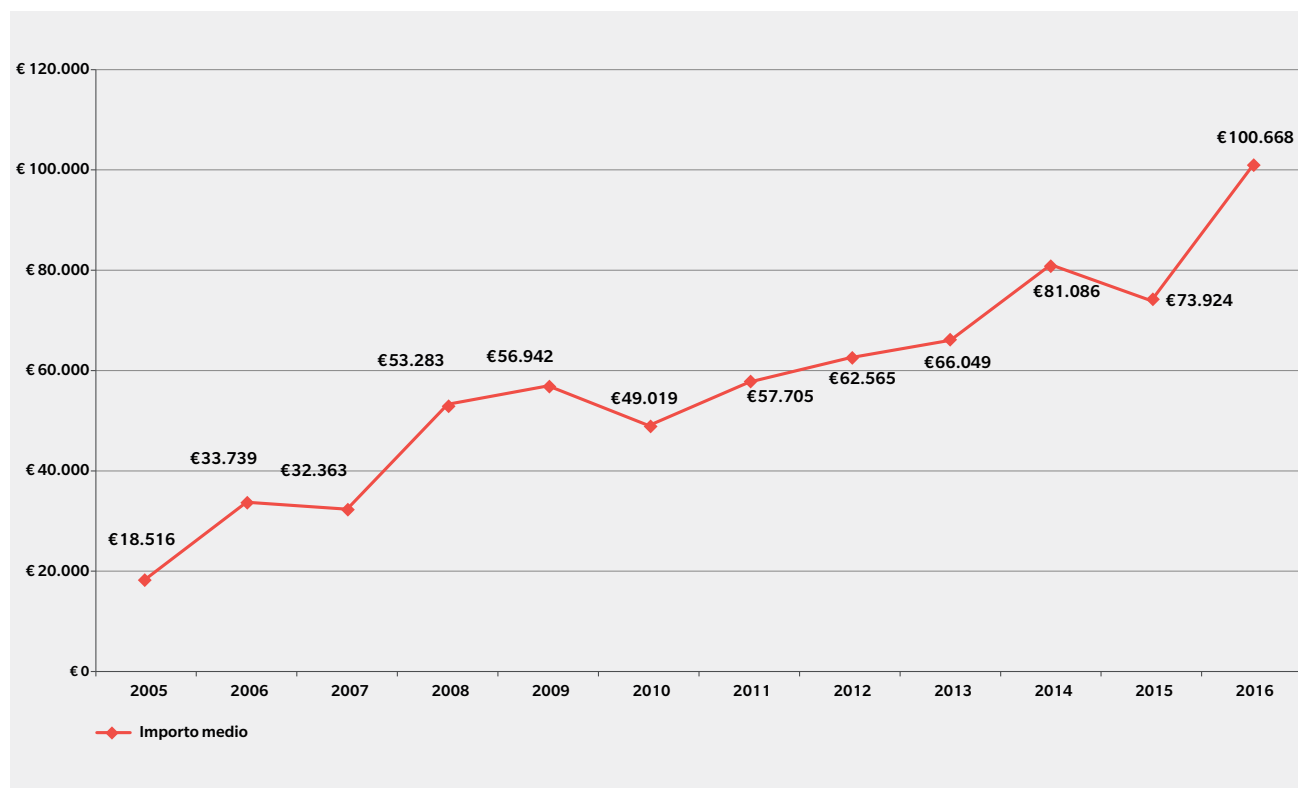
La Figura 37 mostra l'andamento dell'importo liquidato medio per anno di denuncia, evidenziando un andamento piuttosto stabile che diminuisce negli ultimi tre anni (con variazione media annua di -8,58%).

Figura 37. Importo liquidato medio per anno di denuncia.



In Figura 38 è invece rappresentato l'andamento dell'importo liquidato medio per anno di chiusura del sinistro, che mostra un aumento costante fino al 2014, anno dopo il quale vi è una lieve flessione (in corrispondenza dell'anno 2015) e una successiva ripresa dell'incremento.

