

REPORT MEDMAL

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





In uno scenario in cui la sanità continua ad affrontare sfide significative, prevenire e mitigare il rischio da medical malpractice è una priorità strategica chiave per incrementare la sicurezza dei pazienti e la resilienza delle aziende e dei professionisti che operano nel settore.

MARCO ARALDI

co-Chief Executive Officer, Marsh Italia, e
Country Corporate Officer, Marsh McLennan Italia

Contents

INTRODUZIONE ED EXECUTIVE SUMMARY

SANITÀ PUBBLICA

01	CAMPIONE DI RIFERIMENTO	7
	1.1 Selezione dei dati	7
	1.2 Sinistri senza seguito	10
02	ANALISI DELLE FREQUENZE	13
	2.1 Andamento medio annuo dei sinistri per struttura	13
	2.2 Stato delle pratiche e velocità di apertura/chiusura	14
	2.3 Tipologie di procedimento	16
	2.4 Tipologie di danno	18
	2.5 Eventi denunciati	19
	2.6 Aree di rischio	22
	2.7 Unità operative	23
03	ANALISI ECONOMICA	27
	3.1 Costo dei sinistri	27
	3.2 Importo liquidato	32
	3.3 Importo riservato	37
	3.3 Costo per tipologia di struttura	39
	3.4 Top claims	40
04	APPROFONDIMENTI	43
	4.1 Le infezioni nosocomiali	44
	4.2 Gli eventi in pronto soccorso	51
	4.3 I sinistri da Covid-19	56
05	INDICATORI DI RISCHIO	63

SANITÀ PRIVATA

01	CAMPIONE DI RIFERIMENTO	71
	1.1 Selezione dei dati	71
02	ANALISI DELLE FREQUENZE	73
	2.1 Aree a maggior rischio	73
	2.2 Stato e tipologia delle pratiche	75
03	ANALISI ECONOMICA	77
	3.1 Importi Medi	77
	3.2 Top claims	78
04	APPROFONDIMENTI	79
	4.1 Le residenze sanitarie assistenziali	79
05	INDICATORI DI RISCHIO	83

Introduzione ed Executive Summary

Ogni anno Marsh presenta al mondo della Sanità il **Report MedMal**, una fotografia dei sinistri di un campione di Aziende Sanitarie pubbliche e private.

I benefici attesi da tale studio, ormai giunto alla dodicesima edizione, sono sia di carattere quantitativo, nella misura in cui vengono presentati i dati relativi alle richieste risarcitorie, sia qualitativo ponendosi dunque come strumento per supportare le aziende a definire il proprio profilo di rischio e ad orientare le scelte strategiche nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti, della prevenzione di eventi avversi che possono compromettere la sicurezza dei pazienti e generare contenziosi, del contenimento del rischio con specifiche azioni di clinical risk management e/o del suo trasferimento al mercato assicurativo. Azioni che esprimono un costante impegno volto ad evitare l'aggravio dei costi per i bilanci aziendali.

L'obiettivo che si pone il Report MedMal è, quindi, fornire alle aziende sanitarie un valido strumento per orientare le strategie di gestione del rischio, definire in modo più mirato le priorità e ridurre i costi aziendali legati alla gestione operativa del sinistro e imputabili alle richieste risarcitorie da medical malpractice.

L'approccio metodologico utilizzato per lo sviluppo di tale Report si basa sull'analisi dei sinistri da Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera, trasmessi chiaramente in forma anonima, delle Aziende Sanitarie pubbliche e private dislocate sull'intero territorio nazionale.



All'analisi del database generale segue l'isolamento e l'approfondimento dei sinistri strettamente inerenti alla medical malpractice analizzandone ogni sfaccettatura quale area coinvolta, processo interessato, conseguenze sul danneggiato, danno economico e correlato danno d'immagine delle Aziende oggetto dello studio, ecc...

Come di consueto, il report si compone di due sezioni indipendenti per la sanità pubblica e privata che contengono le analisi specifiche per settore, nelle quali saranno dettagliati gli aspetti metodologici, le caratteristiche dei campioni considerati e i risultati delle analisi economiche e di frequenza.

Considerata la quota elevata di denunce senza seguito rilevata nei database oggetto dello studio, pari a 12.602 casi su un totale di 29.941 sinistri denunciati (considerando gli anni di denuncia dal 2004 al 2019, con l'esclusione dei sinistri il cui stato pratica risulta non identificato), tale edizione del report contiene uno specifico focus su tali sinistri che, pur non implicando un esborso a titolo di risarcimento del danno, rappresentano comunque un onere per le strutture sanitarie.

Al fine di integrare sempre più le informazioni fornite, saranno inoltre sviluppati nel report tre focus specifici, riguardanti aree tematiche considerate di maggior rilievo sulla base dell'andamento dei rischi clinici, quali:

- **Infezioni Nosocomiali:** sono un importante problema di sanità pubblica sia per le gravi ripercussioni sul paziente sia per l'impegno del sistema sanitario che deve impiegare risorse aggiuntive quanto per la salvaguardia, cura e ripristino dello stato di salute tanto per ciò che attiene il controllo di qualità delle prestazioni erogate dai professionisti sanitari, se si considera che una buona parte di infezioni nosocomiali è prevenibile attraverso procedure assistenziali di ampia diffusione (igiene mani, rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, disinfezione, sterilizzazione dei presidi sanitari, ecc.). Il focus in oggetto fornirà, inoltre, alcuni dettagli sulle prevalenti tipologie di infezioni denunciate per le quali sarà calcolato uno specifico tasso di rischio.
- **Eventi in Pronto Soccorso:** le caratteristiche peculiari del Pronto Soccorso relative ai servizi erogati e alle attività svolte al suo interno lo rendono particolarmente a rischio per errori, eventi avversi e quindi potenzialmente richieste di risarcimento danni. La maggior parte degli errori che si rilevano in tale U.O. riguarda la diagnosi e produce spesso gravi conseguenze in termini di invalidità permanente o di decessi. In tale focus si approfondiranno dunque le diverse tipologie di errore che possono incorrere durante la fase di formulazione della diagnosi e le loro conseguenze sul percorso del paziente.
- **Sinistri da Covid-19:** dall'osservatorio Marsh, allo stato attuale, si registra un numero complessivamente ancora limitato di richieste risarcitorie per Covid-19 o correlate a quelli che possono definirsi effetti "secondari" del Covid da parte degli utenti del sistema sanitario. Tuttavia tale approfondimento condotto sia sul settore pubblico che privato, includendo anche i dati sui danni agli operatori, ha permesso di evidenziare come la pandemia e i suoi risvolti sul sistema sanitario abbiano generato diverse tipologie di sinistro.



SANITÀ PUBBLICA

A modern, curved hallway with large glass windows and a polished floor, overlaid with a blue tint. The text 'SANITÀ PUBBLICA' is centered in white. The hallway features a curved glass railing and a ceiling with recessed lighting. The overall atmosphere is clean and professional.



Campione di Riferimento

1.1 SELEZIONE DEI DATI

Il campione delle Aziende Sanitarie incluse nell'analisi sull'andamento del rischio da medical malpractice (Medmal Report) presenta negli anni una diversa composizione. Il fine che ogni edizione del Report si pone, infatti, è quello di incrementare la qualità e quantità di dati e quindi il numero di Aziende Sanitarie che rientrano in questo studio, al fine di fornire una statistica sempre più completa della sinistrosità a livello nazionale.

La dodicesima edizione del Report MedMal vede l'adesione allo studio di nuove Aziende Sanitarie, non perché clienti Marsh ma in virtù di un rapporto di scambio reciproco di informazioni e condivisione di know how.

Il coinvolgimento di nuove strutture sanitarie e la condivisione dei dati sui sinistri da medical malpractice permette di delineare con maggior precisione il profilo generale di rischio e fornire un supporto concreto alle politiche di risk management.

In questa edizione sono analizzati i sinistri di 67 strutture appartenenti complessivamente a 15 diverse Regioni italiane, con distribuzione in tutta Italia e prevalentemente al centro - nord.

A seconda della tipologia di servizi offerti, le strutture si suddividono nelle seguenti categorie:

- **Presidi di primo livello (ASL, AUSL, ATS):** aziende che offrono assistenza sanitaria di base e servizi territoriali;
- **Aziende Ospedaliere di secondo livello:** strutture eroganti assistenza sanitaria specialistica, che includono servizi di terapia intensiva e prendono in carico pazienti complessi;
- **Aziende Ospedaliere Universitarie:** strutture che erogano servizi sanitari oltre a svolgere attività accademica e di ricerca;
- **Ospedali specializzati:** strutture che si rivolgono a una determinata categoria di utenza (cardiologica, ortopedica, materno-infantile, geriatrica, neurologica).

Rispetto alla scorsa edizione, la composizione del campione relativamente alle tipologie di strutture si è modificata proprio in virtù della partecipazione di nuove Aziende Sanitarie. L'undicesima edizione del Report, infatti, aveva rilevato una maggiore incidenza delle Aziende Sanitarie di secondo livello e universitarie, che nell'attuale dodicesima edizione è invece diminuita a favore delle strutture di primo livello e mono specialistiche.

La differente composizione del campione, a cui è strettamente correlata la variabilità della tipologia delle prestazioni erogate e dei pazienti, fa variare il profilo di rischio sia in termini di numerosità dei sinistri che di impatto sul numero medio di richieste di risarcimento registrate ogni anno per struttura.

La tabella riportata di seguito permette un confronto sulla composizione del campione tra le ultime due edizioni del report.

Tabella 1.1 Composizione del campione per tipologia di Azienda Sanitaria

Tipologia di Azienda	Incidenza sul campione complessivo 2021	Incidenza sul campione complessivo 2020
Primo livello	53,7%	50,0%
Secondo Livello	23,9%	28,8%
Universitario	13,4%	15,2%
Mono specialistica	9,0%	6,1%

Il perimetro del campione fornito dalle Aziende Sanitarie di tale studio è relativo ai sinistri da Responsabilità civile verso Terzi/Prestatori d'opera (RCT/O) con anno di denuncia dal 2004 al 2020, aggiornati ai primi mesi del 2021. A partire da tali dati è stato costruito il database della dodicesima edizione del Report MedMal che conta complessivamente 30.930 sinistri.

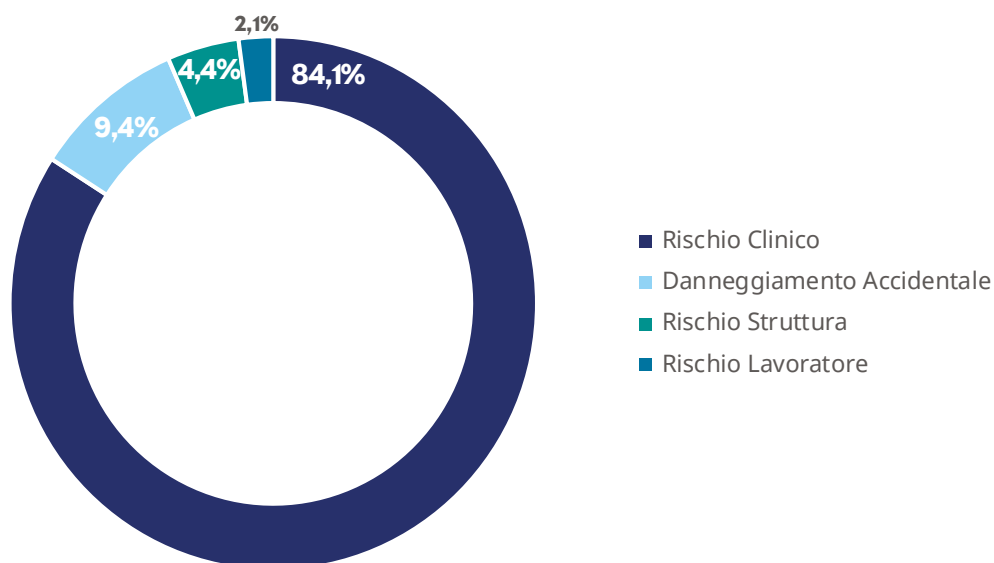
Le richieste di risarcimento danni riferite alla RCT/O comprendono le seguenti classi di rischio:

- **Rischio clinico:** eventi avversi o presunti tali che incorrono durante il percorso di cura del paziente, dalla diagnosi al trattamento fino alla presa in carico delle strutture territoriali;
- **Rischio professionale:** eventi a danno del personale sanitario quali infortuni, mobbing, malattie professionali, aggressioni;
- **Rischio strutturale:** danni derivanti da elementi e caratteristiche strutturali permanenti o mobili presenti all'interno delle aree di competenza aziendali;
- **Danneggiamento accidentale:** danni a oggetti personali, furti, smarrimenti.



Si riporta nel grafico la composizione dei rischi RCT/O nel campione complessivo di sinistri.

Grafico 1.1 Classi di rischio (campione complessivo)



Come si osserva nel grafico grafico 1.1, l'84% delle richieste di risarcimento pervenute afferisce alla categoria del rischio clinico. La seconda fonte di rischio è il danneggiamento accidentale di oggetti personali (9,4%) seguito dal rischio strutturale (4,4%). Gli eventi denunciati in seguito a danni subiti da operatori sono il 2% del campione.

In considerazione dell'obiettivo che tale edizione del Report si pone, la classe di rischio su cui verrà focalizzata l'analisi che segue è relativa al Rischio Clinico, considerando quindi tutte le richieste di risarcimento attribuibili ad eventi o presunti tali che incorrono durante il percorso di cura del paziente.

Sono esclusi, quindi, dall'analisi gli eventi appartenenti alle categorie danneggiamento accidentale, rischio lavoratore e i danni a terzi/visitatori.

Al fine di concentrarsi sui sinistri di effettivo interesse per le aziende sanitarie, inoltre, si sono escluse le richieste con importo inferiore a 500 € o non valorizzate, i sinistri senza seguito (il cui stato pratica non risulta identificato) e sono stati individuati ed eliminati gli *outliers*, ovvero i dati parziali o anomali che si presentano disomogenei rispetto agli altri dati osservati e che tipicamente si trovano nelle annualità iniziali o finali del periodo considerato.

Ulteriore esclusione dal perimetro è relativa agli eventi denunciati nell'anno 2020, non considerati in quanto troppo recenti e non consolidati, soprattutto dal punto di vista della quantificazione economica delle riserve. I sinistri selezionati sono stati riclassificati e resi omogenei nei campi di analisi al fine di poter operare statistiche e benchmark. Il campione così composto comprende i seguenti dati di struttura e attività:

Tabella 1.2 Volumi di attività e dimensione del campione

N. sinistri selezionati	14.439
Sinistri medi annui	902
Personale sanitario	169.285
Medici	29.406
Infermieri	72.477
PL	42.853
Ricoveri	1.543.947

NOTA TECNICA: la riclassificazione degli eventi avversi è stata operata a partire dalle descrizioni dei sinistri, laddove presenti, in modo da farli rientrare nelle categorie che saranno descritte nell'apposita sezione ("Eventi denunciati"). Un maggiore dettaglio in fase di raccolta dati consente una più precisa collocazione degli eventi all'interno delle categorie di danno. I database riclassificati delle singole aziende possono inoltre costituire la base per impostare analisi di rischio mirate e specifiche..

1.2 SINISTRI SENZA SEGUITO

Nella selezione del campione si è scelto di escludere i sinistri con valore inferiore a 500 €, non considerando dunque nel conteggio totale le pratiche senza seguito, che non prevedono alcun esborso economico.

Occorre comunque considerare che, seppur in assenza di una effettiva perdita a titolo di risarcimento del danno cagionato, i sinistri senza seguito rappresentano un onere dal punto di vista sia gestionale che economico proprio in virtù dell'impiego di tempo e risorse umane dedicate al loro governo.

Il costo effettivo dei sinistri non è infatti rappresentato solo dal valore del liquidato, che pure può rappresentarne la quota maggiore, ma anche dai costi connessi alla gestione delle pratiche, quali a titolo d'esempio il coinvolgimento di professionisti dedicati, l'utilizzo di eventuali avvocati interni o esterni alla struttura, l'impiego di tempo da parte del personale preposto, ecc...

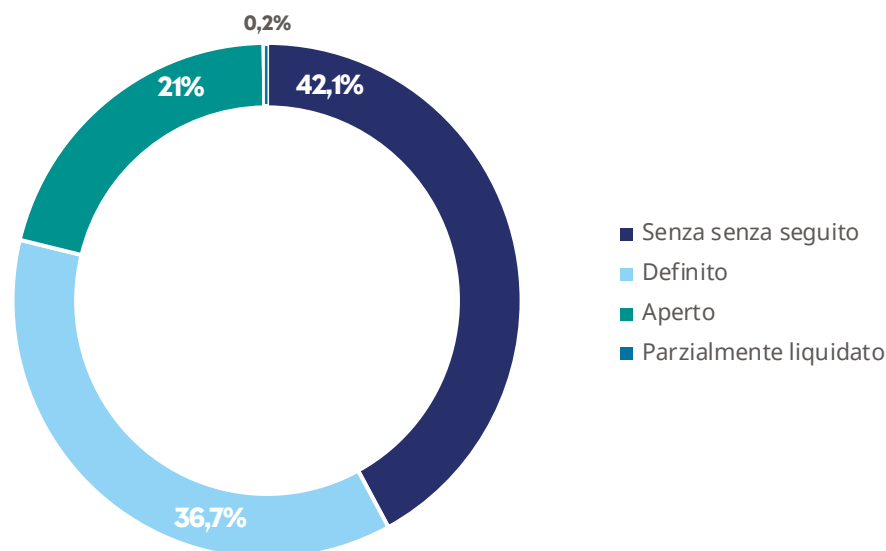
Si pensi infatti che il tempo medio di gestione di un sinistro senza seguito, includendo la totalità dei sinistri RCT/O, è superiore al tempo medio di liquidazione di una pratica ove venga accertata la responsabilità dell'ente.

Tabella 1.3 Tempo medio di chiusura delle pratiche

Stato delle pratiche	Tempo medio di chiusura (espresso in anni)
Definito	2,1
Senza seguito	2,7

Le pratiche senza seguito costituiscono, inoltre, una quota rilevante di richieste di risarcimento che pervengono alle Aziende Sanitarie, con il 42% di incidenza sul totale dei sinistri.

Grafico 1.2 Stato delle pratiche (campione complessivo)



A ulteriore conferma della complessità di gestione implicata dalle pratiche senza seguito, si evidenzia che il 42% delle stesse è relativo a errori chirurgici e diagnostici, e le prime fonti di rischio sono riferibili al rischio clinico in modo analogo a quanto avvenga per le pratiche riservate o liquidate (si vedrà il dettaglio sulle pratiche aperte e chiuse nella sezione dedicata agli eventi denunciati).

