



**Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici**

**Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle
cause dei disavanzi sanitari regionali**

**Audizione di Dario Focarelli
Direttore Generale ANIA**

Camera dei Deputati

Roma, 31 ottobre 2012

Signor Presidente, Onorevoli Deputati, desidero ringraziarVi per aver voluto ascoltare l'Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici nell'ambito del "filone di inchiesta" sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie e ospedaliere.

Ci permettiamo di presumere che la Commissione, invitandoci, abbia interesse a focalizzare alcuni aspetti quantitativi relativi al costo sostenuto dalle strutture sanitarie per le coperture assicurative e sull'ammontare delle somme corrisposte ai danneggiati. A tal proposito riportiamo nell'Appendice a questo documento le statistiche di mercato sui premi e sui risarcimenti sostenuti dalle imprese di assicurazione con alcuni indicatori tecnici che vengono utilizzati in ambito assicurativo. Inoltre, riportiamo alcuni dati pubblicati da Marsh S.p.A., primary broker assicurativo, relativi al portafoglio clienti di strutture sanitarie pubbliche in Italia, con l'avvertenza che questi ultimi dati sono di proprietà esclusiva di Marsh S.p.A. per cui il loro utilizzo è subordinato all'autorizzazione della società stessa.

Come è noto, in Parlamento, è in corso l'iter di conversione in legge del DL 13 settembre 2012 n.158 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" in cui all'articolo 3 sono previste alcune norme in materia di responsabilità civile degli esercenti le professioni sanitarie. Tale materia è evidentemente, strettamente correlata all'inchiesta oggetto dell'odierna audizione per cui rimandiamo al testo, che abbiamo depositato in occasione dell'Audizione informale svoltasi il 26 settembre u.s. presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, per le considerazioni e le proposte del settore assicurativo in materia.

Ad ogni modo questa ci sembra la sede opportuna per notare che spesso, nella discussione parlamentare in tema di *malpractice* medica, vengono proposte misure riguardanti le coperture assicurative che a nostro avviso, come spesso abbiamo argomentato, non sembrano apportare alcun beneficio né riguardo la mitigazione del fenomeno né riguardo al miglior funzionamento del mercato assicurativo in questo settore. Riteniamo utile, pertanto,

illustrare nel seguito alcune opzioni di *policy*, riconosciute a livello internazionale¹, in tema di *malpractice* medica e di sua copertura assicurativa.

Innanzitutto, va notato che il fenomeno dell'aumento del numero delle denunce per *malpractice* medica ha riguardato molti paesi sviluppati negli ultimi decenni. Generalizzando si può dire che le principali cause del fenomeno sono: un deciso aumento degli importi dei risarcimenti riconosciuti dai tribunali, in particolare per i danni non patrimoniali; l'ampliamento dei diritti e dei casi da risarcire da parte della giurisprudenza; una maggiore consapevolezza e attenzione dei pazienti alle cure ricevute, a volte anche favorita da alcuni fornitori di servizi di gestione del contenzioso. Le ovvie conseguenze per i sistemi sanitari e per i loro operatori comprendono: i maggiori costi diretti in termini di risarcimenti dovuti o di prezzi delle coperture assicurative; maggiori difficoltà nei rapporti tra il medico e il paziente, maggiori costi indiretti derivanti dal ricorso alla cosiddetta medicina difensiva. Per il sistema assicurativo le conseguenze riguardano le ingenti perdite economiche dovute ad una errata tariffazione delle coperture, i rapporti più difficili con gli assicurati a causa dell'inevitabile aumento dei prezzi e delle più stringenti condizioni contrattuali e assuntive, la rarefazione dell'offerta a causa dell'oggettiva difficoltà nel prevedere gli sviluppi del fenomeno.