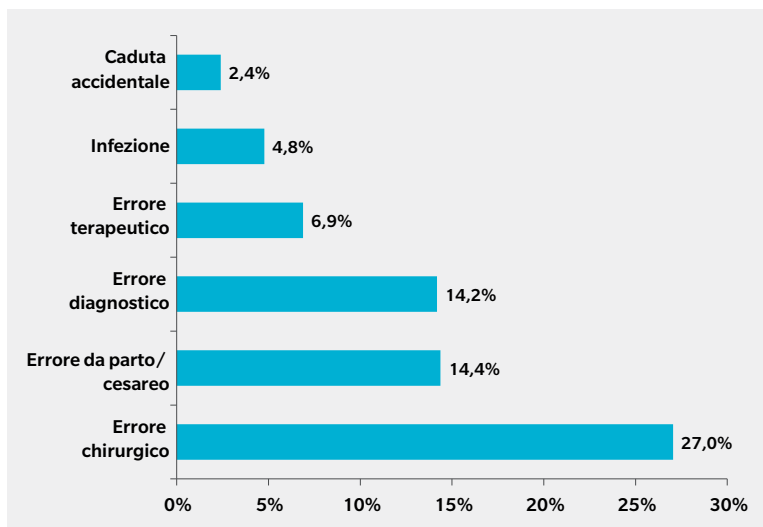
Figura 38. Importo liquidato medio per anno di chiusura del sinistro.



Per spiegare l'andamento del liquidato per anno di chiusura, abbiamo analizzato l'incidenza dei sinistri di maggior importo rispetto ai sinistri totali.

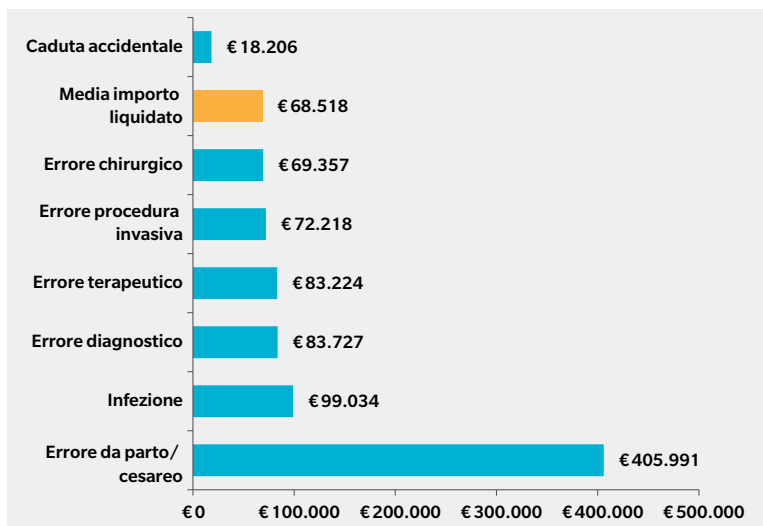
Il 2014 e il 2016, in particolare quest'ultimo, sono stati anni in cui i sinistri chiusi con valori elevati sono stati particolarmente numerosi, innalzando conseguentemente il liquidato medio di tali annualità.

Figura 41. Impatto % delle principali tipologie di evento denunciato sul liquidato totale.



La stratificazione per tipo di errore (prendendo in considerazione gli eventi più frequenti, oltre agli errori da parto che a livello economico impattano sempre in modo rilevante sulle strutture), mostra come gli errori chirurgici abbiano il più forte impatto economico sull'importo totale (27%) (Figura 41), mentre gli errori diagnostici e gli errori da parto ricoprono ciascuno il 14% circa del liquidato totale; gli errori da parto invece mostrano il maggior importo liquidato medio per singolo evento, con oltre € 405.000 (Figura 42).