Tabella 1.4 Eventi denunciati – pratiche senza seguito

Evento denunciato - pratiche senza seguito	% sul totale delle pratiche senza seguito
Errore chirurgico	21,6%
Errore diagnostico	20,3%
Caduta accidentale	13,6%
Errore terapeutico	12,1%
Infezione	4,8%
Furto/smarrimento	4,6%
Danni a cose	4,2%
Errore procedure invasive	3,8%
Livello di servizio	2,7%
Infortunio/malattia professionale	2,1%
Errore da parto/cesareo	2,0%
Errore anestesilogico	1,9%
Danni a persone	1,4%
Malfunzionamento macchinari, dispositivi o materiali	1,0%
Errore di prevenzione	0,9%
Errore assistenziale	0,8%
Aggressione	0,6%
Errore farmacologico	0,6%
Errore trasfusionale	0,4%
Autolesione/suicidio	0,4%
Mobbing/lesione diritti del lavoratore	0,1%
Errore amministrativo	0,1%





Analisi delle frequenze

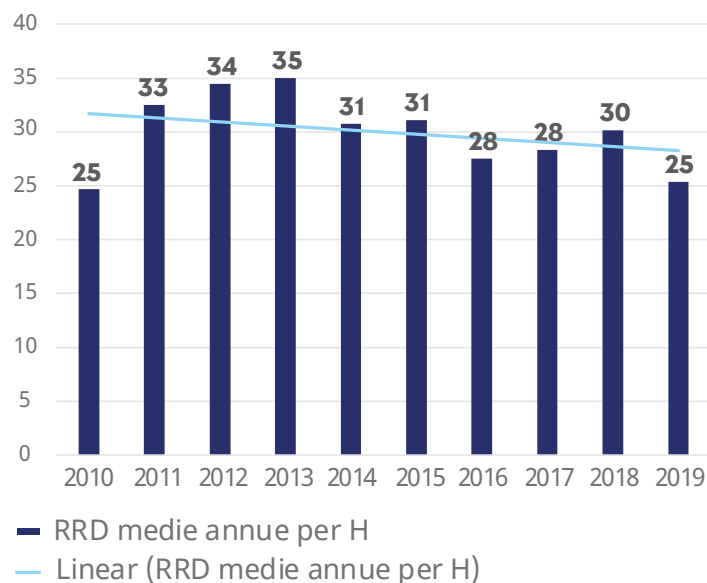
2.1 ANDAMENTO MEDIO ANNUO DEI SINISTRI PER STRUTTURA

Il campione oggetto d'analisi è costituito da 67 Aziende Sanitarie diverse per dimensione, complessità e ambiti d'intervento, la cui numerosità varia nei diversi anni di analisi a seconda della disponibilità dei dati e della loro completezza.

Per questi motivi, nell'osservare l'andamento dei sinistri per anno di denuncia, si è proceduto a calcolare la media di richieste di risarcimento per singola struttura considerando il periodo 2010-2019.

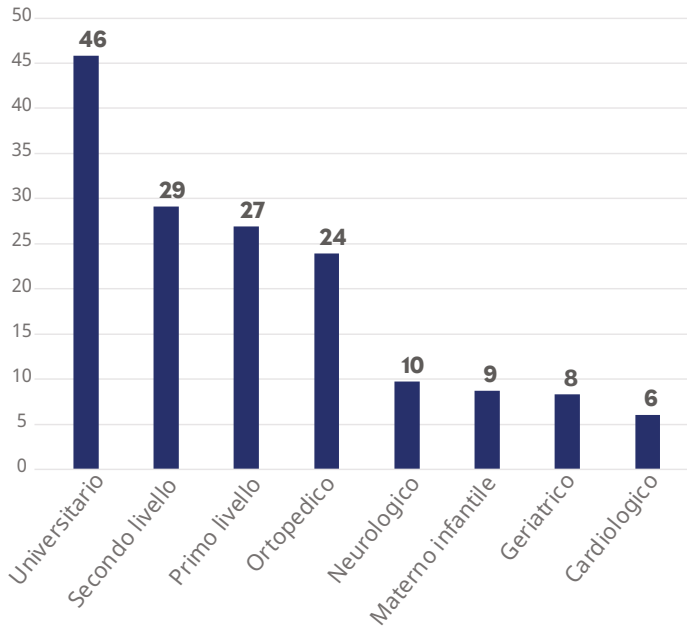
I sinistri osservati in media all'anno per struttura sono trenta con un trend che per il periodo analizzato corrisponde complessivamente al -1,3%. Il numero medio di richieste di risarcimento avanzato annualmente per singola struttura calcolato in questa edizione del report risulta inferiore a quanto precedentemente osservato (35 RRD) conseguentemente a quanto già premesso rispetto alla composizione del campione.

Grafico 2.1 Andamento delle richieste di risarcimento danni: numero medio per struttura



Le Aziende Sanitarie di primo livello e mono specialistiche, presenti quest'anno in quota maggiore, registrano infatti un numero di sinistri annui mediamente inferiore alle Aziende Ospedaliere Universitarie e di secondo livello come si osserva nel grafico.

Grafico 2.2 Sinistri medi annui per tipologia di struttura

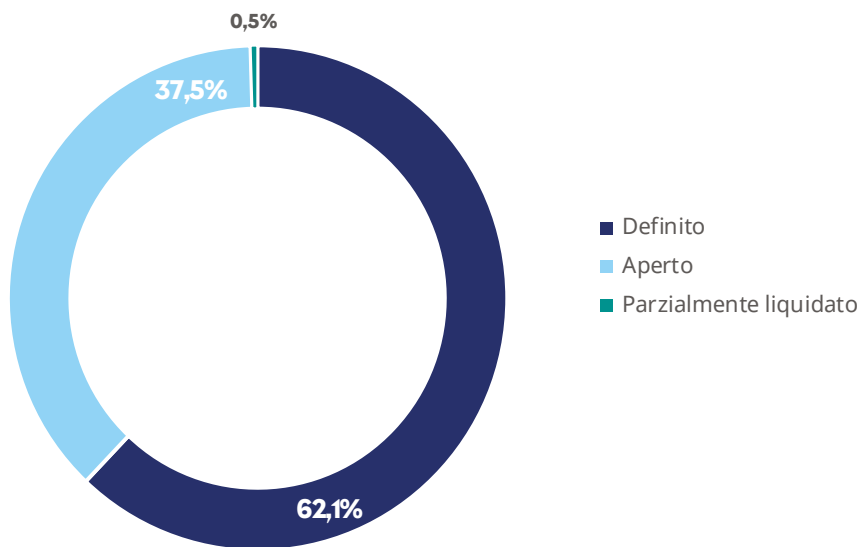


2.2 STATO DELLE PRATICHE E VELOCITÀ DI APERTURA/CHIUSURA

L'analisi dello stato delle pratiche rileva una maggiore presenza di pratiche definite (ovvero liquidate) rispetto a quelle aperte (ovvero con importo a riserva). Il 62% dei sinistri analizzati corrisponde infatti a pratiche concluse con liquidazione di un importo al danneggiato.

Le percentuali sono simili a quanto osservato nella precedente edizione del report (pratiche definite: 61%; pratiche aperte: 38,6%). Si sottolinea, inoltre, una percentuale piuttosto bassa, pari allo 0,5%, di sinistri parzialmente liquidati.

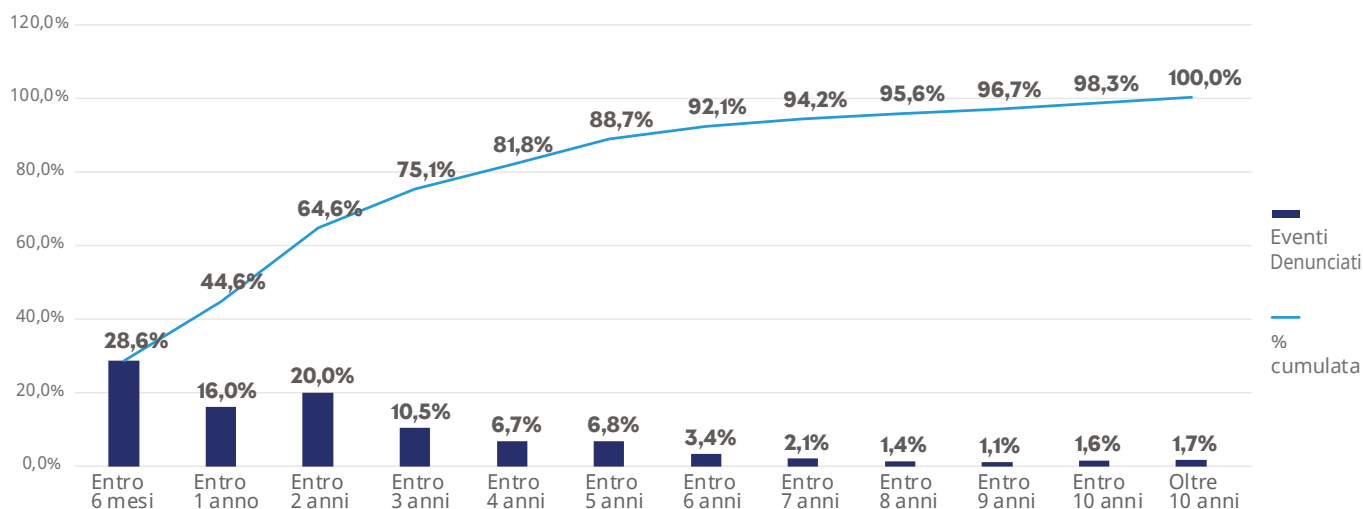
Grafico 2.3 Distribuzione percentuale dello stato della pratica



Per quanto riguarda i tempi di apertura dei sinistri, circa il 29% degli eventi avversi dà luogo ad una richiesta di risarcimento danni entro 6 mesi dalla data di accadimento ed entro 5 anni 9 pratiche su 10 vengono denunciate.

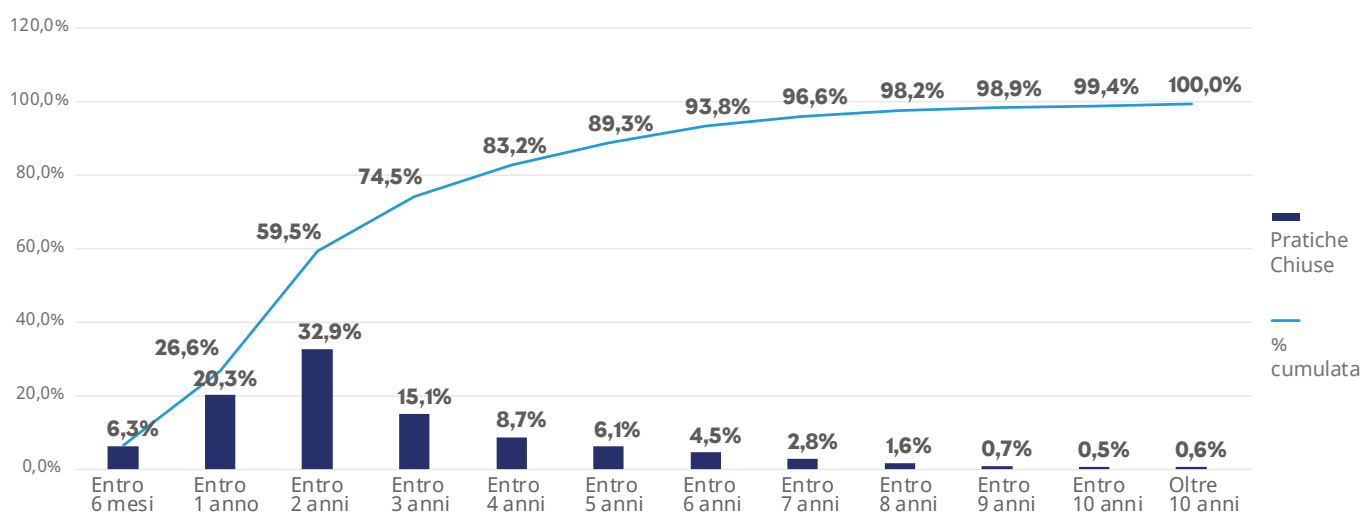
I tempi calcolati risultano leggermente superiori a quanto osservato nella precedente edizione del Report. Il tempo medio di apertura di un sinistro è 2,7 anni dal verificarsi dell'evento lesivo.

Grafico 2.4 Velocità di denuncia



Dal momento dell'apertura circa il 27% delle pratiche viene gestito entro 1 anno, per arrivare quasi al 90% entro 5 anni. Il tempo medio di chiusura delle pratiche relative agli eventi appartenenti all'area rischio clinico, con liquidazione, è di 2,3 anni.

Grafico 2.5 Velocità di chiusura



2.3 TIPOLOGIE DI PROCEDIMENTO

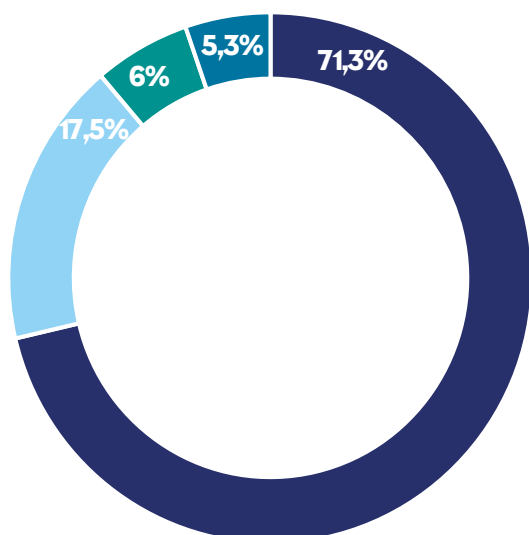
Le richieste di risarcimento avanzate nei confronti delle Aziende Sanitarie sono gestite tramite procedimenti di diversa natura. Sulla base della disponibilità di tale informazione nei differenti database delle aziende, i sinistri sono stati suddivisi nelle seguenti categorie:

- **Procedimenti stragiudiziali:** pratiche risolte senza il ricorso all'autorità giudiziale;
- **Procedimenti civili:** pratiche discusse e gestite in sede civile;
- **Procedimenti penali:** pratiche discusse e gestite in sede penale;
- **Mediazioni:** pratiche risolte in mediazione, conciliazione o ADR (Alternative Dispute Resolution).

I procedimenti stragiudiziali rappresentano la maggioranza sul totale delle richieste analizzate, con una percentuale pari a 71,3% (in calo rispetto alla precedente edizione, quando si attestavano al 73,3%).

I procedimenti giudiziari (civili più penali) sono complessivamente il 23,5% mentre il ricorso alla mediazione è tuttora piuttosto limitato, seppur in aumento rispetto a quanto osservato nella precedente edizione (5,3% rispetto a 4,6%).

Grafico 2.6 Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento



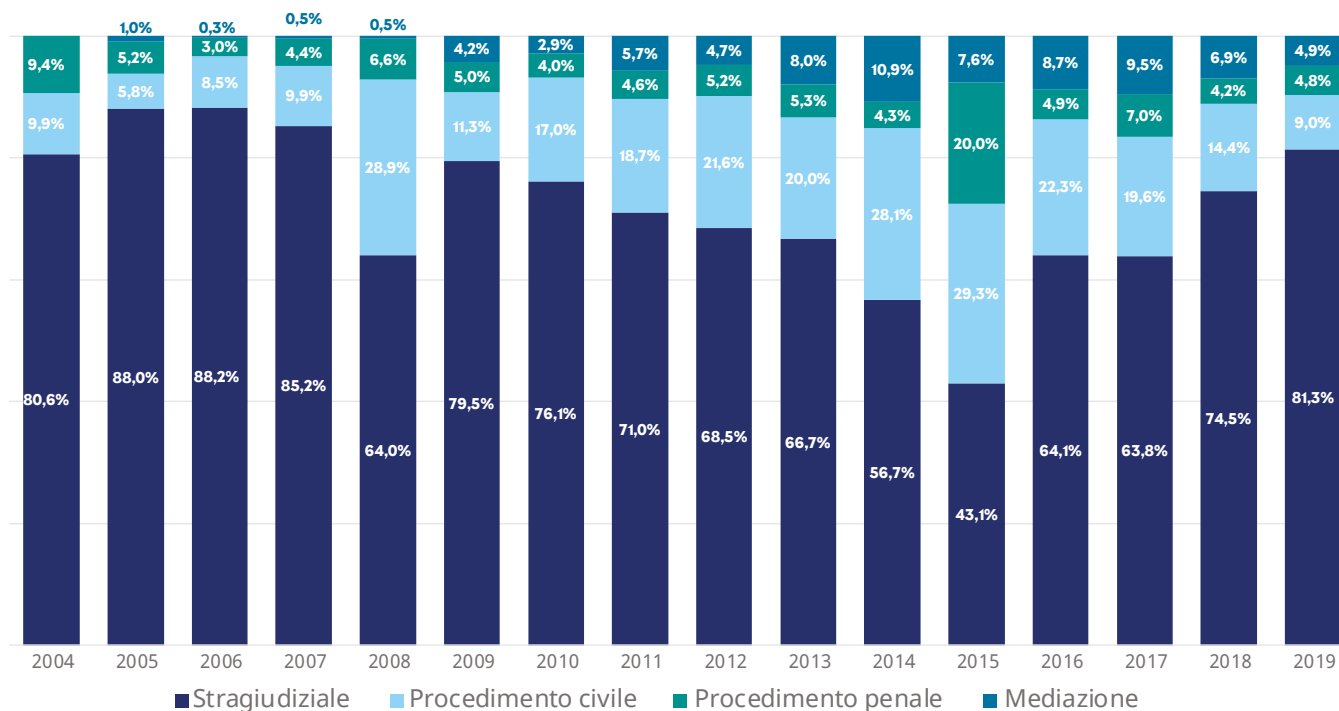
- Stragiudiziale
- Procedimento civile
- Procedimento penale
- Mediazione

NOTA TECNICA: Le pratiche indicate come ATP (Accertamento Tecnico Preventivo ai sensi degli articoli 696 e 696 bis c.p.c.) sono state invece ricomprese all'interno dei procedimenti civili.



Osservando la distribuzione delle tipologie di procedimento nelle annualità considerate emerge, in linea con quanto osservato nel corso delle precedenti edizioni del Medmal Report, un progressivo aumento dei procedimenti civili fino al picco del 2015, seguito poi da andamenti che si conformano alla media calcolata sull'intero periodo.