Dobbiamo in ogni caso chiederci: esistono misure utili per mitigare il rischio di *malpractice* medica e per incrementare la disponibilità di coperture assicurative? La risposta è senza dubbio positiva. Queste si fondano su una più strutturata prevenzione e, in particolare, possono essere riassunte nelle seguenti misure:

- la costituzione di organismi indipendenti che rilevano e analizzano gli errori medici e i cosiddetti "quasi errori" riportati volontariamente dagli operatori sanitari. È cruciale che questi ultimi siano messi in condizione di fornire le informazioni in tutta serenità, senza timore alcuno che le informazioni raccolte possano essere utilizzate contro di loro. Sulla base dei dati e delle informazioni gli organismi indipendenti possono

¹ Si veda ad esempio la pubblicazione "Medical Malpractice – Prevention, Insurance and Coverage Options. OECD 2006.

formulare raccomandazioni, linee guida e processi tipo al fine di evitare gli errori più frequenti;

- l'implementazione di approcci integrati di risk management nelle strutture sanitarie e presso gli erogatori di servizi esposti a rischio di errore sanitario;
- lo sviluppo di processi formativi per i medici e per gli operatori sanitari sulla prevenzione e gestione dei casi di *malpractice* nonché la formulazione di appropriati standard per la gestione del flusso di comunicazione tra medico e paziente;
- la costituzione di fondi pubblici o pubblici-privati che aumentino la capacità del settore assicurativo privato per quelle tipologie di rischio difficilmente collocabili sul mercato nazionale ed internazionale (p.es. rischi catastrofici quali infezioni diffuse, coperture per particolari categorie professionali altamente esposte o per rischi "tarati").

Una possibile opzione di *policy* per un sistema giuridico, come quello italiano, basato sulla responsabilità è quella di passare ad un sistema "no fault" in cui, per determinate casistiche di eventi, sia previsto un risarcimento standardizzato senza la ricerca e l'attribuzione della colpa². L'opzione, dal punto di vista economico, è attraente quando ci si rende conto che, a livello di sistema, la somma dei costi relativi al contenzioso e di quelli indiretti indotti dalla medicina difensiva risultano essere sproporzionati rispetto alle risorse effettivamente riconosciute ai danneggiati a titolo di risarcimento. Tale opzione presenta, da un lato, il vantaggio di ridurre i costi diversi dai risarcimenti citati sopra e di rasserenare gli operatori sanitari, dall'altro gli svantaggi di una teorica ma possibile deresponsabilizzazione degli operatori, di una minore "selezione" ex-post degli operatori stessi (allontanamento dalla categoria a seguito di errori), di un riconoscimento di risarcimenti anche per casi ove non vi sia un'evidenza di errore.

Qualora si dovesse ritenere, in un sistema giuridico basato sulla responsabilità, che gli orientamenti giurisprudenziali siano eccessivamente avversi nei confronti degli operatori sanitari, le possibili misure di *policy* appaiono essere le seguenti:

² Naturalmente esistono sistemi misti in cui è prevista comunque la possibilità di azione legale da parte del danneggiato con regole che tendono ad evitare liti temerarie o a dissuadere in ogni caso il contenzioso.

- la rivisitazione del concetto di responsabilità, per esempio, attraverso l'introduzione di protocolli che esimano gli operatori dalla responsabilità se essi sono in grado di dimostrare di averli correttamente seguiti;
- la standardizzazione dei criteri di valutazione dei danni con l'introduzione, per esempio, di tabelle di valutazione del danno e la definizione di eventuali limiti ai danni non patrimoniali;
- Il contenimento al ricorso alla giustizia ordinaria tramite meccanismi alternativi di risoluzione del contenzioso³ o la forte disincentivazione delle richieste infondate.

* * *

In conclusione, Signor Presidente e Onorevoli Deputati, ci auguriamo che le nostre valutazioni, i suggerimenti e le informazioni che Vi abbiamo fornito possano essere utili al lavoro della Commissione e restiamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti, precisazioni e integrazioni qualora ve ne fosse la necessità.

³ in Italia è stata già introdotta la mediazione per queste fattispecie.

APPENDICE STATISTICA

RILEVAZIONE STATISTICA ANIA SULLA RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA

L'ANIA dispone da diversi anni di una rilevazione statistica che ha l'obiettivo di monitorare un settore caratterizzato da andamenti tecnici problematici: la copertura assicurativa di responsabilità civile per le strutture sanitarie e per la professione medica. La statistica offre un quadro sintetico del volume premi e della sinistrosità del settore a partire dal 1994, attraverso la costruzione di indicatori tecnici. Tale analisi, come detto, è condotta separatamente per due categorie:

- R.C. strutture sanitarie: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile medica della struttura sanitaria, sia essa pubblica che privata (sono escluse dalla rilevazione le strutture quali case di riposo, laboratori di analisi, centri diagnostici, università);
- R.C. professionale medici: rientrano in questa categoria tutte le polizze che coprono la responsabilità civile professionale dei medici a prescindere dalla loro appartenenza a una struttura sanitaria.