Figura 42. Importo liquidato medio per tipologia di evento denunciato.



TOP CLAIMS

Quando il costo di una denuncia è maggiore o uguale a € 500.000, abbiamo considerato il sinistro un "top claim" e ne abbiamo verificato l'impatto sul totale del campione.

I top claims costituiscono solamente il 4,1% degli eventi totali ma assorbono il 42% circa del costo totale (Tabella 12).

Tabella 12. Numerosità e costo dei top claims con % rispetto al campione totale.

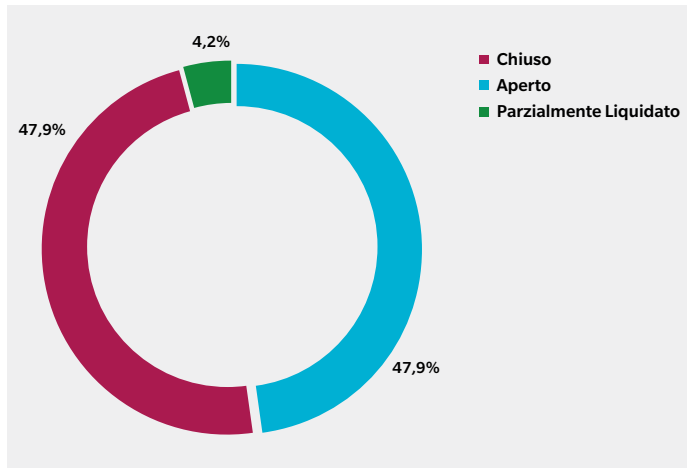
N. TOP CLAIMS	432	4,1%
Costo Top Claims	€ 387.427.453	42,0%
Importo Riservato	€ 190.791.697	55,7%
Importo Liquidato	€ 196.635.755	43,2%

La maggior parte dei top claims si trova nella fascia 500.000 € - 1.000.000 € (Tabella 13).

Tabella 13. Distribuzione dei top claims per fasce di importo.

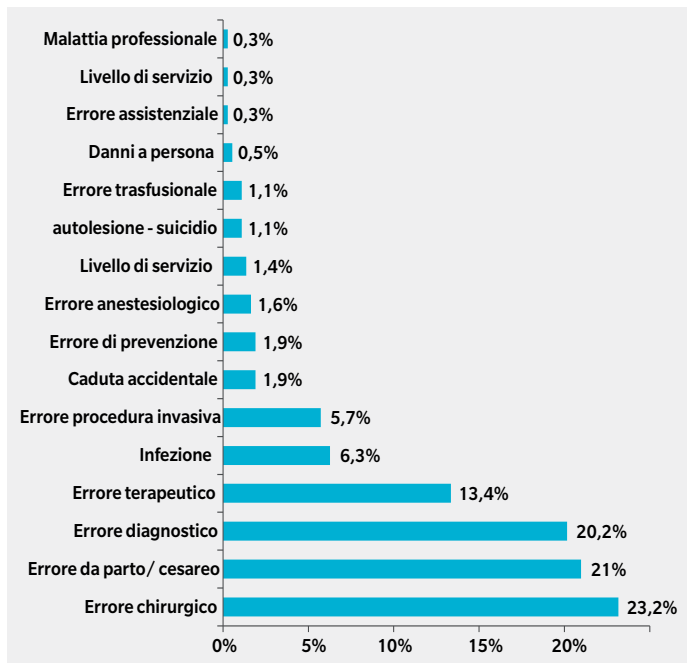
FASCIA DI IMPORTO	N°	% SUL TOTALE
€ 500.000 - 999.999	292	67,6%
€ 1.000.000 - 1.499.999	95	22,0%
€ 1.500.000 - 1.999.999	26	6,0%
€ 2.000.000 - 2.499.999	12	2,8%
€ 2.500.000 - 2.999.999	2	0,5%
€ 3.000.000 +	5	1,2%

Figura 50. Distribuzione % dello stato della pratica per i top claims



I top claims si distribuiscono equamente tra pratiche aperte e chiuse (Figura 50), con una minima parte (4%) di sinistri parzialmente liquidati. Dal momento che nel campione generale solo il 36% dei sinistri risultava aperto mentre tra i top claims questa percentuale aumenta a circa il 48%, si desume che le pratiche per sinistri di importo elevato rimangano con status aperto per più tempo.