Grafico 2.7 Andamento percentuale per anno di denuncia delle tipologie di procedimento



Come già osservato nelle precedenti edizioni di questo report - e come ci si può aspettare data la diversa complessità dei fattori coinvolti - le pratiche stragiudiziali sono quelle che richiedono il minor tempo di gestione per giungere al momento transattivo (1,9 anni). I tempi maggiori si evidenziano invece per la definizione dei procedimenti civili (4 anni in media dal momento dell'apertura del sinistro).

Tabella 2.1 Tempi medi di chiusura per tipologia di procedimento

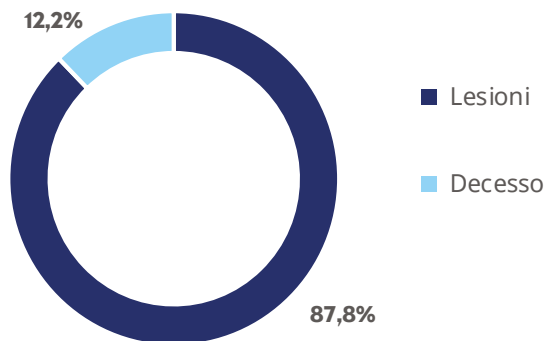
Tipologia di procedimento	Tempo medio di chiusura delle pratiche (in anni)
Procedimento civile	4,0
Procedimento penale	3,4
Mediazione	2,4
Stragiudiziale	1,9

2.4 TIPOLOGIE DI DANNO

Come sottolineato in premessa, l'obiettivo del MedMal Report è analizzare i sinistri da medical malpractice, escludendo tutti i danni che non siano direttamente collegati al percorso di cure del paziente.

Le tipologie di danno analizzabili in tale contesto sono dunque limitate a decessi e lesioni a danno di paziente, che si configurano sul totale del campione con le percentuali indicate nel grafico 2.8.

Grafico 2.8 Distribuzione percentuale delle tipologie di danno



Su tali tipologie di danno sono stati analizzati i tempi di apertura e chiusura. Se i tempi medi di apertura delle pratiche risultano sovrapponibili per ogni tipologia di danno considerato, per quel che riguarda i tempi medi di chiusura i sinistri aperti per lesioni sono gestiti più velocemente, richiedendo in media circa un anno in meno per la liquidazione rispetto ai casi di decesso.

Tabella 2.2 Tempi medi di apertura e chiusura delle pratiche per tipologia di danno

Danno cagionato	Tempo medio di apertura dei sinistri (in anni)	Tempo medio di chiusura dei sinistri (in anni)
Lesioni	2,3	2,4
Decesso	2,3	3,5



2.5 EVENTI DENUNCIATI

Esiste la possibilità che un paziente subisca un danno imputabile alle cure sanitarie prestate, che comporti morte, peggioramento dello stato di salute o prolungamento della degenza nella struttura sanitaria. Durante il processo clinico - assistenziale del paziente, infatti, possono verificarsi degli eventi avversi ossia eventi inattesi che comportano un danno non intenzionale e indesiderabile.

Oltre alle conseguenze immediate sui pazienti, tali eventi possono condurre degli effetti negativi anche sulle aziende sanitarie in termini di costi e rischi legati ad un possibile prolungamento della degenza e dispersione di risorse umane ed economiche laddove il danno sfoci in un sinistro i cui costi e tempi di gestione diventano un onere per le aziende sanitarie.

Essere dotati di un sistema strutturato di prevenzione e monitoraggio degli eventi avversi è dunque di cruciale importanza ai fini della loro prevenzione, mitigazione e gestione.

Di fianco si riporta la classificazione utilizzata per l'analisi dei sinistri e la relativa descrizione.



Tabella 2.3 Classificazione eventi avversi

Classificazione evento	Descrizione
Aggressione	Aggressione a danno un paziente all'interno delle aree di pertinenza aziendali
Autolesione/ suicidio	Atti lesivi auto rivolti, comportamenti suicidari
Caduta accidentale	Caduta di paziente presso i reparti, le camere di degenza o nelle aree comuni e di pertinenza aziendali
Danni a persone	Altri danni cagionati al paziente all'interno della struttura e durante il percorso di cure
Errore anestesilogico	Danno conseguente a procedure anestesilogiche
Errore assistenziale	Eventi che evidenziano l'inappropriatezza dell'assistenza al paziente in termini di cure o professionisti dedicati
Errore chirurgico	Errate procedure o complicanze in sede di intervento chirurgico o che si presentano come diretta conseguenza di quest'ultimo
Errore da parto/ cesareo	Lesione, decesso o altri danno cagionato alla madre e/o al nascituro durante l'espletamento del parto
Errore di prevenzione	Mancata identificazione di un potenziale rischio/mancata applicazione di misure preventive che avrebbero evitato il presentarsi dell'evento avverso
Errore diagnostico	Eventi incorsi durante il processo diagnostico che determinano diagnosi errata, mancante o tardiva
Errore farmacologico	Errori nella prescrizione e/o nella somministrazione di un farmaco
Errore procedure invasive	Errate procedure o complicanze in sede di procedure invasive (non chirurgiche) o che si presentano come diretta conseguenza di queste ultime
Errore terapeutico	Indicazione di terapie (non farmacologiche) errate o non appropriate, erogazione di trattamenti non idonei al paziente
Errore trasfusionale	Patologie derivanti dal contatto con sangue o emoderivati infetti
Infezione	Infezioni collegate all'assistenza, contratte durante il percorso di cura
Livello di servizio	Errori riguardanti la gestione del percorso di cura del paziente
Malfunzionamento macchinari, dispositivi o materiali	Guasto, rottura o malfunzionamento di materiali, macchinari o dispositivi medici

Le percentuali osservate rispetto ai diversi eventi denunciati si conformano al trend già emerso nelle precedenti edizioni di questo report, e vedono al primo posto l'errore chirurgico che coinvolge il 37% dei sinistri, seguito dall'errore diagnostico (circa 20%) e da quello terapeutico (12%).

Le infezioni ospedaliere sono presenti in quota maggiore rispetto allo scorso anno mentre gli errori da parto avvengono in percentuale analoga.

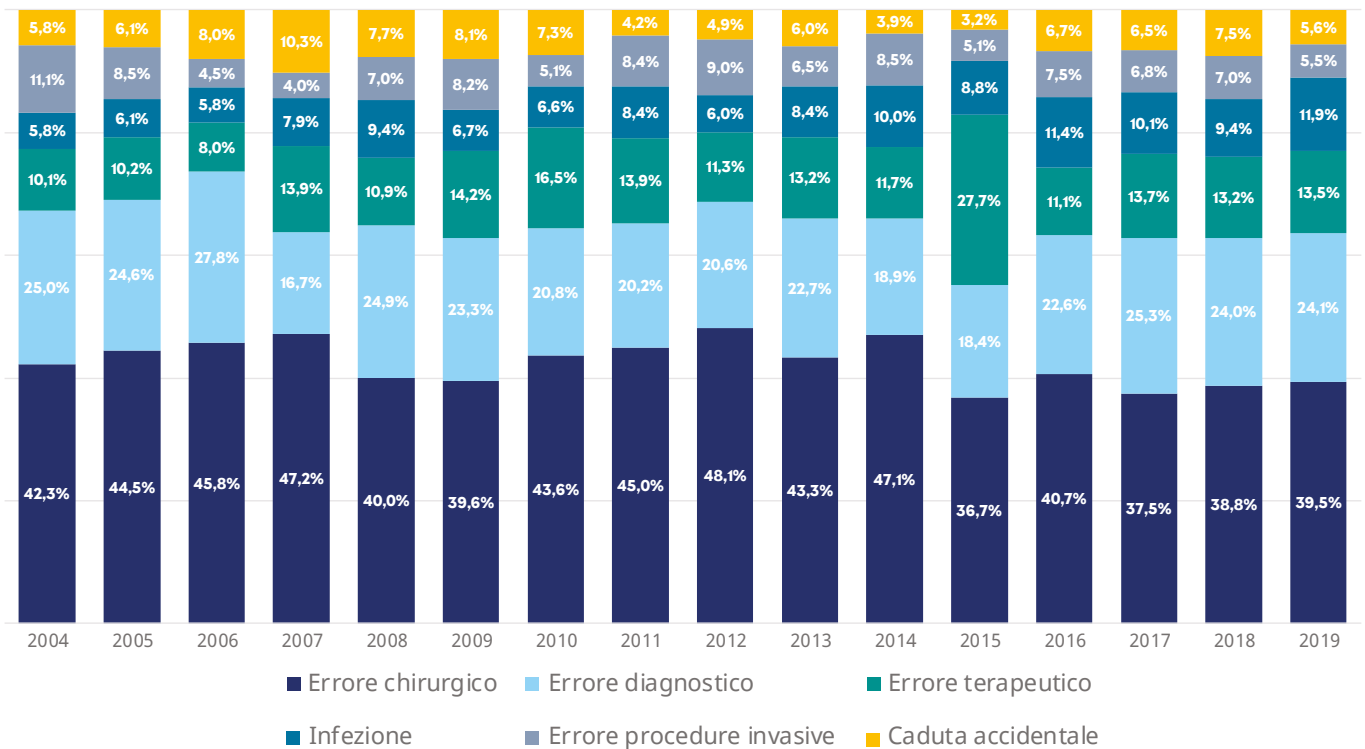
Grafico 2.9 Distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato*



Le prime sei fonti di errore, ovvero errori chirurgici, diagnostici, terapeutici, infezioni ospedaliere, errori legati a procedure invasive e cadute accidentali di pazienti, rappresentano complessivamente l'88% dei sinistri analizzati. Osservandone la distribuzione nel corso dell'arco temporale considerato emerge la prevalenza degli errori chirurgici per tutto il periodo, in quota sempre superiore a un evento su tre.

Il fenomeno delle infezioni ospedaliere risulta essere crescente, con percentuali superiori alla media dal 2013 in poi e la quota massima nel 2019 (quasi 12%).

Grafico 2.10 Andamento percentuale per anno di denuncia delle principali fonti di rischio



*NOTA TECNICA: nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi avversi che corrispondono a una percentuale inferiore a 1% sul totale dei sinistri.

Come precedentemente precisato, questi eventi avversi costituiscono la gran parte della casistica presente nelle Aziende Sanitarie. Visto il loro impatto sul totale dei sinistri, è dunque interessante evidenziare per ognuno di essi i tempi di gestione implicati, sia in termini di velocità di denuncia che di chiusura (liquidazione) delle pratiche.

Le tabelle riportate di seguito riassumono i risultati di questo approfondimento. Emerge, in linea con quanto osservato nella scorsa edizione, che le cadute accidentali sono denunciate e gestite più velocemente rispetto a tutte le altre fonti di rischio, mentre le infezioni ospedaliere sono soggette a tempistiche di denuncia maggiori rispetto alla media e rispetto agli altri eventi avversi.

Tabella 2.4 Tempi medi denuncia e di liquidazione delle pratiche per le principali fonti di rischio

Evento denunciato	Tempo medio di denuncia (in anni)
Caduta accidentale	0,8
Errore procedure invasive	1,8
Errore diagnostico	2,2
Errore terapeutico	2,3
Errore chirurgico	2,4
Infezione	4,6

Evento denunciato	Tempo medio di liquidazione (in anni)
Caduta accidentale	1,9
Errore procedure invasive	2,3
Errore terapeutico	2,5
Errore chirurgico	2,5
Errore diagnostico	2,7
Infezione	2,7



2.6 AREE DI RISCHIO

Vista la composizione del campione, che vede la presenza di Aziende Sanitarie di diversa grandezza, complessità e vocazione, al fine di rendere i dati omogenei e confrontabili le diverse Unità Operative coinvolte in richieste di risarcimento danni sono state suddivise in macro aree.

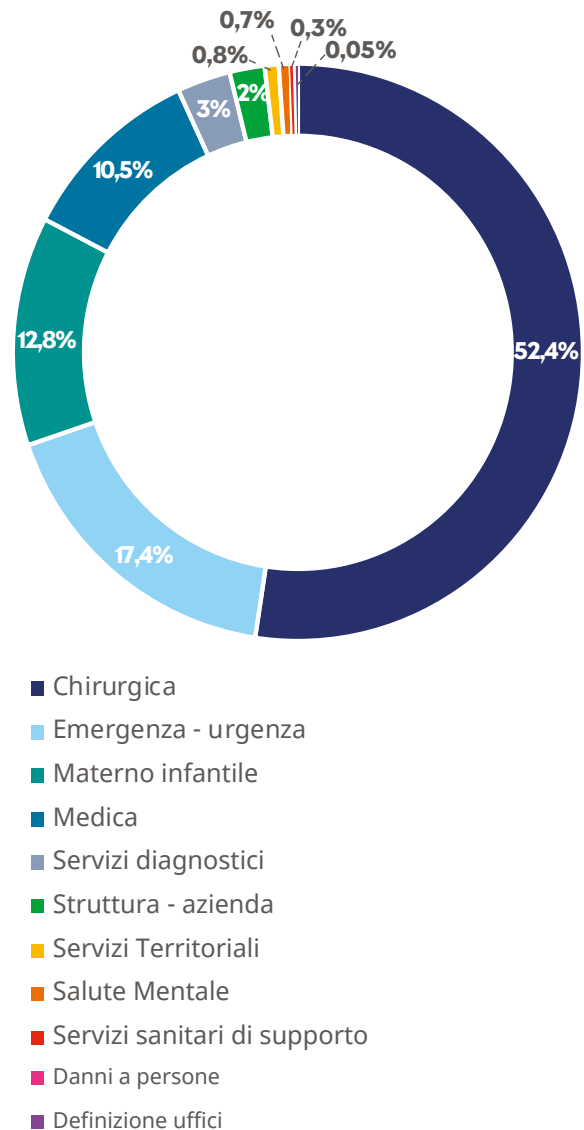
Il criterio di suddivisione prevede la considerazione del tipo di attività svolta e dell'utenza prevalente. Di seguito la suddivisione proposta.

Tabella 2.5 Suddivisione delle Unità Operative in aree di rischio

Chirurgica	Cardiochirurgia, Chirurgia generale, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Oculistica e Oftalmologia, Odontoiatria e Stomatologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria e Audiologia, Urologia
Direzione - Uffici	Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa
Emergenza - urgenza	Anestesia, Rianimazione, T.I., Chirurgia d'urgenza, DEA/Pronto Soccorso, Medicina d'urgenza, Ssuem 118
Materno - infantile	Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Neonatologia e TIN
Medica	Cardiologia e UTIC, Dermatologia, Diabetologia - Endocrinologia, Ematologia - Immunoematologia, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Malattie infettive e tropicali, Medicina generale, Medicina trasfusionale, Nefrologia e Dialisi, Neurologia, Oncologia e Radioterapia, Pneumologia, fisiologia e fisiopatologia respiratoria,, Reumatologia e Geriatria, Riabilitazione specialistica
Salute mentale	Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria
Servizi diagnostici	Altri servizi diagnostico-terapeutici, Anatomia e istologia patologica, Laboratorio analisi, Radiologia e diagnostica per immagini
Servizi sanitari di supporto	Altri servizi di supporto sanitari
Servizi territoriali	Day Hospital/Day Surgery, RSA - ADI - Lungodegenza, Servizi di Assistenza Territoriale/MMG
Struttura - azienda	Struttura/parti comuni

L'area che risulta maggiormente coinvolta in richieste di risarcimento danni è quella chirurgica, in linea con i trend osservati nel corso delle diverse elaborazioni del MedMal Report, che genera oltre la metà degli eventi denunciati.

Grafico 2.11 Aree di rischio



2.7 UNITÀ OPERATIVE

Al fine di delineare nel modo più preciso possibile l'andamento del rischio legato alla medical malpractice, si è proceduto a strutturare un ulteriore livello di approfondimento considerando le singole Unità Operative coinvolte in sinistro.

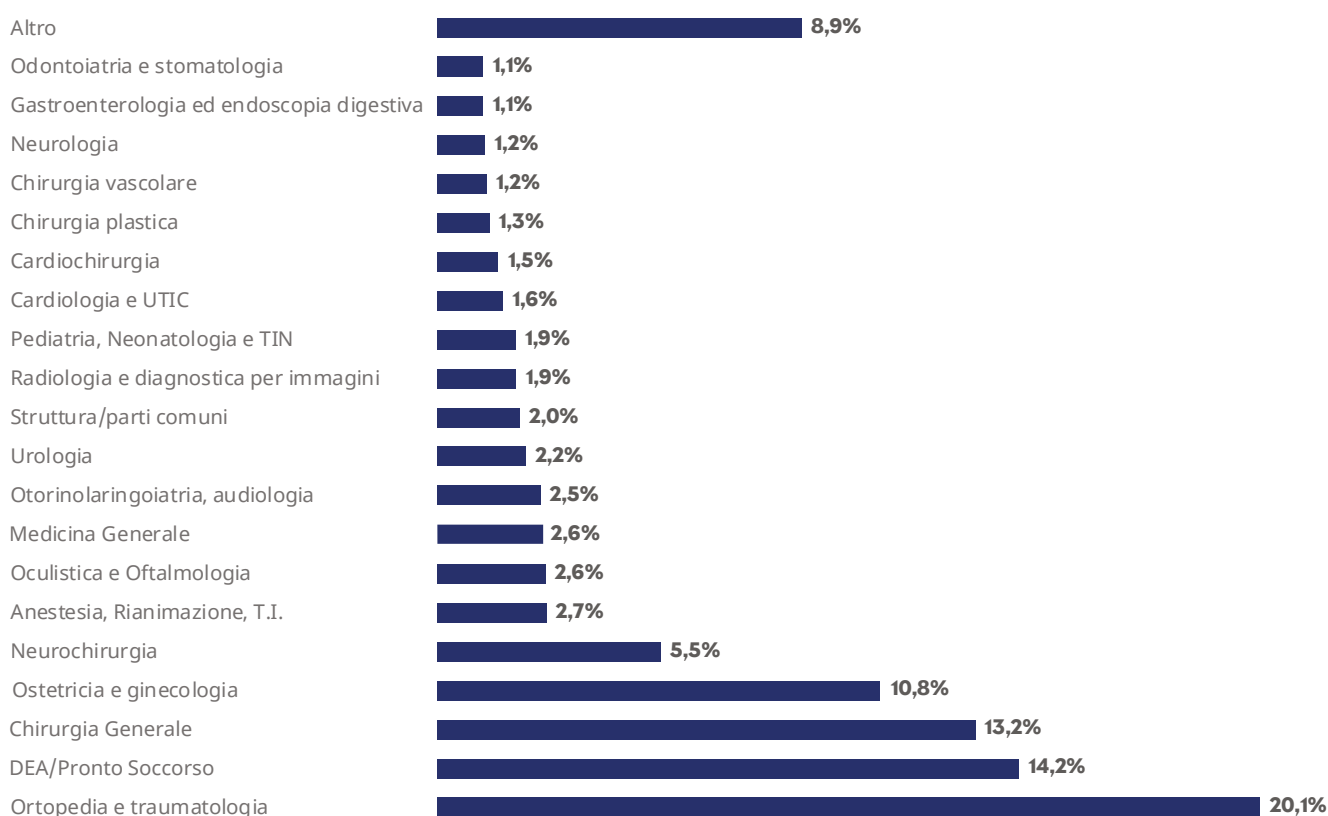
Questo ulteriore livello di dettaglio è fondamentale per delineare il profilo di rischio di ogni singola struttura sanitaria e identificare delle azioni e strategie di risk management atte a governare il rischio identificato e mitigarne gli effetti.