Questa appendice si riferisce in particolare, come richiesto dalla Commissione, alle coperture delle sole strutture sanitarie. Uno degli aspetti oggetto di attenzione nel filone di inchiesta è quello dei rinnovi (e parallelamente delle disdette) delle polizze già esistenti nel corso del 2011. Va preliminarmente detto che negli ultimi anni molte strutture sanitarie, anche attraverso le Regioni di appartenenza, hanno deciso di formulare dei programmi auto-assicurati o con particolari contratti che prevedono la copertura dei sinistri oltre determinate soglie aggregate o individuali. Da una indagine "ad hoc" condotta su un campione di primarie imprese di assicurazione operanti nel settore della r.c. delle strutture sanitarie risulta che solo un numero limitato di polizze è stato disdettato da parte della compagnia (meno del 5%), mentre oltre l'85% dei contratti è stato rinnovato. La parte restante dei contratti esistenti nel 2011, pari a circa il 10%, sono stati disdettati dalla struttura sanitaria in quanto le nuove condizioni tariffarie non sono state ritenute convenienti.

Stima del volume dei premi

La stima dei premi del lavoro diretto italiano per il settore delle strutture sanitarie per il 2010 (ultimo anno disponibile) è pari a 290 milioni di euro che rappresentano il 58% del totale premi del settore della r.c. sanitaria (il restante 42%, ossia circa 210 milioni, è relativo a polizze stipulate dagli esercenti la professione sanitaria). Tale stima per l'intero mercato si basa su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi pari ad un terzo del ramo R.C.generale. Va notato, comunque, che la statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi, alcune delle quali particolarmente attive nel settore.

TAVOLA 1 - PREMI CONTABILIZZATI - STRUTTURE SANITARIE ^(*) (000. euro)

Anno	Premi contabilizzati	Δ %
(1)	(2)	(3)
1994	17.260	
1995	29.249	69,5%
1996	36.428	24,5%
1997	41.673	14,4%
1998	54.687	31,2%
1999	84.036	53,7%
2000	159.323	89,6%
2001	176.486	10,8%
2002	180.269	2,1%
2003	214.691	19,1%
2004	261.897	22,0%
2005	239.634	-8,5%
2006	262.880	9,7%
2007	276.671	5,2%
2008	304.491	10,1%
2009	283.873	-6,1%
2010	290.215	1,5%

(*) Si tratta di una stima ANIA dei premi per il settore mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione rappresentativi circa il 32% della raccolta premi (nel 2010) del ramo R.C. Generale

Stima numero sinistri denunciati e loro costo medio

Come riportato nella Tavola 2, la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane relativi alle strutture sanitarie è nel 2010 pari a 21.353 (circa i due terzi di quelli complessivamente denunciati per il totale settore della R.C. sanitaria) e sostanzialmente in linea rispetto all'anno precedente (-0,6%). Tuttavia se si guarda agli anni precedenti si può osservare che, dopo il decremento registrato nel periodo dal 2000 al 2003 (quasi il 30% in meno), il numero dei sinistri è rimasto costante fino al 2004 (circa 16.500), mentre dal 2008 è tornato a incrementarsi per attestarsi sui livelli toccati nei primi anni del 2000. Suscita pertanto, una certa preoccupazione questo recente trend di crescita, considerando che probabilmente anche il numero delle aziende assicurate è andato progressivamente riducendosi nel tempo per i motivi descritti in precedenza.