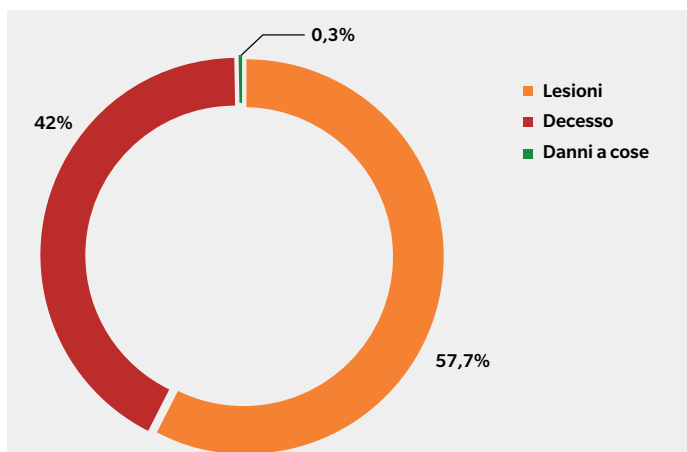
Figura 51. Tipologia di evento denunciato - top claims



La Figura 51 mostra il tipo di evento denunciato che ricorre maggiormente nei casi di top claims: gli errori chirurgici (23,2%), errori da parto (21%) e diagnostici (20%), errori terapeutici (13,4%) e infezioni (6,3%).

L'89% dei top claims deriva da un danno lamentato su un paziente, e la percentuale di Procedimenti Civili e Penali è più elevata in questo caso (27% e 14% rispettivamente) rispetto al campione generale (18% per i civili e 5% per i penali).

Figura 52. Distribuzione % dei top claims per tipo di danno.



I top claims sono i sinistri che esitano nel modo peggiore: l'incidenza del decesso è del 42% (Figura 52).

Le Unità Operative più colpite sono Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale e Pronto Soccorso.

TASSI DI RISCHIO

Per descrivere meglio il fenomeno e delineare confronti basati su un comune denominatore, è stato sviluppato un sistema di specifici indicatori di tassi di rischio e valori assicurativi.

Gli indicatori sono costituiti dal numero di richieste di risarcimento danni rapportate alla numerosità del personale e al volume di attività:

- **PERSONALE**
- **MEDICI**
- **INFERMIERI**
- **RICOVERI**
- **ATTIVITÀ IN UNITÀ OPERATIVE SPECIFICHE (ES. RICOVERI IN CHIRURGIA GENERALE, NUMERO DI NUOVI NATI IN OSTETRICIA)**

I tassi di rischio sono calcolati utilizzando al numeratore il numero medio di sinistri per anno di denuncia, mentre al denominatore abbiamo considerato il numero medio di ogni variabile per 100 (1.000 nel caso dei ricoveri o 10.000 nel caso di nuovi nati). I valori di rischio (assicurativi) sono calcolati in base al costo totale dei sinistri sul numero medio di ogni variabile analizzata.

Non abbiamo utilizzato indicatori basati sul numero di posti letto perché con l'aumento dell'efficienza del SSN negli ultimi anni si è ridotto il tempo di utilizzo dei posti letto.

Di seguito i tassi di rischio e i valori assicurativi sul totale del campione:

Tabella 14. Tassi di rischio totali.

TASSI DI RISCHIO TOTALI	
1,1	per 100 dipendenti
6,5	per 100 medici
2,8	per 100 infermieri
1,3	per 1000 ricoveri

Tabella 15. Valori assicurativi totali.