In linea con quanto riportato nella precedente edizione del Report MedMal anche quest'anno l'Unità Operativa che si riconferma come la principale fonte di rischio per le Aziende Sanitarie è l'Ortopedia e Traumatologia, con una percentuale pari al 20% sul totale dei sinistri.

La seconda Unità Operativa con quota maggiore di eventi risulta essere il DEA/Pronto Soccorso, superando come numerosità la Chirurgia Generale che fino allo scorso anno si collocava al secondo posto.

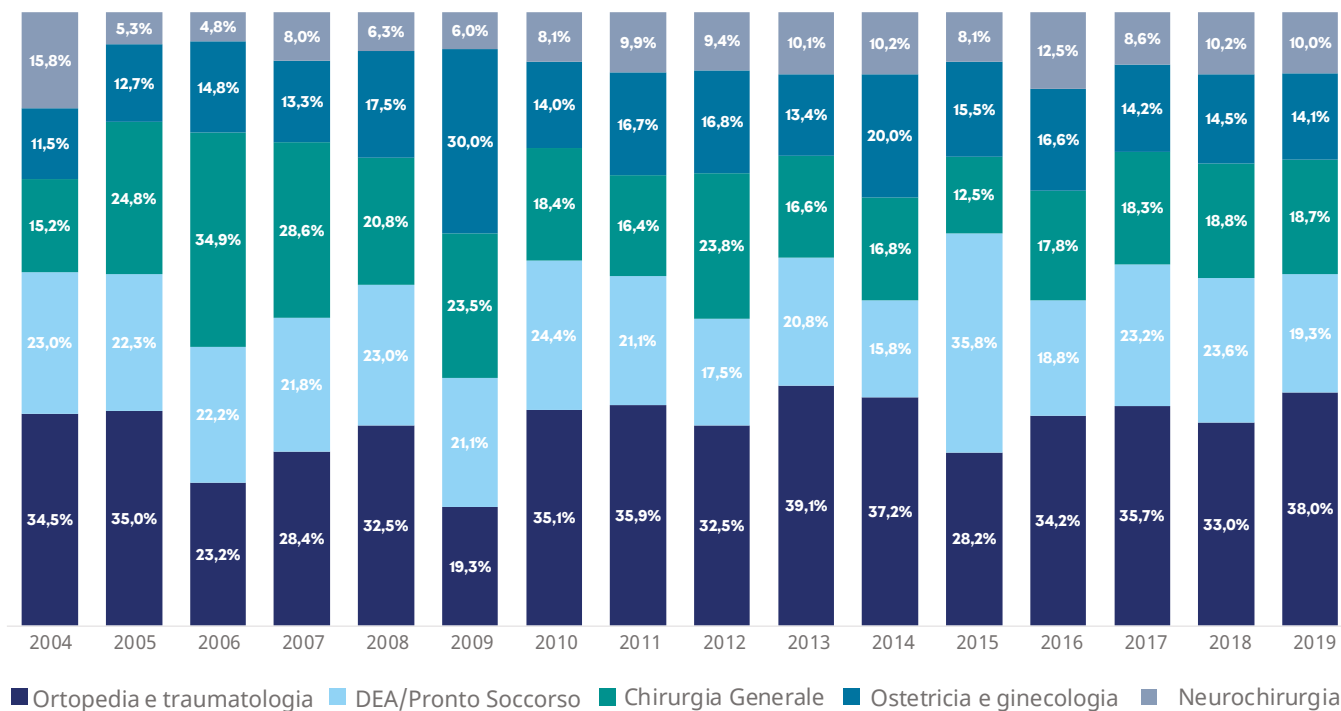
Il dettaglio nel grafico riportato di seguito.

Grafico 2.12 Incidenza delle principali Unità Operative sul totale dei sinistri



Analogamente a quanto osservato in occasione dell'analisi degli eventi denunciati, è stato analizzato l'andamento temporale per anno di denuncia delle 5 Unità Operative maggiormente coinvolte in richieste di risarcimento danni, che si riferiscono complessivamente al 64% dei sinistri totali.

NOTA TECNICA: nella voce "Altro" sono riportate le Unità Operative corrispondenti a una percentuale di incidenza inferiore a 1%. Nello specifico, in ordine decrescente, si tratta di: Oncologia e Radioterapia, Psichiatria, Dermatologia, Chirurgia maxillo-facciale, Nefrologia e Dialisi, Altri servizi diagnostico-terapeutici, Pneumologia, fisiologia e fisiopatologia respiratoria, Laboratorio analisi, Riabilitazione Specialistica, Chirurgia toracica, Altri servizi di supporto sanitari, Ematologia-Immunoematologia, Medicina trasfusionale, RSA - ADI - Lungodegenza, Day Hospital/Day Surgery, Medicina D'Urgenza, Malattie Infettive e Tropicali, Anatomia e istologia patologica, Reumatologia e Geriatria, Chirurgia d'Urgenza, Ssuem 118, Servizi di Assistenza Territoriale/MMG, Diabetologia - Endocrinologia, Neuropsichiatria Infantile, Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa

Grafico 2.13 Distribuzione delle principali Unità Operative per anno di denuncia

Considerando gli ultimi cinque anni (2015 - 2019) si osserva un andamento piuttosto stabile della distribuzione delle principali Unità Operative, tranne nel 2015 in cui il Pronto Soccorso corrisponde a una percentuale maggiore rispetto alla media.

A completamento della definizione dei profili specifici di rischio e coerentemente con il proposito di fornire supporti decisionali concreti alle politiche di risk management aziendali, si riporta di seguito un ulteriore dettaglio che include, per le principali Unità Operative analizzate, la tipologia prevalente di evento avverso denunciato.



Tabella 2.6 Principali Unità Operative e relativi eventi avversi denunciati

Ortopedia e traumatologia		Ostetricia e ginecologia	
Errore chirurgico	61,3%	Errore chirurgico	35,8%
Infezione	11,2%	Errore da parto/cesareo	32,6%
Errore terapeutico	9,8%	Errore diagnostico	12,0%
Errore diagnostico	9,5%	Errore terapeutico	6,1%
Caduta accidentale	1,8%	Infezione	4,0%
Malfunzionamento macchinari, dispositivi o materiali	1,5%	Errore procedure invasive	2,1%
Errore anestesilogico	1,4%	Errore di prevenzione	2,1%
Errore procedure invasive	1,4%	Caduta accidentale	1,5%
Altri	2,0%	Livello di servizio	1,3%
DEA/Pronto Soccorso		Neurochirurgia	
Errore diagnostico	59,3%	Errore chirurgico	67,9%
Errore terapeutico	24,9%	Infezione	14,1%
Caduta accidentale	5,9%	Errore diagnostico	6,4%
Errore procedure invasive	5,1%	Errore terapeutico	3,3%
Livello di servizio	1,5%	Errore procedure invasive	2,4%
Infezione	1,0%	Emerge che le specialità chirurgiche analizzate in questa sede (Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale e Neurochirurgia) presentano al loro interno una percentuale di infezioni superiore alla media del campione complessivo, fino a un massimo del 14% nella UO di Neurochirurgia.	
Altri	2,3%	Relativamente a Ostetricia e Ginecologia, gli errori da parto risultano essere la seconda fonte di rischio con il 33% sul totale dei sinistri ivi denunciati.	
Chirurgia Generale		Nell'interpretazione di questo dato occorre però considerare che in alcuni database forniti dalle aziende non è presente il dettaglio sugli errori da parto, che sono comunemente classificati come errori chirurgici (laddove il danno fosse cagionato in occasione di un taglio cesareo o in seguito a procedure quali episiotomia o riparazione chirurgica di altre lesioni) o terapeutici (in occasione di parto naturale o per i danni causati al nascituro).	
Errore chirurgico	68,1%		
Infezione	9,3%		
Errore diagnostico	7,3%		
Errore terapeutico	4,1%		
Errore anestesilogico	3,2%		
Errore procedure invasive	3,2%		
Caduta accidentale	1,2%		
Livello di servizio	1,2%		
Altri	2,3%		

Laddove fosse disponibile, oltre alla classificazione, anche la descrizione del danno cagionato, gli errori legati all'evento parto sono stati correttamente riclassificati nella fase preliminare di questa analisi; diversamente non è stato possibile risalire alla dinamica dell'evento. Per questi motivi si può ipotizzare che la percentuale di errori da parto indicata sia sottostimata; la medesima considerazione sarà valida anche in sede di analisi economica.

Anche per le Unità Operative sono stati calcolati i tempi medi di denuncia e liquidazione dei sinistri. Il Pronto Soccorso manifesta i tempi minori sia di denuncia che di liquidazione delle pratiche, mentre la Neurochirurgia presenta le tempistiche maggiormente dilatate, insieme alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

È dunque possibile ipotizzare che gli eventi del Pronto Soccorso manifestino conseguenze immediatamente riscontrabili sul paziente rispetto a quanto avvenga nelle Unità Operative chirurgiche analizzate, dove gli eventi avversi possono invece avere effetti che si manifestano sul medio-lungo termine.

Tabella 2.7 Tempi medi di apertura e liquidazione dei sinistri per le principali UO

Evento denunciato	Tempo medio di denuncia (in anni)
DEA/Pronto Soccorso	1,6
Chirurgia Generale	2,4
Ortopedia e traumatologia	2,5
Ostetricia e ginecologia	2,8
Neurochirurgia	2,8

Evento denunciato	Tempo medio di liquidazione (in anni)
DEA/Pronto Soccorso	2,4
Ortopedia e traumatologia	2,4
Chirurgia Generale	2,5
Ostetricia e ginecologia	2,8
Neurochirurgia	3,2



ANALISI ECONOMICA

3.1 COSTO DEI SINISTRI

La sezione economica del Medmal Report si compone di diverse elaborazioni riguardanti il costo totale dei sinistri, che rappresenta la somma degli importi a riserva e degli importi liquidati al danneggiato.

Relativamente alle riserve, si considerano nell'analisi gli importi più recenti presenti a database (laddove fossero presenti anche le riserve storiche) e in presenza di più indicazioni si è scelto di prediligere le riserve dell'azienda piuttosto che quelle della compagnia assicurativa.

Agli importi liquidati è stato applicato come di consueto un indice di rivalutazione in modo da poter coerentemente confrontare gli importi più remoti con quelli più recenti. Tale indice è calcolato in base all'evoluzione del costo medio di un campione omogeneo di sinistri, considerando i liquidati fino a 1 milione di euro per i decessi ed escludendo gli errori da parto in quanto *outliers*.

Il costo totale dei sinistri così selezionati è pari a circa 1 miliardo e 461 milioni di euro dal 2004 al 2019, di cui il 53% si riferisce a importi liquidati al danneggiato.*

Il costo medio per sinistro risulta superiore a quanto calcolato nella scorsa edizione del report e supera i 100.000 € per singola pratica. Il liquidato medio è pari a 86.000 €.

In media, ogni singola struttura sanitaria liquida all'anno circa 1.650.000 € per i sinistri.

Tabella 3.1 Analisi economica – dati generali

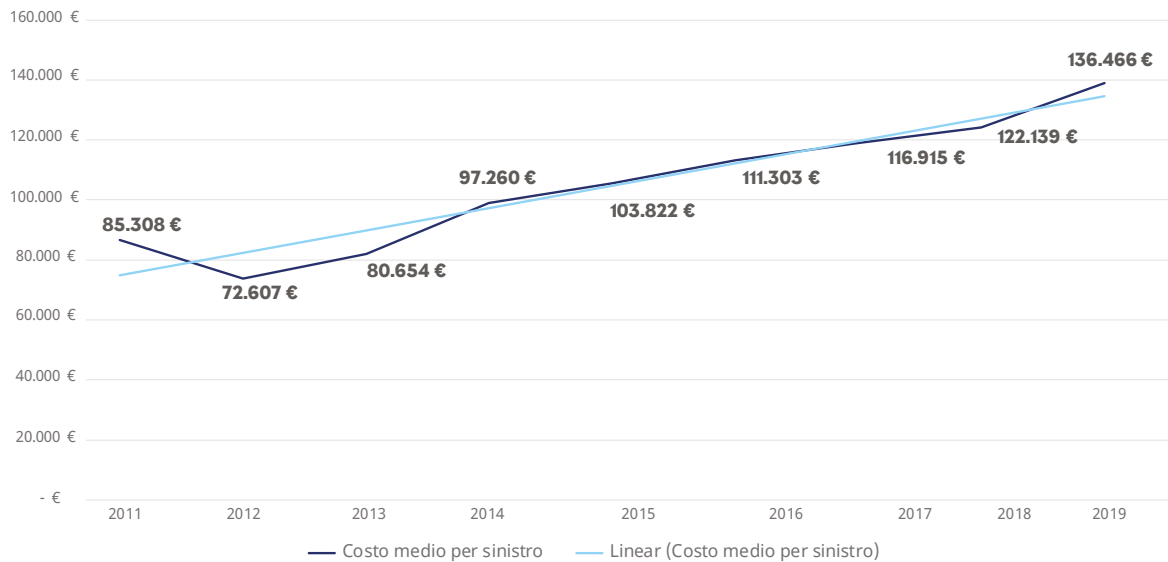
Costo totale dei sinistri	1.460.844.818 €
Riservato totale	690.540.209 €
Liquidato totale	770.304.609 €
Costo medio per sinistro	101.751 €
Riservato medio per sinistro	127.830 €
Liquidato medio per sinistro	86.019 €
Costo medio annuo (campione totale)	108.341.834 €
Costo medio annuo per struttura	3.084.326 €

*NOTA METODOLOGICA: come precedentemente specificato, sono esclusi dall'analisi i sinistri non valorizzati e con costo inferiore a 500 €, oltre che i danneggiamenti accidentali. Inoltre, le pratiche parzialmente liquidate, che presentano dunque importi sia a riserva che liquidati sono state considerate all'interno dell'analisi delle frequenze ma escluse dall'analisi degli importi medi.

Analizzando l'andamento del costo medio, si confermano i trend osservati nelle precedenti edizioni di questo report: il valore medio per singola pratica continua a salire negli anni, con una variazione media del periodo considerato pari a +7%.

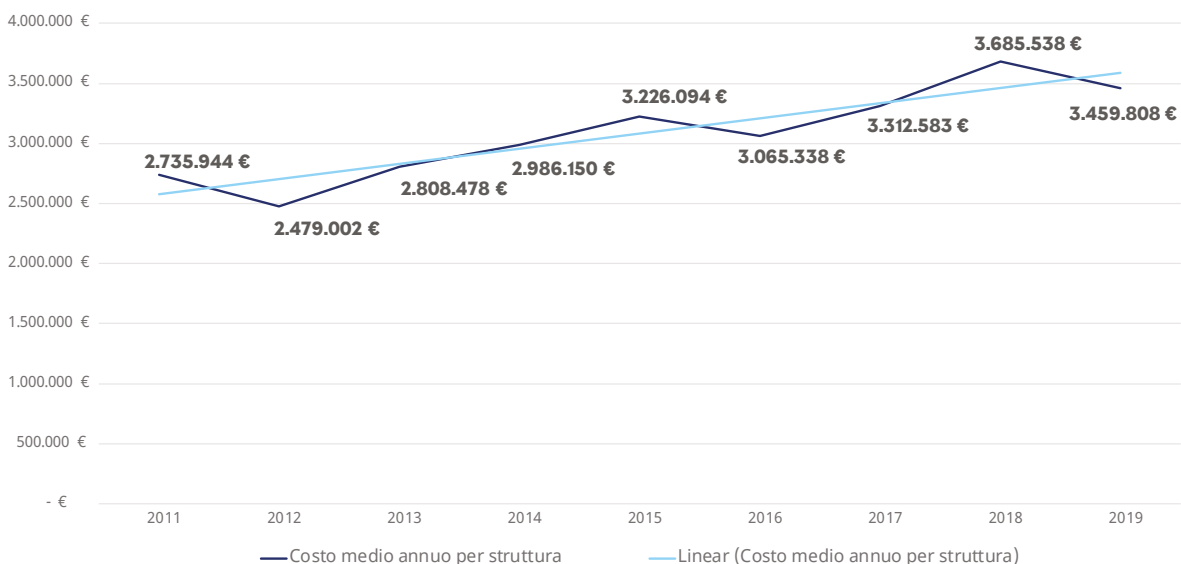
Si specifica che, così come effettuato nell'analisi delle frequenze, i valori medi sono calcolati nel periodo 2011 – 2019 avendo un campione maggiormente rappresentativo in termini di numerosità dei dati.

Grafico 3.1 Andamento del costo medio dei sinistri per singola pratica per anno di denuncia



Il costo medio annuo per singola struttura sanitaria segue il medesimo trend, seppur con una flessione nell'ultima annualità considerata.

Grafico 3.2 Andamento del costo medio dei sinistri per singola struttura per anno di denuncia



I sinistri inclusi nel campione sottoposto ad analisi di dettaglio sono stati suddivisi in fasce di importo a seconda del loro costo totale (riservato + liquidato) in modo da evidenziare, all'interno del campione stesso, l'impatto complessivo di sinistri di diversa entità sia in termini di frequenza che di perdite economiche.