TAVOLA 2 - NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI - STRUTTURE SANITA

Anno di protocollo Nazione	Numero sinistri denunciati	%
(1)	(2)	(3)
1994	8.345	
1995	11.411	79,9%
1996	13.028	14,2%
1997	10.672	43,3%
1998	21.078	14,1%
1999	23.261	7,3%
2000	23.240	0,0%
2001	21.811	-5,8%
2002	19.028	-13,2%
2003	16.586	-12,9%
2004	16.356	-1,3%
2005	16.343	-0,1%
2006	16.424	0,5%
2007	16.128	-1,8%
2008	17.746	10,0%
2009	21.476	21,0%
2010	21.353	-0,6%

(*) Si tratta di una stima AREA del numero per l'intero mercato basato su un campione di imprese partecipanti alla rivasitura raggruppato di circa il 22% della raccolta premi (nel 2010) del ramo R.C. Generale

La Tavola 3 mostra, invece, la percentuale dei numeri e degli importi liquidati e riservati rispetto al valore complessivo dei sinistri per anno di protocollazione, cioè rispetto al valore complessivo dei sinistri per ciascun anno di presa in carico della denuncia da parte dell'assicuratore. Le percentuali relative ai sinistri liquidati (numeri e importi) sono relativamente basse per le generazioni più recenti di sinistri è, in genere, incerta sia l'effettiva responsabilità dell'azienda assicurata sia l'entità del danno. Ad esempio, alla fine del primo anno di presa in carico da parte della compagnia (2010), appena il 10% dei sinistri risulta essere liquidato, per un importo inferiore al 4%. Le percentuali crescono poi al crescere dell'anzianità della generazione dei sinistri, attestandosi a valori superiori al 90% per quelle con oltre dieci anni di sviluppo. Vale la pena evidenziare come per i sinistri della generazione 1994, alla fine del 2010, ossia dopo 16 anni, risultano ancora pendenti il 4% dei sinistri per un importo a riserva pari al 9% del totale costo sinistri.

TAVOLA 3 - INCIDENZA % DEL NUMERO E DELL'IMPORTO DEI SINISTRI PROTOCOLLATI AL 31/12/2010 - STRUTTURE SANITARIE

Anno di protocollazione	% Numero dei sinistri liquidati	% Numero dei sinistri Riservati	% Importo dei sinistri liquidati	% Importo dei sinistri Riservati
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1994	96,2%	3,8%	90,9%	9,1%
1995	97,4%	2,6%	94,9%	5,1%
1996	96,6%	3,4%	91,5%	8,5%
1997	95,8%	4,2%	90,4%	9,6%
1998	95,6%	4,4%	90,9%	9,1%
1999	93,1%	6,9%	84,6%	15,4%
2000	91,7%	8,3%	81,9%	18,1%
2001	86,3%	13,7%	74,6%	25,4%
2002	83,9%	16,1%	69,3%	30,7%
2003	81,3%	18,7%	66,9%	33,1%
2004	75,8%	24,2%	58,4%	41,6%
2005	71,2%	28,8%	52,6%	47,4%
2006	66,6%	33,4%	48,5%	51,5%
2007	52,3%	47,7%	36,0%	64,0%
2008	43,5%	56,5%	32,1%	67,9%
2009	29,6%	70,4%	20,7%	79,3%
2010	10,7%	89,3%	3,8%	96,2%

La Tavola 4 riporta per ciascuna generazione di sinistri, l'evoluzione dei loro costi medi man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e, quindi, man mano che le informazioni si consolidano. Accade infatti che, a causa della complessità della valutazione delle menomazioni fisiche e della frequente insufficienza di informazioni disponibili subito dopo il verificarsi dell'incidente, la valutazione del sinistro da parte delle compagnie sia in molti casi sottostimata. A ciò si deve aggiungere l'incertezza nella quantificazione del danno legata alla frequente evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali in materia di entità del danno da risarcire.