VALORI ASSICURATIVI TOTALI	
€ 943	per dipendente
€ 5.659	per medico
€ 2.434	per infermiere
€ 113	per ricovero

Nota metodologica

È bene precisare che i tassi e i valori di rischio qui presentati sono rappresentativi della composizione del personale e delle specializzazioni del campione sanità pubblica analizzato nel report. Pertanto non possono essere presi a riferimento di strutture con una diversa distribuzione del personale medico, amministrativo o infermieristico, così come per strutture ad alta specializzazione.

Addendum SANITÀ PRIVATA



CAMPIONE

Per questa prima edizione dell’addendum dedicato al settore sanitario privato sono state analizzate diverse strutture distribuite sul territorio italiano. Per rendere omogeneo il campione sono state escluse le realtà che operano esclusivamente come residenze sanitarie assistenziali. Il campione finale si compone di **33 strutture**.

Il criterio di selezione adottato consiste nell’includere nel database esclusivamente le aziende delle quali si dispone di dati aggiornati relativamente ai sinistri riservati e pagati.

La maggior parte delle strutture nel campione ha un fatturato compreso fra € 6.000.000 e € 15.000.000 e un numero di posti letto compreso fra 50 e 150. Nelle tabelle riportiamo il dettaglio del campione.

Tabella 1. Fatturato e Posti Letto.

VALORE FATTURATO	N° STRUTTURE	N° POSTI LETTO	N° STRUTTURE
minore o uguale a €3 Mln	3	inferiore a 50	5
compreso fra €3Mln e €6 Mln	7	fra 50 e 100	9
compreso fra €6 Mln e €15 Mln	8	fra 100 e 150	11
compreso fra €15 Mln e €30 Mln	8	fra 150 e 200	3
compreso fra €30 Mln e €50 Mln	3	fra 200 e 250	1
compreso fra €50 Mln e €100 Mln	1	fra 300 e 350	1
superiore a €100 Mln	3	superiori a 400	3

Abbiamo considerato i sinistri con anno di denuncia compreso fra il 2004 ed il 2016, tuttavia il campione acquisisce rilevanza dal 2007 in poi come numero di strutture. Il numero complessivo di sinistri è di 2.067.

È stata effettuata una selezione dei dati con l’obiettivo di ottenere un quadro ristretto all’ambito di medical malpractice e di rendere consistente il database privato con quello della sanità pubblica; come in quest’ultimo sono stati esclusi i sinistri che risultassero ad alta frequenza/ basso impatto (sinistri ≤ €500, danni a cose, errori amministrativi, furti/smarrimenti).

Inoltre sono stati individuati ed eliminati gli *outliers*: nelle annualità iniziali o finali di raccolta delle informazioni da parte della struttura tipicamente sono presenti dati parziali che si presentano disomogenei rispetto alle restanti

annualità. Adottando questa metodologia il numero di sinistri da sottoporre alle analisi descritte successivamente, sia qualitative che quantitative, si è ridotto a 1.349.

La fase di raccolta dati ha circoscritto l’indagine ai sinistri, provenienti da compagnie assicurative e/o direttamente dalle aziende in autoassicurazione o con elevati livelli di autoritenzione, con aggiornamento statistiche al 2017 (mediante modifica o conferma dello status), in modo da assicurare che i sinistri considerati avessero valori, date, descrizioni accurate al momento attuale.

La definizione di sinistro considerata comprende ogni richiesta di risarcimento danni e/o avvio di procedimento giudiziario segnalato alla compagnia di assicurazione o gestito dalle aziende, con riferimento alla Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d’opera.

Ogni richiesta di risarcimento danni riferita alla Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera (RCT/O) è stata classificata nelle seguenti classi di rischio:

- Rischio clinico
- Rischio professionale
- Rischio strutturale
- Danneggiamento accidentale

Le strutture considerate sono ubicate nelle seguenti Regioni: Lazio, Lombardia, Campania, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana, Calabria e Veneto.