Le fasce identificate sono le seguenti:

- Costo inferiore a 100.000 €
- Costo compreso fra 100.000 € e 250.000 €
- Costo compreso fra 250.000 € e 500.000 €
- Costo compreso fra 500.000 € e 1.000.000 €
- Costo compreso fra 1.000.000 € e 2.500.000 €
- Costo superiore a 2.500.000 €

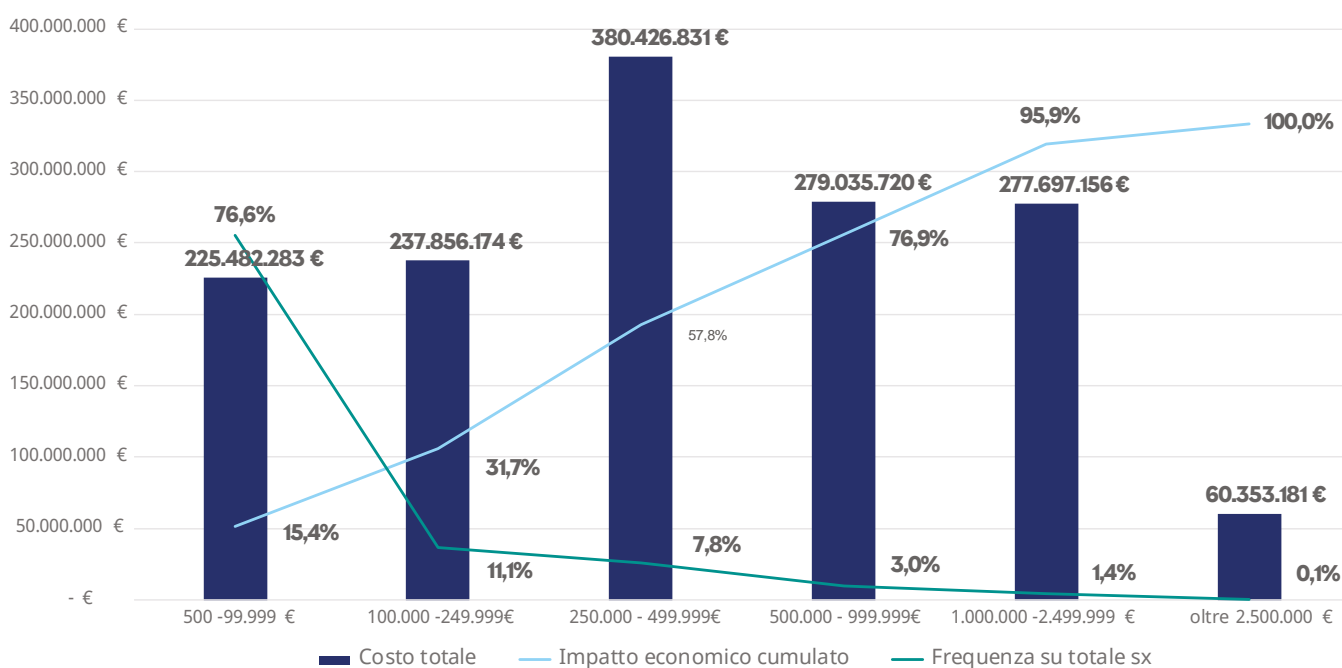
Quest'ultima fascia, seppur sia presente in percentuale ridotta e analoga a quanto osservato lo scorso anno, corrisponde in questa edizione a un'incidenza maggiore in termini di costo, con una variazione del +8% sul totale della fascia di appartenenza; si osserva infatti un aumento del numero di sinistri catastrofali.

Tabella 3.2 Fasce di costo e impatto economico/di frequenza

Fascia di costo	Frequenza su totale sinistri	Impatto economico
500 - 99.999 €	76,6%	15,4%
100.000 - 249.999 €	11,1%	16,3%
250.000 - 499.999 €	7,8%	26,0%
500.000 - 999.999 €	3,0%	19,1%
1.000.000 - 2.499.999 €	1,4%	19,0%
oltre 2.500.000 €	0,1%	4,1%

Le perdite maggiori si riferiscono alla fascia compresa fra 250.000 € e 500.000 €, che da sola impatta per un quarto del costo totale dei sinistri.

Grafico 3.3 Analisi della perdita complessiva per fasce di importo con distribuzione percentuale di importo cumulato e sinistri

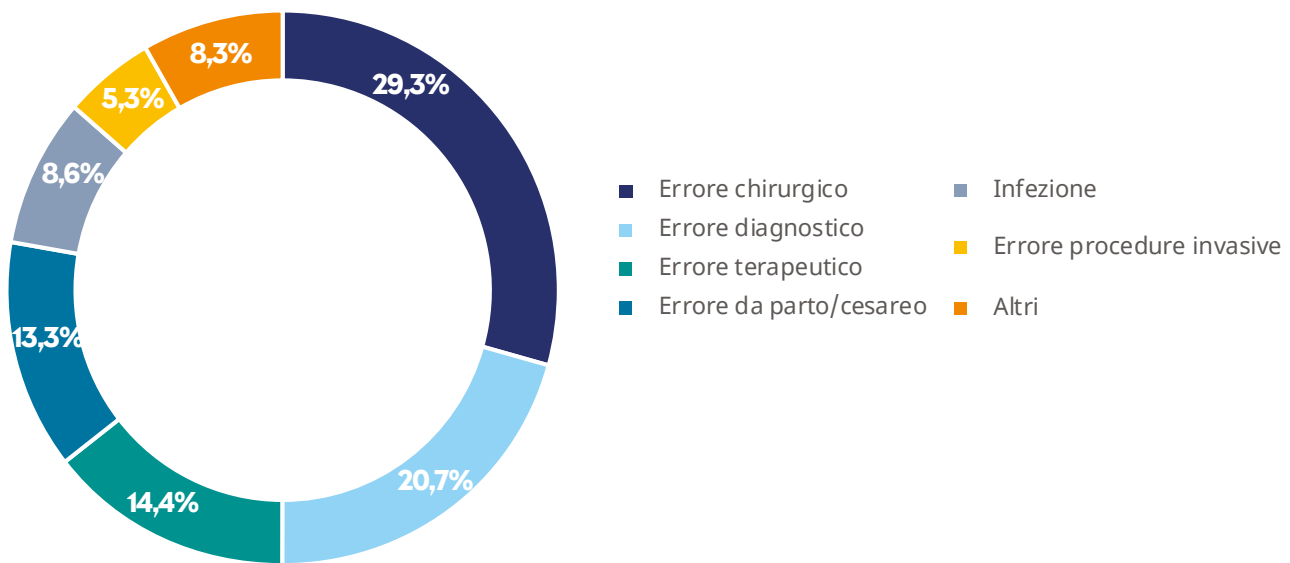


Entrando nel merito degli eventi denunciati, si è osservata l'incidenza degli stessi sul costo totale dei sinistri, in modo da individuare le principali fonti di rischio non solo per frequenza di accadimento ma anche in termini di impatto economico.

Da questa analisi, che conferma tendenzialmente quanto osservato nelle scorse edizioni del report, emerge che gli eventi che impattano di più in termini di frequenza sono anche associati a un costo maggiore: circa il 30% del costo dei sinistri si riferisce infatti agli errori chirurgici, seguiti dagli errori diagnostici e terapeutici.

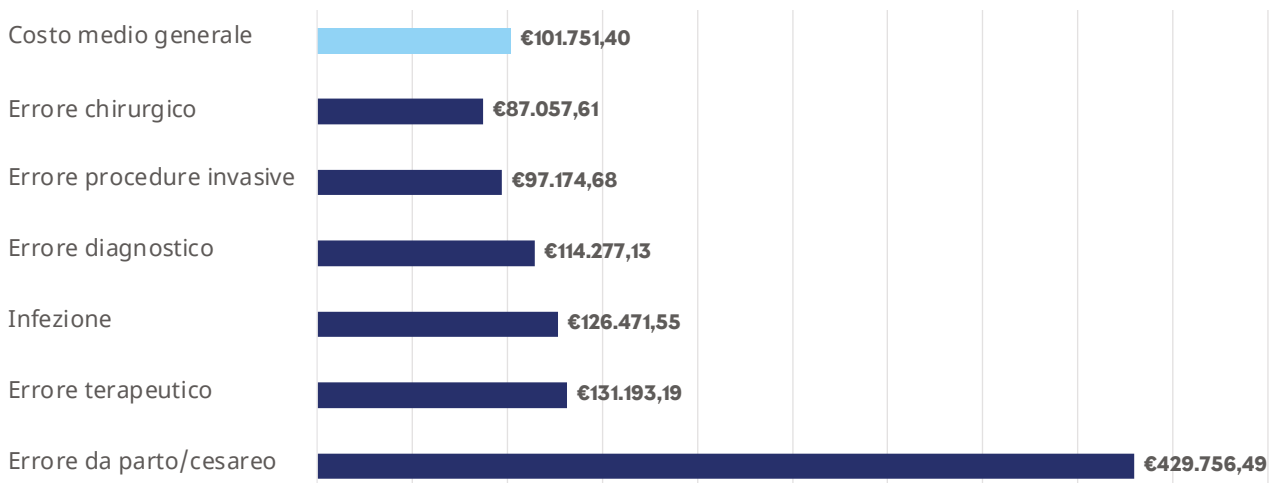
Fanno eccezione gli errori da parto, che incidono percentualmente in minima parte sul numero dei sinistri ma assorbono il 13,3% dei costi (vale tuttavia la medesima considerazione effettuata nell'ambito dell'analisi delle frequenze, per cui il reale impatto degli errori da parto può essere sottostimato a causa della presenza di diversi criteri nella classificazione degli stessi).

Grafico 3.4 Incidenza degli eventi denunciati sul costo totale dei sinistri*



Analizzando i costi medi per sinistro, spicca il valore degli errori da parto, che come osservato lo scorso anno supera i 400.000 €. Anche gli errori terapeutici, le infezioni ospedaliere e gli errori diagnostici presentano valori superiori alla media, mentre gli errori legati a procedure invasive e chirurgiche sono associati a costi più contenuti.

Grafico 3.5 Costo medio per sinistro per le principali fonti di errore**



*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altri" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 2%.

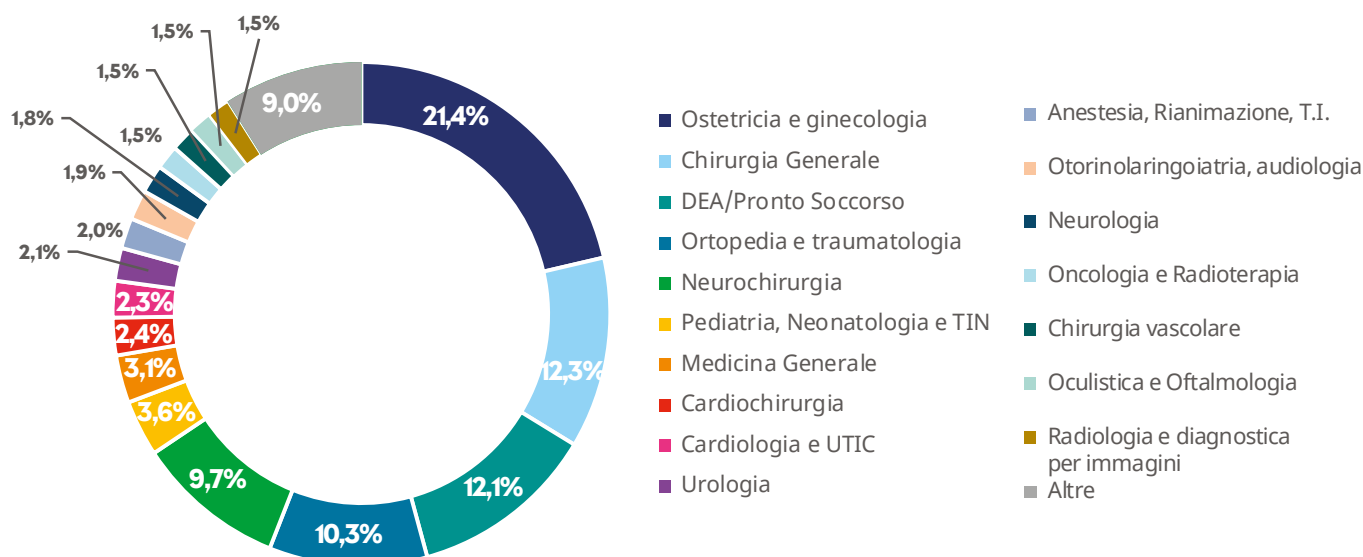
**NOTA TECNICA: nella classifica dei costi medi più elevati per singola pratica emergono alcuni eventi, quali le aggressioni e gli atti autolesivi o suicidari, che seppur abbiano una frequenza di accadimento molto bassa - si pensi che sono registrate aggressioni a danno di paziente nello 0,1% dei sinistri - vista la gravità e l'eccezionalità di alcuni singoli casi sono associati a importi medi molto elevati. Non si possono tuttavia considerare tali eventi come statisticamente rappresentativi dell'andamento del rischio da medical malpractice, che può essere ben compreso e sul quale si può utilmente agire con misure preventive laddove sia ravvisabile un trend ben definito più che una singola eccezione. La medesima considerazione può essere applicata relativamente alle Unità Operative.

Considerando ora le Unità Operative con maggiore impatto economico sul costo totale dei sinistri, emerge anche in questo caso una correlazione tra sinistrosità e impatto economico per le prime voci di costo, seppur in diverso ordine rispetto alla frequenza.

La voce di costo principale risulta infatti essere la specialità di Ostetricia e Ginecologia, con il 21,4% sul totale, seguita dalla Chirurgia Generale e dal Pronto Soccorso, con percentuali simili intorno al 12%.

La UO di Ortopedia e Traumatologia, prima per numero di richieste di risarcimento, assorbe il 10% dei costi.

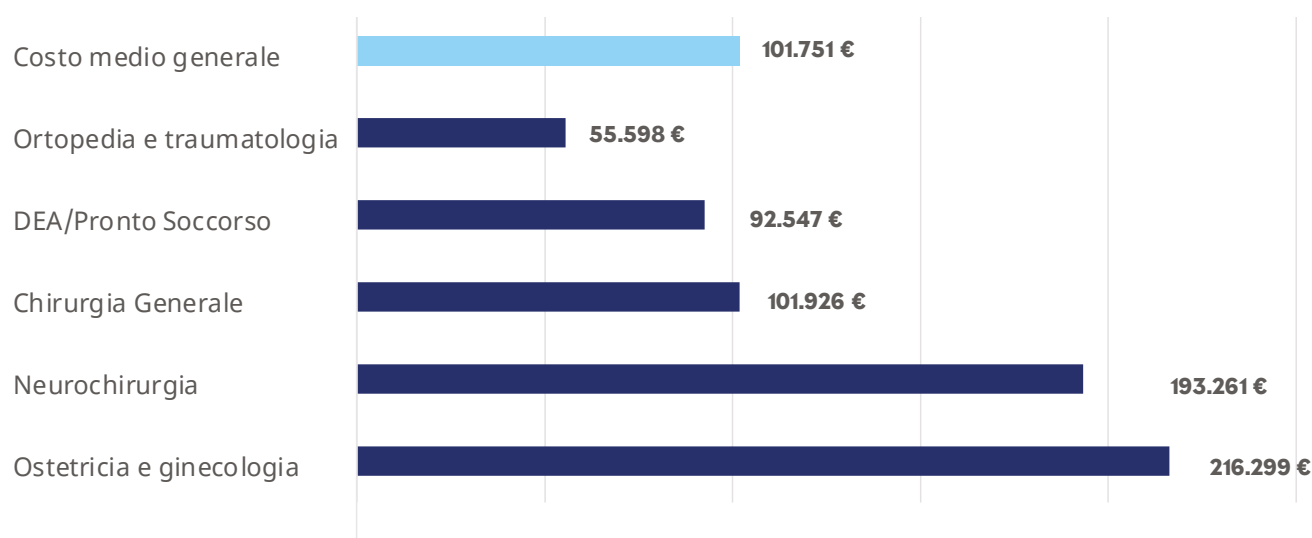
Grafico 3.6 Incidenza delle Unità Operative sul costo totale dei sinistri*



Analizzando infine il costo medio per le principali Unità Operative, al netto della precisazione indicata nella nota tecnica sugli eventi a bassa frequenza di accadimento, il costo medio per sinistro più elevato si riscontra nella UO di Ostetricia e Ginecologia (216.000 €).

Anche la Neurochirurgia presenta importi superiori alla media, mentre la Chirurgia Generale si assesta su un valore in linea con il costo medio del campione complessivo; il Pronto Soccorso e l'Ortopedia e Traumatologia corrispondono invece a valori medi più contenuti.

Grafico 3.7 Costo medio per sinistro per le principali UO

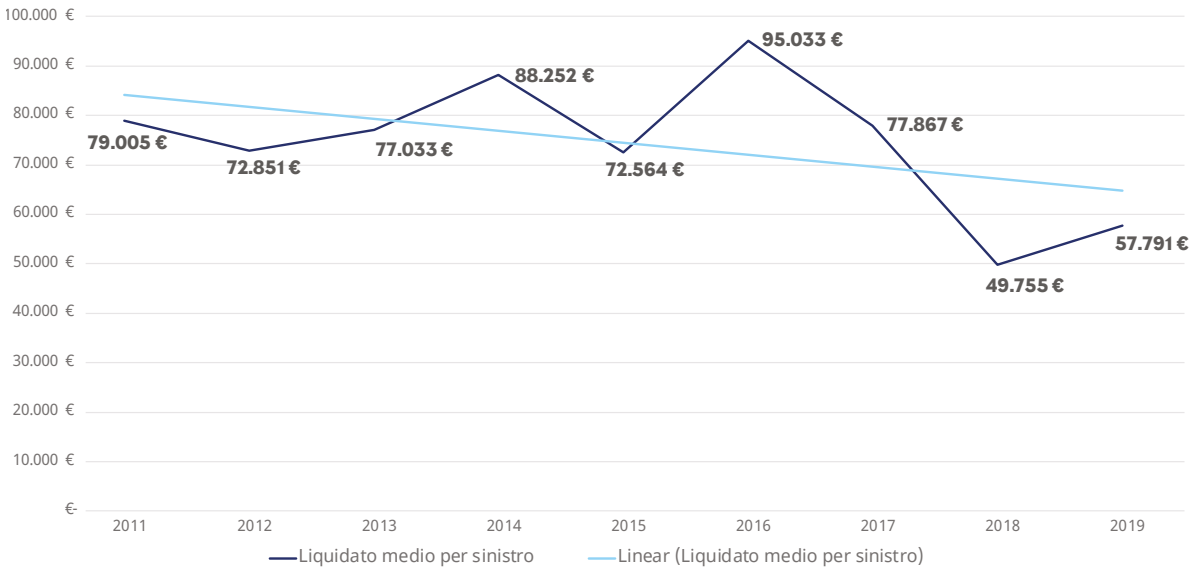


*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altre" sono incluse le Unità Operative con impatto inferiore a 1%.