TAVOLA 4 - EVOLUZIONE DEL COSTO MEDIO DEI SINISTRI AL 31/12/2010 - STRUTTURE SANITARIE

Anno di protocollazione	AL 31.12.2002	AL 31.12.2004	AL 31.12.2005	AL 31.12.2006	AL 31.12.2007	AL 31.12.2008	AL 31.12.2009	AL 31.12.2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1994	18.227	38.428	35.825	37.632	35.947	36.694	37.080	36.132
1995	13.827	23.868	23.765	27.228	26.982	26.408	26.681	25.911
1996	17.301	24.315	22.778	23.901	22.914	23.138	24.513	24.332
1997	31.282	33.934	31.770	31.663	31.009	35.072	34.388	34.302
1998	16.785	24.135	22.282	32.719	32.378	36.688	36.763	36.311
1999	24.303	29.325	29.325	34.381	34.623	37.721	37.385	37.232
2000	24.409	35.848	35.575	41.765	41.692	42.602	44.596	44.355
2001	25.409	35.833	35.448	40.833	39.935	44.129	45.807	42.944
2002	27.085	35.801	38.809	45.132	44.339	47.073	47.585	46.739
2003		32.808	37.395	43.888	44.035	49.126	50.567	49.264
2004		24.536	32.106	39.723	42.634	49.425	48.100	49.197
2005			27.924	35.727	38.727	45.935	45.287	44.638
2006				31.173	33.214	42.409	42.753	43.025
2007					23.473	36.165	38.463	39.498
2008						28.265	23.639	42.282
2009							24.680	34.832
2010								27.374

Ad esempio, per i sinistri protocollati nel 1994, dopo 8 anni di sviluppo (ossia nel 2002), le imprese di assicurazione avevano stimato mediamente di pagare circa 18.200 euro, mentre a

distanza di 10-12 anni la valutazione si era circa raddoppiata e aveva raggiunto quello che sembra essere oggi il costo medio "ultimo" dei sinistri di quella generazione (circa 36.000 euro). Tale andamento si osserva (talvolta con tempi più rapidi) per tutte le generazioni di sinistri: ad esempio per l'anno di protocollazione 2004 il costo medio dei sinistri si è raddoppiato in soli 4 anni, passando da 24.500 euro nell'anno di denuncia a oltre 49.000 euro alla fine del 2008⁴. I dati di Tavola 4 dimostrano la peculiarità dell'evoluzione dei sinistri in questo settore: nonostante le imprese di assicurazione applichino tutti i rigorosi principi normativi e regolamentari per la stima delle riserve sinistri, negli anni vi è quasi sempre stata la necessità di rivedere al rialzo le stime degli importi riservati con un conseguente deterioramento dei conti tecnici per i sinistri già accaduti in anni precedenti. Questo aspetto, peraltro, non deve essere considerato un'anomalia del mercato italiano; in tutti i principali paesi risulta che le stime iniziali dei danni che implicano delle lesioni fisiche registrino necessariamente degli aumenti nel tempo proprio perché la giurisprudenza e i vari Tribunali riconoscono, con il passare del tempo, importi via via più elevati, con un tasso di crescita che supera di molto il normale indice di inflazione generale del costo della vita. Le stime attuariali, pur considerando tutti i possibili aspetti legati sia all'emergere di sinistri accaduti ma non ancora denunciati sia all'eliminazione di sinistri che vengono poi chiusi senza pagamento (cosiddetti "senza seguito") non sono stati efficaci nel prevedere come può evolvere la giurisprudenza in periodi temporali anche estesi (fino e oltre a 15 anni di tempo). Anche l'inclusione di elementi cautelativi e conservativi nel processo di stima del costo ultimo dei sinistri, si è di fatto dimostrato costantemente insufficiente a coprire la reale evoluzione del costo dei sinistri.

Stima rapporti sinistri a premi ("S/P")

Sono gli andamenti in forte crescita del costo dei risarcimenti, congiuntamente con il numero elevato delle denunce che le imprese registrano ogni anno, a determinare risultati molto negativi per i conti tecnici del settore e, quindi, valori particolarmente elevati del

⁴ Secondo uno studio condotto da Marsh & McLennan "3° Edition medical claims analysis of Marsh clients public hospital" risulta che l'importo pagato medio dei sinistri denunciati dal 2004 al 2010 è pari a circa 27 mila euro che si confronta con i circa 30 mila euro rilevato dall'ANIA e un importo riservato medio degli stessi sinistri pari a 44 mila euro (che coincide pressoché con quanto rilevato dall'ANIA). Si precisa, inoltre, che i dati associativi, ancorché stimati, si riferiscono alla totalità delle coperture per tutte le strutture sanitarie (sia pubbliche che private) mentre il dato rilevato dallo studio Marsh fa riferimento a un campione dei soli ospedali pubblici.

rapporto sinistri a premi. Anche in questo caso, per una corretta valutazione dell'andamento del settore assicurativo oggetto di questa analisi, occorre osservare lo sviluppo del rapporto sinistri a premi nei diversi anni. Nella Tavola 5 sono riportati i rapporti sinistri a premi (e la loro evoluzione nel tempo) per le varie generazioni di sinistri analizzate per il settore della r.c. strutture sanitarie.