I risultati ottenuti dall'analisi svolta sul database sinistri della sanità privata sono presentati in relazione ai dati ottenuti dalle elaborazioni dei sinistri del settore pubblico. Per garantire una corretta interpretazione del confronto abbiamo tenuto conto delle sostanziali differenze

organizzative/strutturali esistenti fra il settore Privato e il settore Pubblico.

Bisogna infatti considerare che, a differenza del Pubblico dove la maggior parte dei medici sono dipendenti, nel Privato il personale sanitario opera principalmente in regime libero professionale, pertanto, il rischio in capo alla struttura privata prima dell'approvazione della Legge Gelli era minore rispetto al settore pubblico.

A partire dal 2017, con le modifiche apportate dalla legge Gelli in materia di responsabilità, si prevede un progressivo adeguamento delle riserve, che renderà meno consistenti, come vedremo in seguito, le diversità di riservazione fra il settore pubblico e privato.

Di seguito le caratteristiche più rilevanti di volume e attività delle aziende/strutture private confrontate con quelle del campione della sanità pubblica:

Tabella 2. Dati e volumi di attività totali del campione considerato.

	SANITÀ PRIVATA	SANITÀ PUBBLICA	DIMENSIONE DEL DB PRIVATO RISPETTO AL PUBBLICO
N° Sinistri selezionati	1.350	10.452	13%
Posti letto totali	7.808	27.848	28%
% di posti letto dell'area materno infantile	4,2%	8%	52%

Il campione utilizzato per l'analisi del settore privato non è statisticamente abbastanza popolato per consentire un dettaglio di analisi completo come quello effettuato per il Pubblico, pertanto si riportano le principali e più significative evidenze.

ANALISI COMPARATA DELLE FREQUENZE E ANALISI ECONOMICA

Nella tabella si riporta il numero e il costo medio annuale dei sinistri per struttura. Per la valutazione è stato preso in considerazione il periodo temporale che va dal 2010 al 2016 in quanto è il periodo più omogeneo in termini di numero di strutture e dimensione di rischio.

Tabella 3. N° medio e costo medio dei sinistri per struttura.

	SANITÀ PRIVATA	SANITÀ PUBBLICA	RAPPORTO
N. sinistri per struttura 2010-2016 (media annua)	7	34	21%
Costo medio annuale per struttura 2010-2016	480.000	3.000.000	16%

Per le motivazioni sopra espresse, e considerate anche le dimensioni medie più contenute della struttura privata rispetto a quella pubblica, la sinistrosità nel settore Privato risulta essere inferiore rispetto al Pubblico. Tuttavia, il trend di crescita del numero di richieste di risarcimento per singola struttura è, come per il Pubblico, in lieve aumento nel periodo (circa 4% annuo contro il 3% del Pubblico).

Il documento ha un mero scopo informativo e contiene informazioni di proprietà di Marsh. I modelli, le analisi e le proiezioni effettuate da Marsh nello svolgimento dei servizi descritti nel presente documento, sono soggetti all'alea tipicamente connaturata a questo tipo di attività e possono essere significativamente compromessi se le assunzioni, condizioni o informazioni alla base sono inaccurate, incomplete o soggette a modifica. Marsh non è tenuta ad aggiornare il presente documento e declina ogni responsabilità nei confronti dell'azienda o di terzi che ne utilizzino il contenuto a qualsiasi titolo. Anche se Marsh offre suggerimenti e raccomandazioni, tutte le decisioni su ammontare, tipo e termini di copertura sono di responsabilità del cliente, che decide cosa ritiene appropriato per la propria azienda in base a specifiche circostanze e posizione finanziaria.

Copyright 2018 Marsh. tutti i diritti sono riservati.