3.2 IMPORTO LIQUIDATO

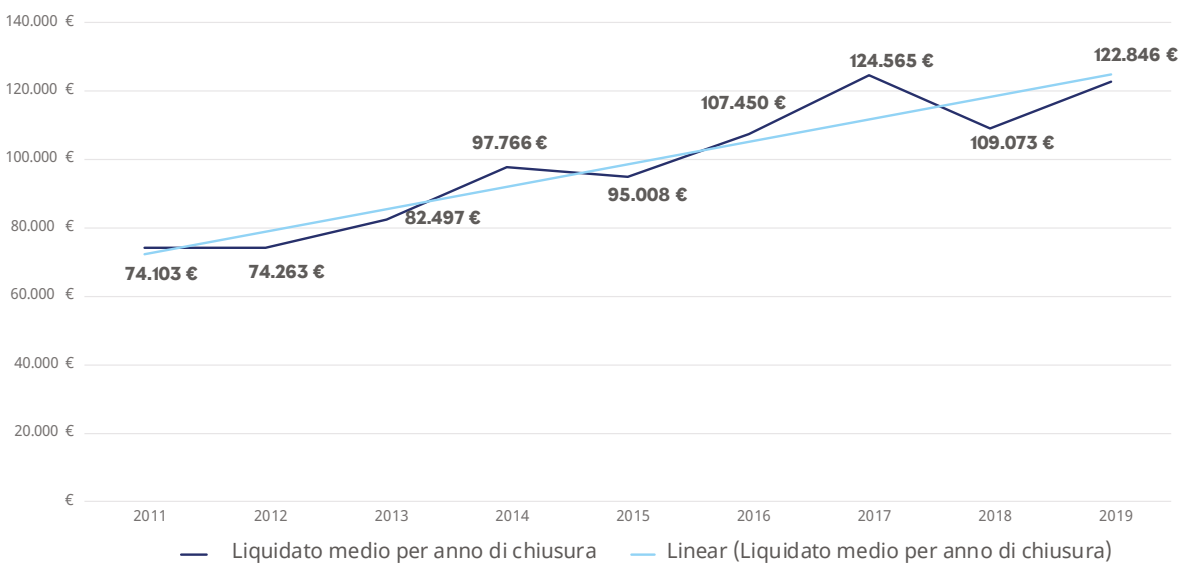
Il valore liquidato medio per sinistro è pari a 86.000 €. Il grafico contenente l'andamento per anno di denuncia evidenzia una tendenza in diminuzione, dovuta alla maggiore velocità di liquidazione di sinistri con importi inferiori, come si vedrà nella tabella dedicata. L'incremento del 2019 è dovuto alla veloce liquidazione di alcuni top claims denunciati in quella annualità.

Grafico 3.8 Liquidato medio per sinistro per anno di denuncia



L'andamento per anno di chiusura delle pratiche conferma invece il trend in crescita osservato nel corso delle diverse edizioni di questo report.

Grafico 3.9 Liquidato medio per anno di chiusura



La tabella, come anticipato, contiene i tempi medi di liquidazione delle pratiche calcolati per anno di chiusura a seconda delle fasce di importo. A conferma di quanto affermato, emerge che i tempi di gestione delle pratiche aumentano al crescere del loro valore economico, che può essere considerato un indice della complessità dei casi da gestire e della gravità del danno cagionato.

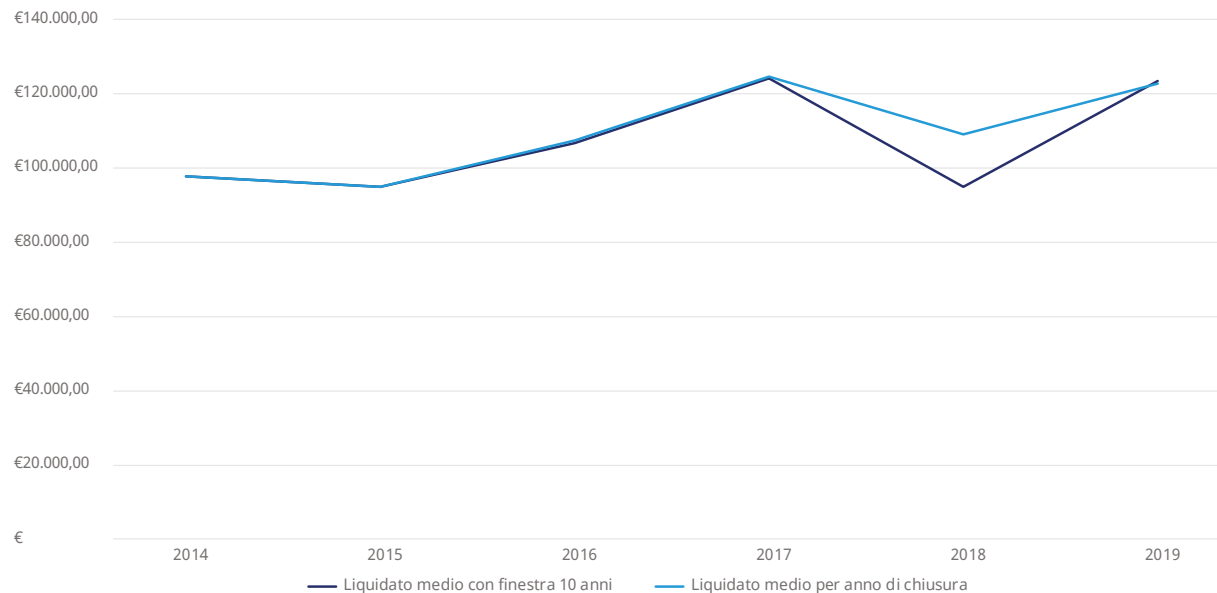
Tabella 3.3 Tempi medi di liquidazione delle pratiche per fasce di importo

Campione	Tempo medio di chiusura dei sinistri (considerando l'anno di chiusura)
Tutti i sinistri	2,5
Sinistri > 250.000 €	4,1
Sinistri > 500.000 €	4,3
Sinistri > 1.000.000 €	5,1

Al fine di rendere omogeneo il campione dei sinistri liquidati, si è osservato, in linea con quanto effettuato nelle scorse edizioni, il liquidato medio per anno di chiusura a parità di retroattività dei sinistri (con una finestra temporale che include i 10 anni precedenti). In questo modo è evitato di sottostimare alcune annualità a causa del fatto che possano includere o meno sinistri denunciati in periodi più remoti.

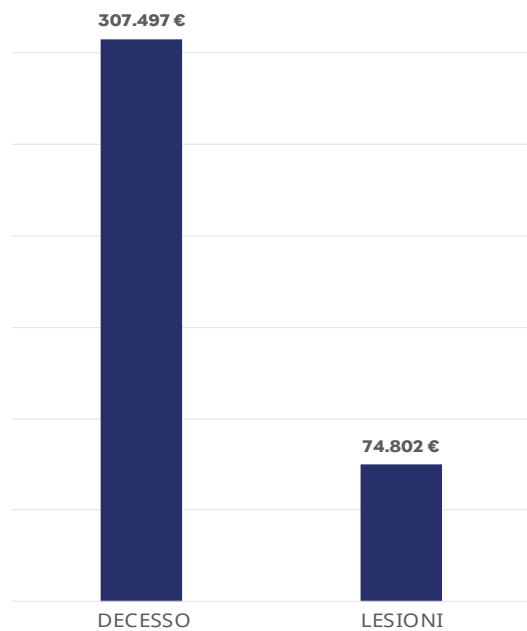
Il grafico evidenzia una flessione del liquidato medio fra il 2017 e il 2018.

Grafico 3.10 Liquidato medio per anno di chiusura con finestra temporale di 10 anni



A seconda del danno arrecato al reclamante, l'importo liquidato medio per sinistro è sensibilmente differente: per i casi di decesso avvenuti a causa di errori nel percorso di cure, infatti, sono liquidati in media 307.500 € a pratica, mentre per le lesioni l'importo è pari a 74.800 €.

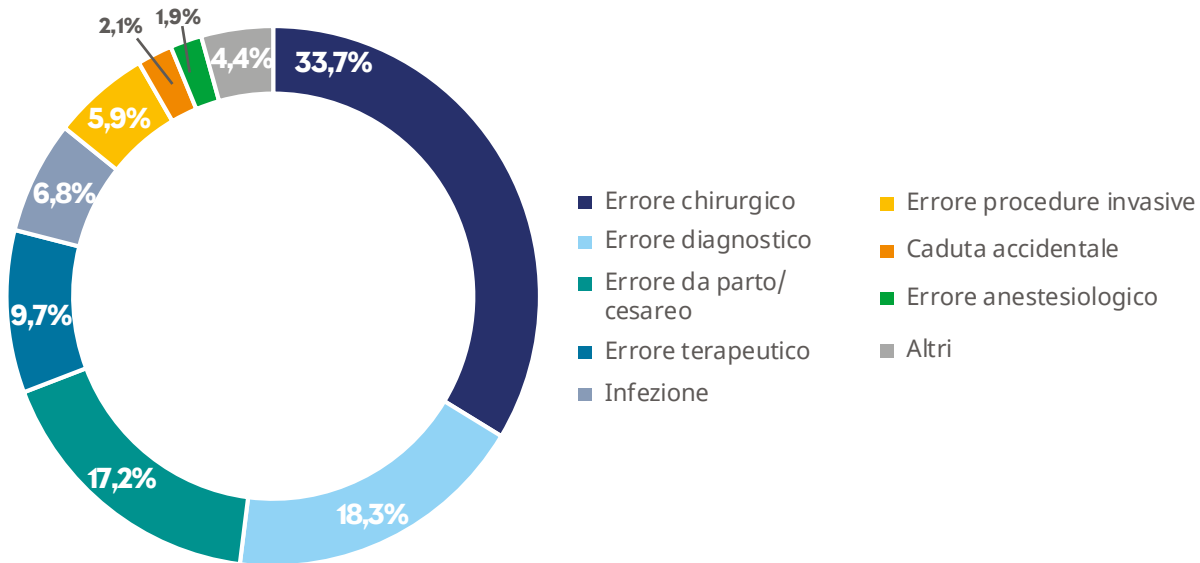
Grafico 3.11 Liquidato medio per tipologia di danno



Parallelamente a quanto calcolato per il costo totale, anche per il liquidato si è proceduto a verificare le principali voci per impatto economico.

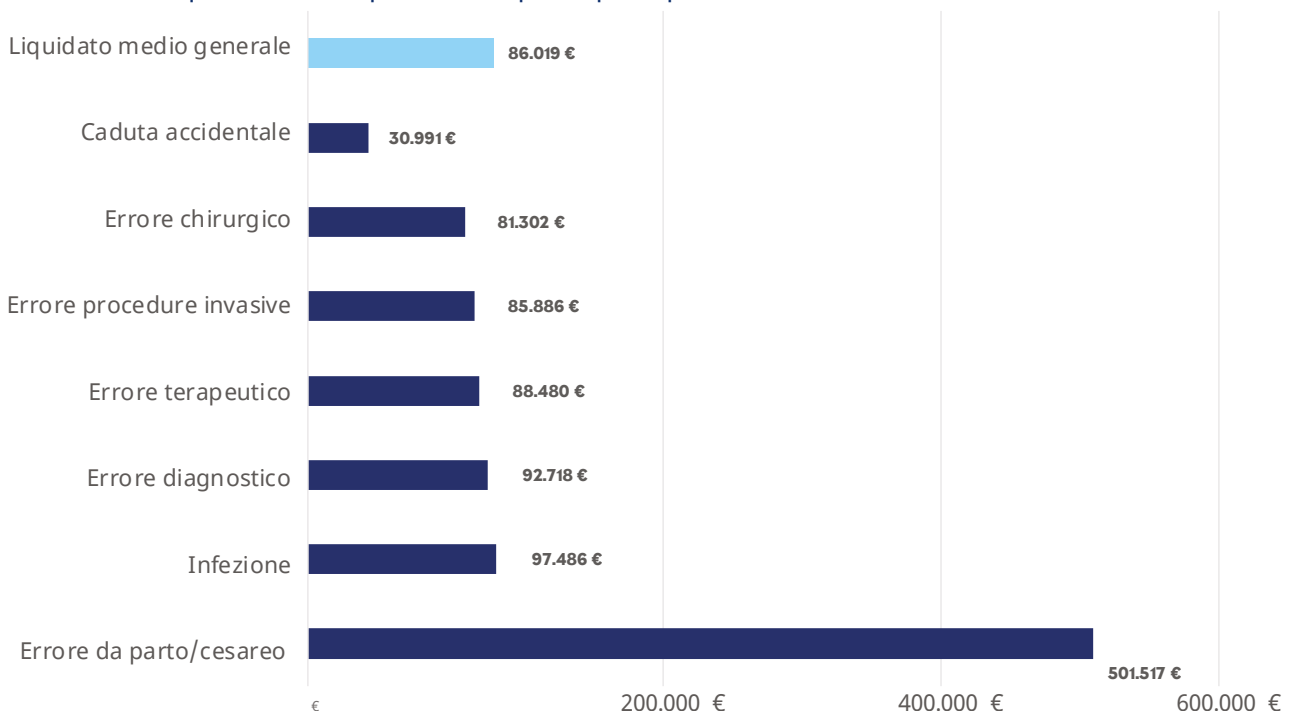
Rispetto all'analisi sul costo totale, si evidenzia una maggiore incidenza degli errori da parto; le prime due fonti di rischio sono invece le medesime (errori chirurgici e diagnostici).



Grafico 3.12 Incidenza degli eventi denunciati sul liquidato totale*

L'importo liquidato medio per gli errori da parto supera i 500.000 €, confermando tali eventi come fra i più costosi per le strutture sanitarie (senza considerarne le implicazioni umane, professionali e di immagine aziendale). Le infezioni e gli errori diagnostici sono liquidati con importi superiori alla media, mentre gli errori legati a procedure invasive e chirurgiche presentano valori vicini alla media del liquidato generale; le cadute accidentali sono invece liquidate con importi più contenuti, seppur non irrisori.

Come precedentemente specificato, sono esclusi da questo grafico gli eventi con bassa frequenza di accadimento ma legati a un elevato valore medio vista la loro limitata numerosità, in quanto scarsamente rappresentativi dal punto di vista statistico e dunque di minore interesse ai fini di orientare le politiche di risk management. La stessa osservazione si applica all'analisi del liquidato medio per Unità Operativa.

Grafico 3.13 Liquidato medio per sinistro per le principali fonti di errore

*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altri" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 2%.

Un quarto del liquidato totale proviene dalla specialità di Ostetricia e Ginecologia, che si riconferma come la più costosa anche in termini di esborsi effettivi, in linea con quanto osservato nelle precedenti edizioni del report. Tale Unità Operativa è associata inoltre a un importo liquidato medio quasi tre volte superiore alla media.

Seguono le due principali Unità Operative chirurgiche già osservate in precedenza, ovvero Chirurgia Generale e Ortopedia e Traumatologia; sebbene i sinistri di queste specialità siano liquidati con importi inferiori alla media, essi risultano numericamente importanti in termini di impatto sulle perdite delle Aziende Sanitarie.

La Neurochirurgia impatta per l'11% sul liquidato totale, oltre a corrispondere a un importo liquidato medio superiore a 210.000 €.

Grafico 3.14 Incidenza delle Unità Operative sul liquidato totale*

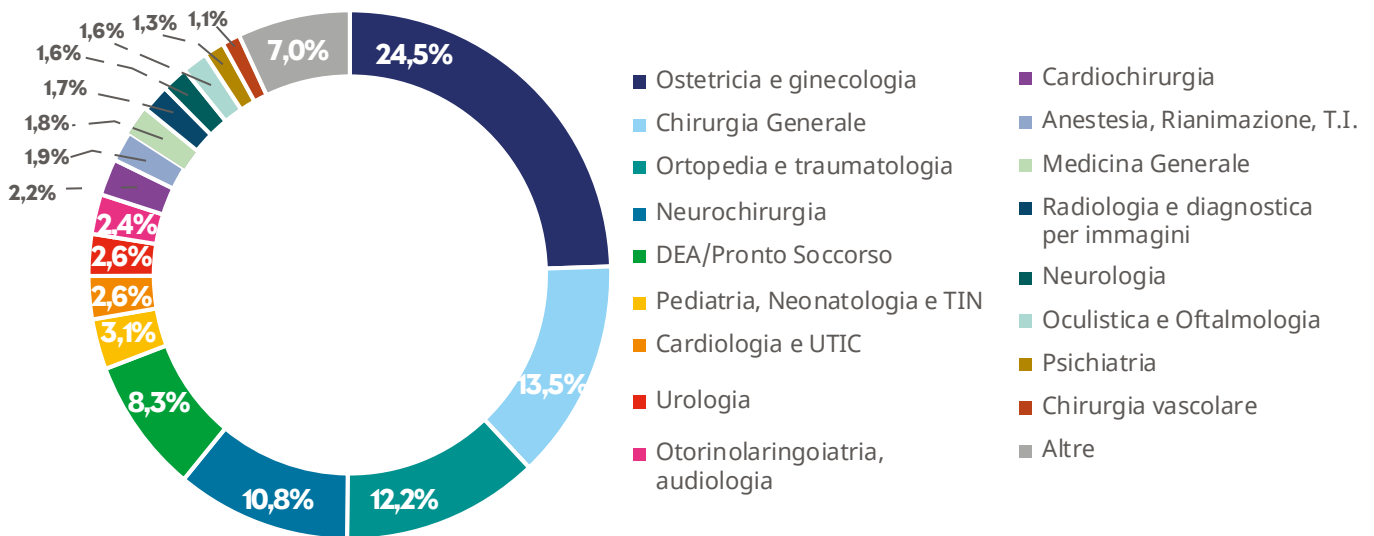
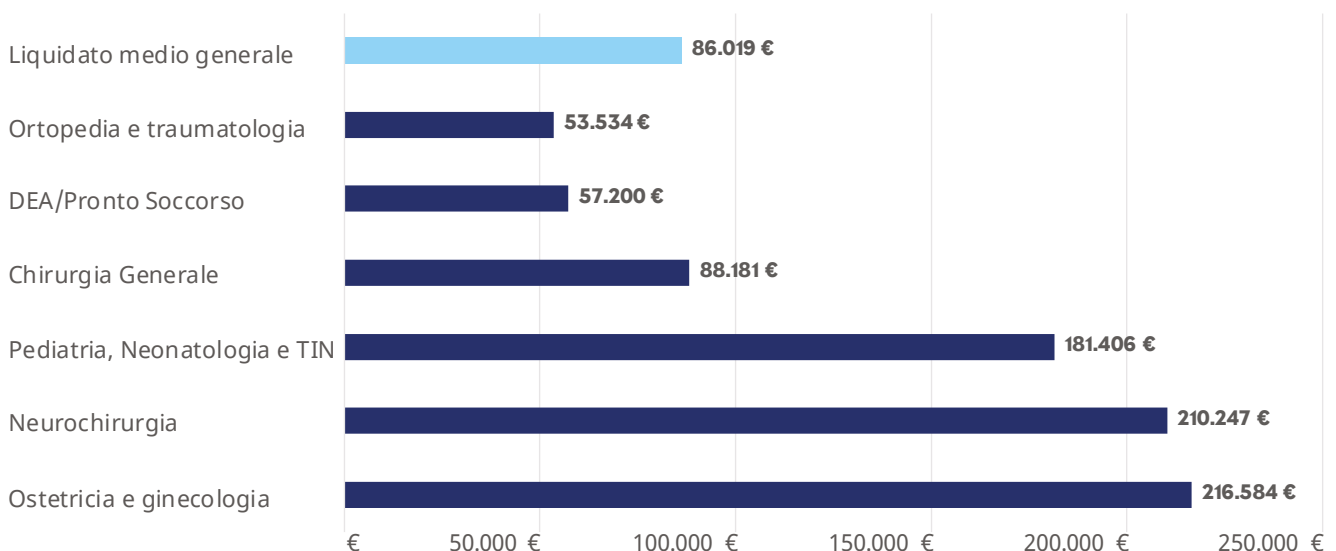