TAVOLA 5 - RAPPORTO "SINISTRI / PREMI" AL 31/12/2010 - STRUTTURE SANITARIE
Media 2010: 175%

Anno di protocollo sinistri	AL 31.12.2002	AL 31.12.2004	AL 31.12.2005	AL 31.12.2006	AL 31.12.2007	AL 31.12.2008	AL 31.12.2009	AL 31.12.2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1994	268%	329%	315%	311%	312%	315%	309%	311%
1995	210%	230%	240%	240%	217%	210%	229%	210%
1996	227%	227%	223%	222%	220%	227%	222%	222%
1997	262%	405%	388%	408%	385%	417%	403%	409%
1998	180%	444%	417%	488%	387%	477%	406%	488%
1999	198%	315%	315%	408%	302%	412%	406%	408%
2000	152%	229%	229%	207%	231%	260%	231%	247%
2001	165%	218%	212%	209%	199%	234%	227%	209%
2002	188%	229%	229%	260%	229%	234%	216%	310%
2003		307%	190%	214%	169%	173%	176%	214%
2004		129%	148%	154%	140%	138%	139%	134%
2005			137%	116%	142%	125%	127%	116%
2006				118%	140%	138%	135%	128%
2007					118%	112%	106%	98%
2008						100%	146%	137%
2009							139%	165%
2010								159%

Al 31 dicembre del 2010 il rapporto medio dei sinistri a premi per le varie generazioni è pari ad oltre il 175%. Relativamente alla generazione più recente si nota che il rapporto si attesta al 159%. Ciò significa che solo per il pagamento dei sinistri (e quindi escludendo tutte le altre spese che le compagnie debbono sostenere per l'assunzione e la liquidazione dei danni, nonché le spese generali) per ogni 100 euro di premi incassato, il settore assicurativo registra quasi 160 euro di costi. Per quanto riguarda l'evoluzione del rapporto S/P, man mano che la percentuale di sinistri liquidati aumenta e che le informazioni sui sinistri diventano più consolidate, si notano due distinti fenomeni:

- per le generazioni di sinistri protocollati dal 1994 al 2003, il rapporto sinistri a premi valutato al 31 dicembre 2010 ha assunto valori assolutamente estremi: dal 216% della generazione 1995 al 409% della generazione 1997 e addirittura 469% per quella del 1998;
- dalla generazione 2004 in poi il rapporto tra sinistri e premi è risultato più contenuto, pur restando su livelli certamente insostenibili. In particolare, i valori variano in un

intervallo compreso tra il 96% relativo all'anno di protocollazione 2007 e il 161% dell'anno di protocollazione 2009.

Questa differenza tra generazioni di sinistri potrebbe essere determinata dal progressivo miglioramento da parte delle imprese nella capacità di stima e di previsione dei trend in atto nel settore.

ALTRE STATISTICHE SUL SETTORE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE DELLE STRUTTURE SANITARIE

L'unica altra analisi pubblicata sui sinistri afferenti alla responsabilità civile delle strutture sanitarie è quella condotta⁵ da Marsh S.p.A., primario broker assicurativo, relativa al proprio portafoglio clienti di strutture sanitarie pubbliche in Italia. Resta inteso che questi dati e la loro proprietà appartiene esclusivamente a Marsh S.p.A. e il loro utilizzo è subordinato all'autorizzazione della società stessa. Per qualsiasi approfondimento va quindi contattata la società. Di seguito viene riportato il costo sinistri complessivo per le strutture sanitarie rapportato ad alcuni indicatori tratto dallo studio come riportato da alcune notizie stampa:

- 72€ per ricovero (131€ per le cliniche ortopediche, 67€ per gli ospedali universitari);
- 2,688€ per numero di letti;
- 4,569€ per numero di medici;
- 1,959€ per numero di infermieri.

⁵ Studio di Marsh & McLennan "3° Edition medical claims analysis of Marsh clients public hospital"