Grafico 3.15 Liquidato medio per sinistro per le principali Unità Operative



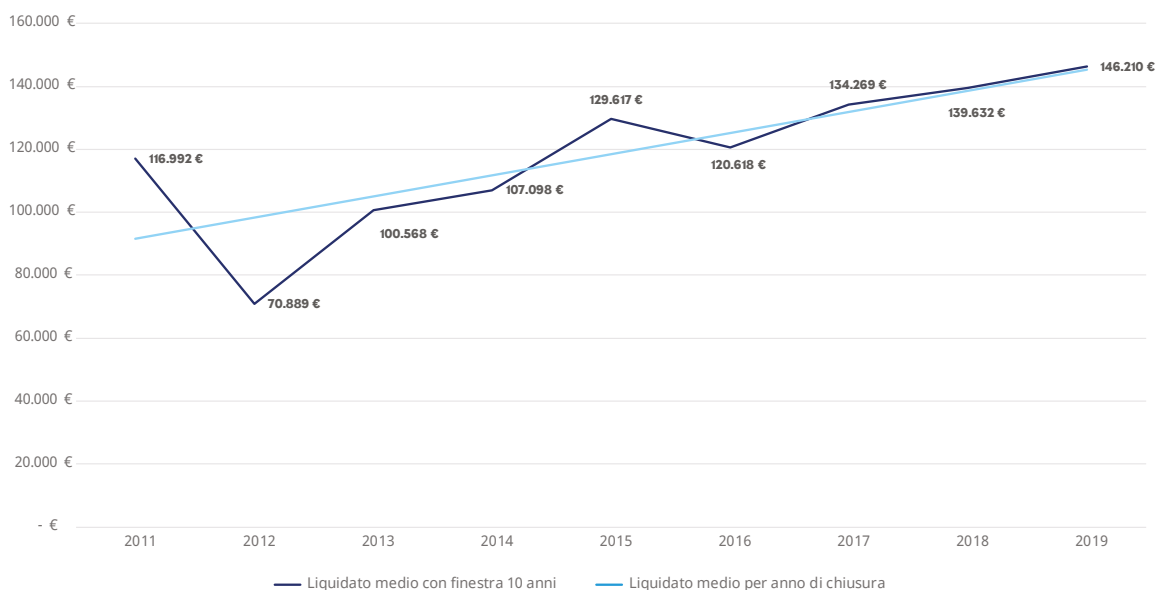
*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altre" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 2%.

3.3 IMPORTO RISERVATO

L'importo riservato medio per sinistro è pari a 127.800 €, valore che si colloca a metà fra quanto osservato nelle ultime due edizioni del report (è superiore rispetto allo scorso anno – 124.000 € - ma ancora inferiore rispetto all'edizione di due anni fa).

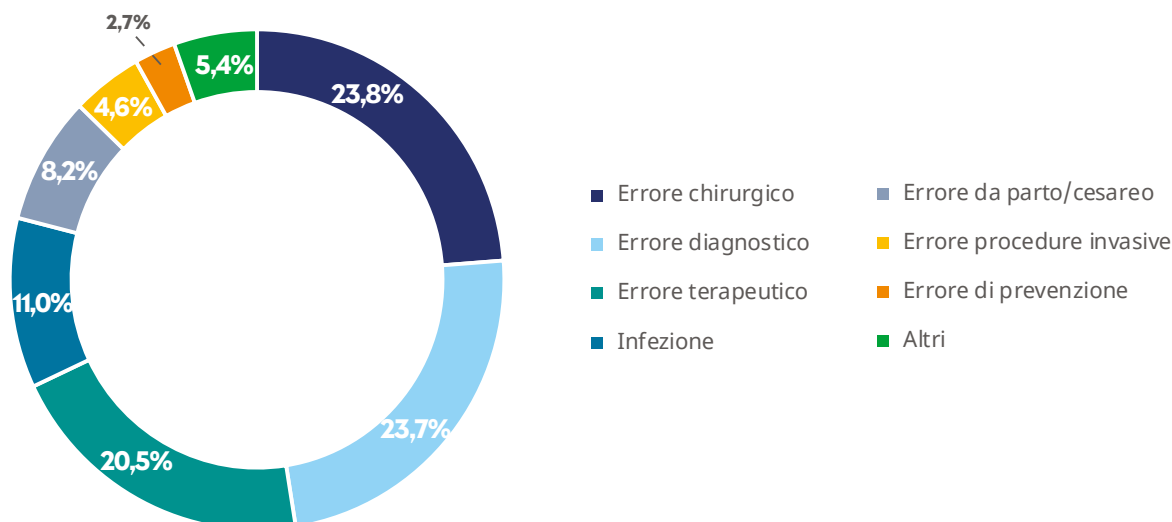
L'andamento del riservato medio per anno di denuncia conferma il trend in crescita osservato sul campione del Medmal negli anni.

Grafico 3.16 Riservato medio per sinistro per anno di denuncia



Analizzando l'incidenza delle diverse fonti di errore sul riservato totale, emerge una minore presenza dell'errore da parto rispetto agli errori terapeutici e alle infezioni: i danni da parto incidono sul totale riservato in una quantità pari alla metà della loro incidenza sul liquidato.

Grafico 3.17 Incidenza degli eventi denunciati sul riservato totale*

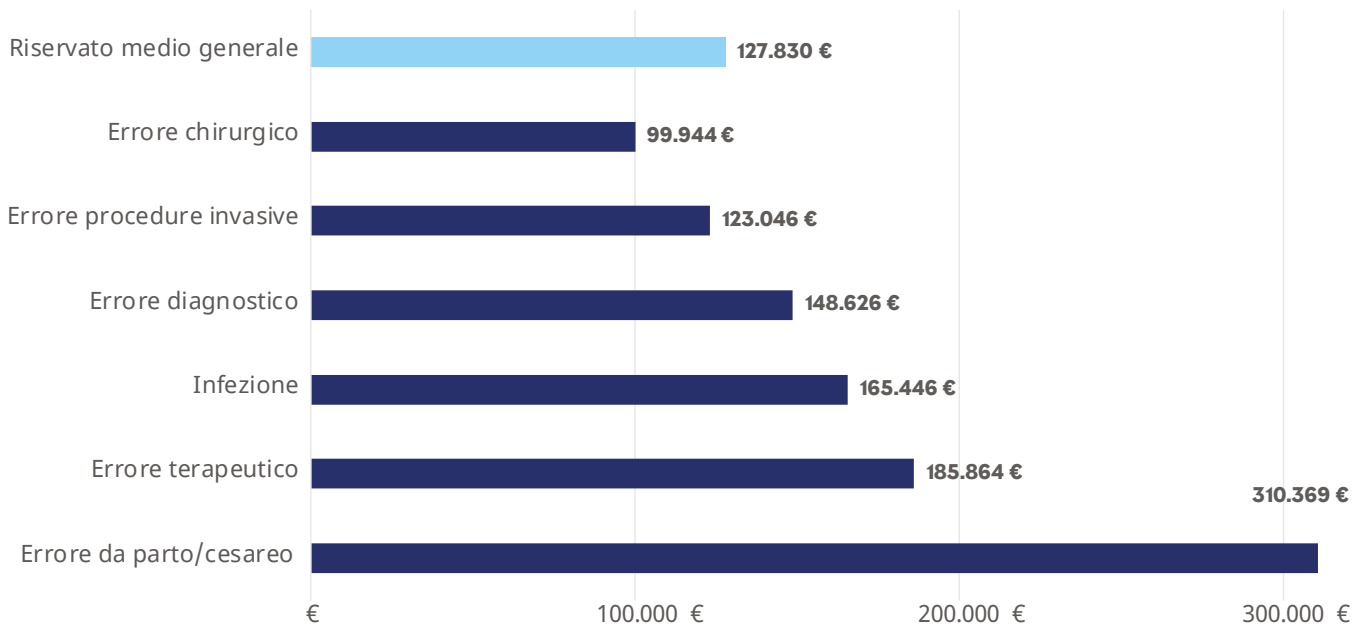


*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altri" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 1,5%.

Ciò premesso, gli errori da parto corrispondono al più elevato importo riservato medio per sinistro, pari a 310.000 €. Tale importo risulta peraltro inferiore all'esborso effettivo calcolato su questa tipologia di errore, pari a oltre 500.000 € per sinistro.

Analizzando i singoli importi, effettivamente, si nota che la riserva massima per un errore da parto è di 2.000.000 €, mentre gli importi liquidati superano tale cifra nell'8% dei casi, con importo massimo liquidato pari a oltre 4,5 milioni di euro.

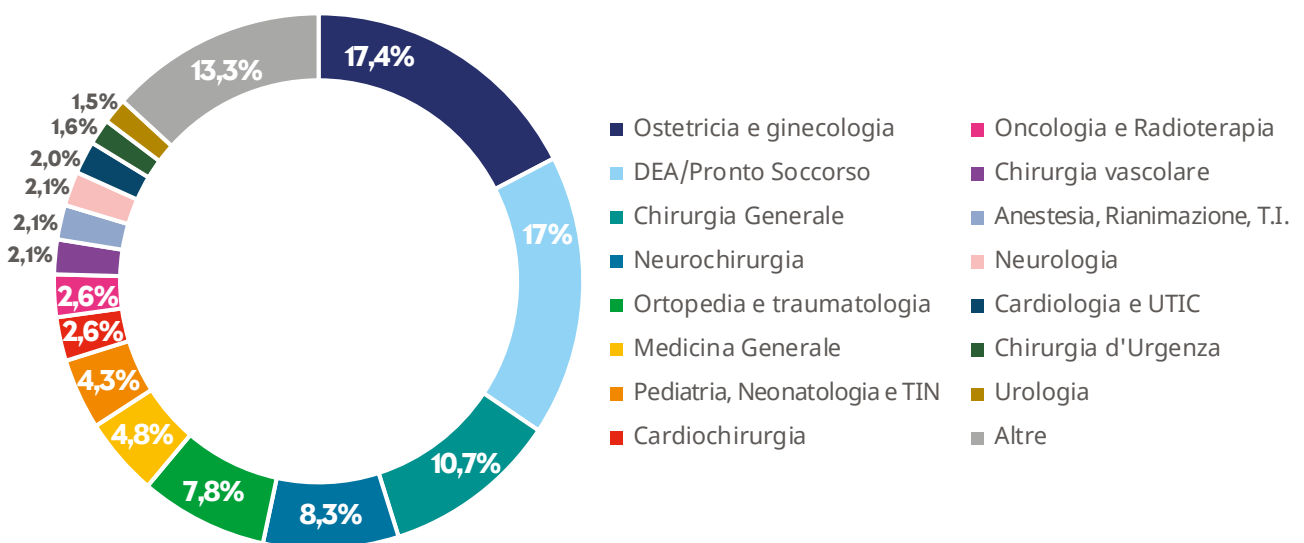
Grafico 3.18 Riservato medio per sinistro per le principali fonti di errore



In merito agli impatti delle diverse Unità Operative sul totale del riservato, Ostetricia e Ginecologia e DEA/ Pronto Soccorso sono presenti in percentuali simili intorno al 17% ciascuna.

Seguono le tre Unità Operative appartenenti all'area chirurgica che, in frequenza e impatto, sono sempre presenti ai primi posti fra le fonti di rischio (Chirurgia Generale, Neurochirurgia, Ortopedia e Traumatologia).

Grafico 3.19 Incidenza delle Unità Operative sul riservato totale*

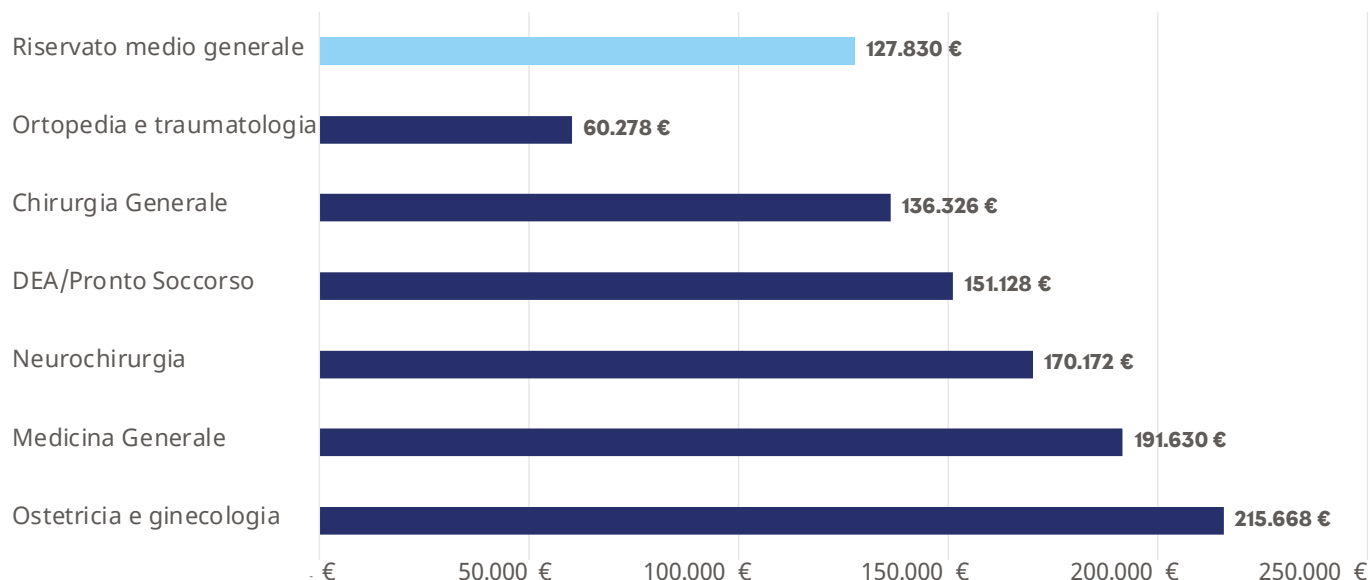


*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altre" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 1,5%.

Osservando l'importo riservato medio per sinistro associato alle singole specialità, si evidenzia che la Medicina Generale, che sugli effettivi esborsi incide in minima parte (meno del 2%), è in questo caso presente sia in percentuale maggiore che con importi medi significativi (una volta e mezzo superiori alla media).

Emerge al primo posto, come già osservato negli altri casi, l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia.

Grafico 3.20 Riservato medio per sinistro per le principali Unità Operative



Coerentemente con quanto effettuato finora, sono esclusi da questi grafici gli elementi con incidenze minime sul numero totale dei sinistri che possono però riportare importi medi elevati a causa di casi eccezionali con scarsa numerosità, che come anticipato costituiscono un argomento di minore interesse ai fini delle azioni di contenimento del rischio.

3.3 COSTO PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

Considerando le diverse tipologie di Aziende Sanitarie presenti nel campione, si osserva che il maggior costo medio per singola pratica si riferisce alle strutture di secondo livello, che trattano casi ad elevata complessità e sono dunque intrinsecamente esposte a un rischio maggiore. Si conferma, relativamente al liquidato medio, quanto osservato nella precedente edizione di questo report che vedeva al primo posto gli ospedali universitari.

Tabella 3.4 Importi medi per sinistro nelle diverse tipologie di Aziende Sanitarie

Tipologia di struttura	Costo medio per sinistro	Liquidato medio per sinistro	Riservato medio per sinistro
Secondo Livello	107.506 €	93.587 €	134.481 €
Universitario	103.244 €	96.371 €	118.592 €
Mono specialistico	102.118 €	88.203 €	115.797 €
Primo livello	97.369 €	72.315 €	128.022 €

3.4 TOP CLAIMS

Sono considerati Top Claims i sinistri con importo pari o superiore a 500.000 €. La frequenza di tali sinistri nel presente report è pari al 4,6% sul totale e il relativo impatto sul costo è del 44% (la percentuale di incidenza sul totale dei sinistri è analoga rispetto a quanto calcolato lo scorso anno, mentre scende di tre punti percentuali l'impatto economico).

Tabella 3.5 Top Claims – dati generali

TOP CLAIMS	
N. RRD	667
Costo totale	638.026.392 €
di cui riservato	275.517.668 €
di cui liquidato	362.508.724 €

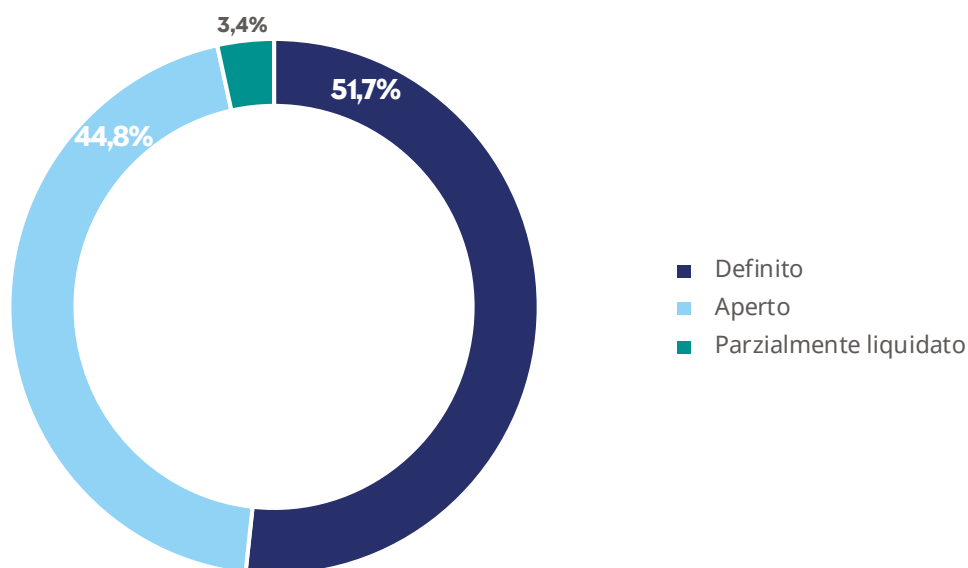
La maggior parte dei Top Claims si colloca nella fascia di importo compresa fra 500.000 € e 1 milione.

Tabella 3.6 Distribuzione dei Top Claims per fasce di costo

Fascia di costo	Numero sinistri	% su totale Top Claims
500.000 € - 999.999 €	445	66,7%
1.000.000 € - 1.999.999 €	183	27,4%
2.000.000 € - 2.999.999 €	27	4,0%
Uguale o superiore a 3.000.000 €	12	1,8%

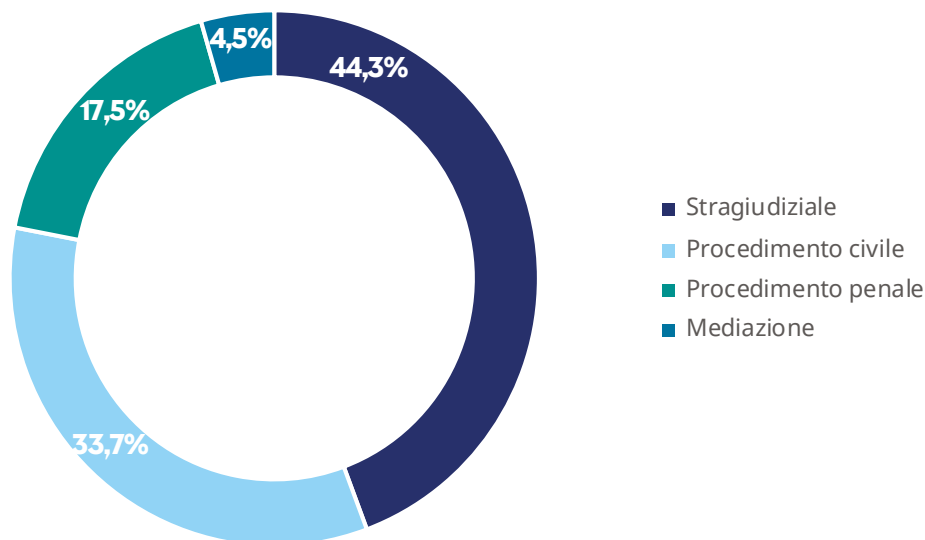
La distribuzione dello stato delle pratiche del campione dei Top Claims presenta sensibili differenze con quanto osservato sul totale dei sinistri. Le pratiche aperte sono infatti presenti in percentuale maggiore (37,5% sul totale complessivo), a ulteriore conferma del fatto che sinistri con importi economici elevati implicino una maggiore complessità di gestione e permangano dunque fra le pratiche in via di definizione per più anni.

Grafico 3.21 Distribuzione percentuale dello stato delle pratiche per i Top Claims



Anche le tipologie di procedimento presentano una distribuzione peculiare rispetto al campione generale dei sinistri: le pratiche giudiziali (civili + penali) superano infatti la metà dei casi e sono dunque presenti in una quota pari al doppio rispetto ai sinistri di importi inferiori.

Grafico 3.22 Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento per i Top Claims



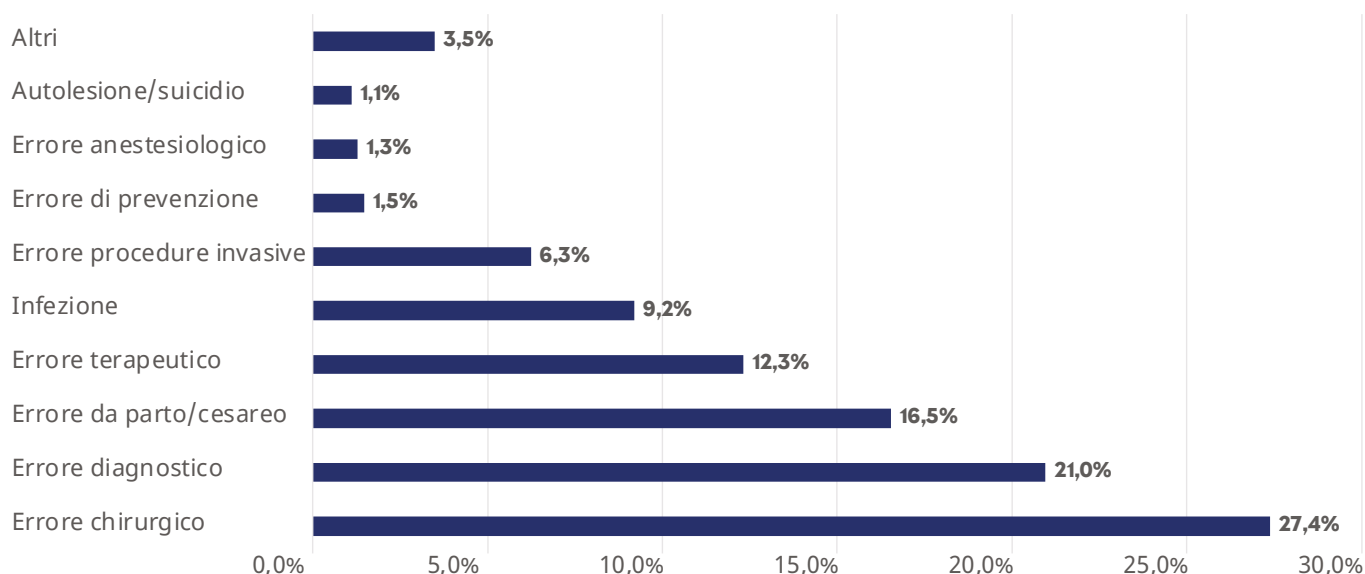
Inoltre, si osserva una maggiore incidenza dei decessi.

Tabella 3.7 Esito degli eventi avversi

Esito	% Top Claims	% campione generale
LESIONI	61,8%	87,8%
DECESSO	38,2%	12,2%

Le fonti di errore dei Top Claims sono invece analoghe a quanto osservato nel campione generale, con una prevalenza di errori chirurgici e diagnostici; gli errori da parto, che come si è visto nell'analisi economica corrispondono a importi più elevati rispetto alla media, sono maggiormente presenti all'interno dei Top Claims.

Grafico 3.23 Eventi denunciati nel campione dei Top Claims



NO ENTRAR





APPROFONDIMENTI

Anche la dodicesima edizione del MedMal Report presenta alcuni approfondimenti specifici, selezionati sulla base dell'evoluzione del profilo di rischio nazionale da medical malpractice osservato nel campione di Aziende partecipanti. I focus oggetto di studio sono:

- 1. Infezioni Nosocomiali:** In continuità con quanto proposto nelle precedenti edizioni del report, lo studio permette il monitoraggio annuale di un evento avverso legato ad un fenomeno in crescita e che costituisce una fonte di rischio importante per le Aziende Sanitarie nonché, in molti casi, facilmente prevenibile.
- 2. Eventi in Pronto Soccorso:** Il focus dedica particolare attenzione agli errori diagnostici, che ne costituiscono la maggior parte. Questa Unità Operativa, come si è visto in occasione dell'analisi delle frequenze, presenta infatti un rischio che tende a crescere negli anni e rappresenta dunque un argomento di interesse per le finalità di questo report e per le Aziende Sanitarie in generale.
- 3. Sinistri da Covid-19:** A poco più di un anno dall'inizio della pandemia iniziano infatti a emergere i primi effetti sulle richieste di risarcimento che pervengono alle strutture sanitarie, rendendo possibile – e a tratti necessario – approfondire questo fenomeno in modo da poter indicare quali trend le Aziende Sanitarie potrebbero aspettarsi in merito. L'approfondimento sul COVID-19 si differenzia dagli altri in quanto include tutti i sinistri con anno di accadimento 2020, provenienti sia dalle strutture pubbliche che private e che possono coinvolgere anche gli operatori.

4.1 LE INFEZIONI NOSOCOMIALI

Le infezioni ospedaliere o nosocomiali sono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria. Si definiscono così quelle infezioni insorte nel corso di un ricovero ospedaliero, o dopo le dimissioni, che non erano in incubazione o manifeste clinicamente al momento dell'accesso e che si rendono evidenti a 48 ore o più dal ricovero.

Il fenomeno delle infezioni ospedaliere è solo in parte osservabile attraverso i database dei sinistri, in quanto una quota rilevante di tali eventi non viene denunciata ma è comunque presente all'interno delle strutture sanitarie rappresentando, quindi, un costo per l'Azienda sia in termini di prolungamento della degenza e cure necessarie alla gestione del fenomeno infettivo, sia in termini di rischio aggiuntivo di potenziale altri evento avverso.

Secondo il primo rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie, nonché e una significativa mortalità in eccesso. Secondo quanto riporta il Ministero della Salute, in Europa le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza
- 37.000 decessi attribuibili
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa.

I costi vengono stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Uno studio nazionale di prevalenza, condotto utilizzando il protocollo dell'ECDC e pubblicato sul sito del Ministero della Salute, ha rilevato una frequenza di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale, mentre nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA. Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima attualmente che possa esserlo una quota superiore al 50%.

Pertanto, diventa opportuno sorvegliare selettivamente gli eventi infettivi che sono attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza e quindi prevenibili attraverso l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano condizioni asettiche.

La prevenzione e il controllo delle ICA in tutte le strutture assistenziali rappresentano interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.

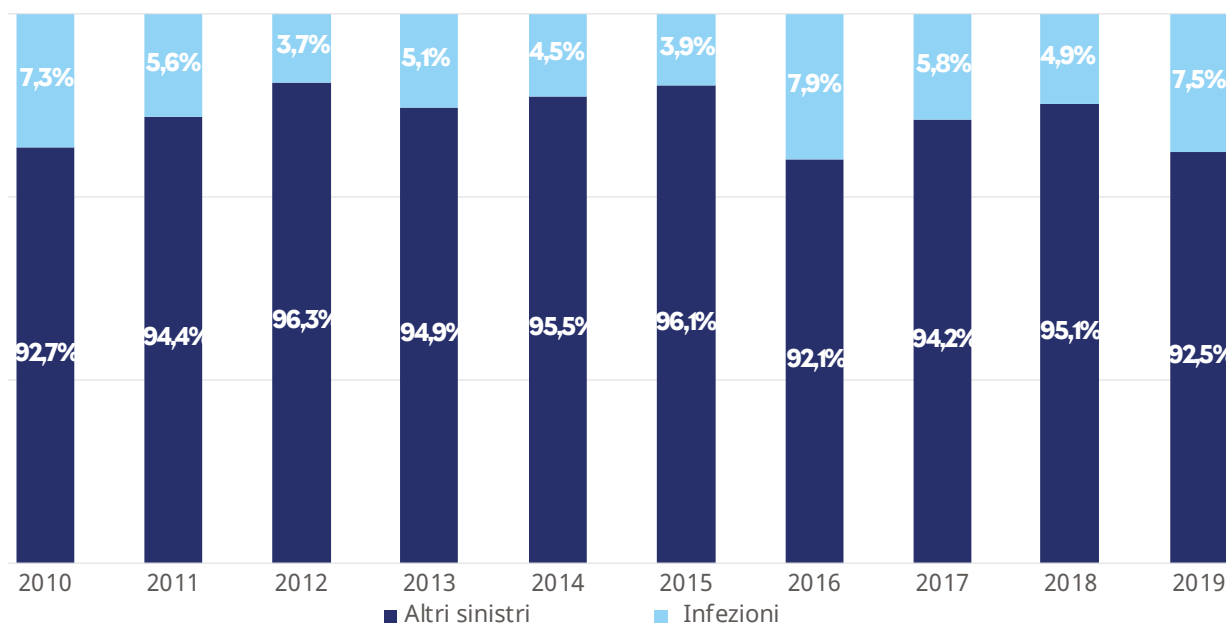
Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.

Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni sia in ospedale che in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere. Occorre cioè pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli, per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive, e, allo stesso tempo, svolgere attività di comunicazione alla popolazione e formazione agli operatori sanitari, anche per mantenere la fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie.

Nel corso delle analisi di costo e frequenza precedentemente presentate è emerso che le infezioni ospedaliere incidono sul numero totale dei sinistri per il 7,4% e per l'8,6% sul costo totale, rivelandosi inoltre come un fenomeno a cui è associato uno dei costi medi più elevati per singola pratica, superando i 126.000 €. Tale fenomeno impatta in modo rilevante anche sui tempi di gestione (liquidazione) delle pratiche che risultano fra i maggiori rispetto alle altre tipologie di errore (quasi 3 anni).

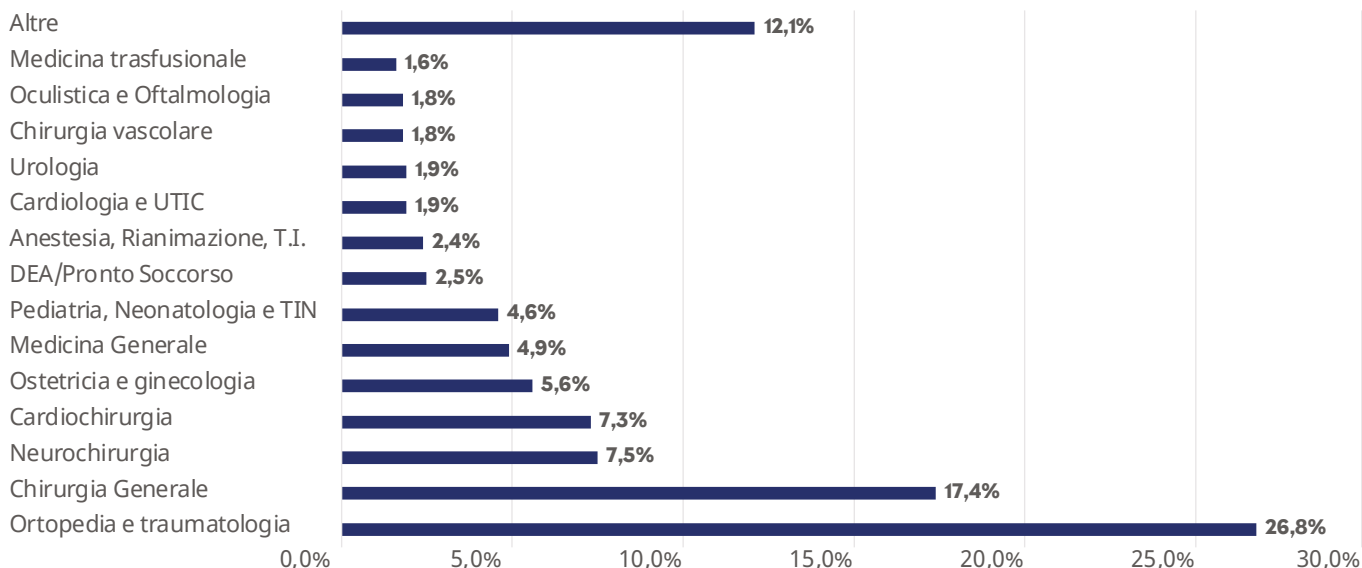
Come si osserva nel grafico 4.1, l'incidenza delle infezioni ospedaliere sul totale dei sinistri analizzati va diminuendo dal 2016 al 2018, per poi subire un incremento nel corso del 2019.

Grafico 4.1 Incidenza delle infezioni ospedaliere sul totale dei sinistri



In linea con quanto osservato nella scorsa edizione del Medmal Report, le Unità Operative maggiormente colpite da sinistri derivanti da infezioni ospedaliere appartengono all'area chirurgica. Oltre un quarto dei sinistri da infezione, nello specifico, proviene dalla specialità di Ortopedia e Traumatologia.

Grafico 4.2 Unità Operative maggiormente coinvolte in sinistri da infezione



Altra informazione di rilievo nell'analisi sui sinistri derivanti da ICA è relativa alla tipologia di conseguenze delle stesse. Da tale studio si rileva infatti che le infezioni ospedaliere denunciate provocano decessi in percentuale maggiore rispetto a quanto osservato nel campione generale dei sinistri da medical malpractice. Come si osserva nella tabella, i casi di decesso sono infatti il 17%.

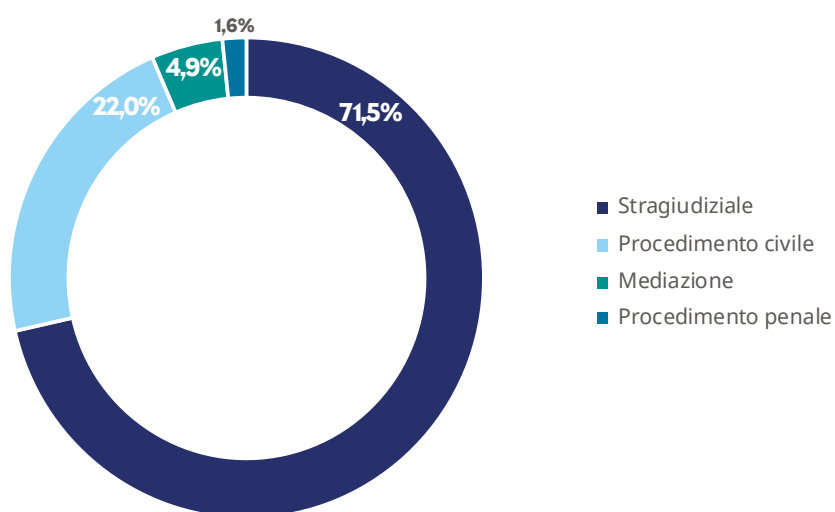
Questo fattore contribuisce a innalzare il costo medio dei sinistri da infezione che, come già affermato, è fra i più alti del campione.

Tabella 4.1 Esito dei sinistri da infezione

Esito	% Top Claims	% campione generale
LESIONI	82,8%	87,8%
DECESSO	17,2%	12,2%

Relativamente alle tipologie di pratica, si evidenzia un maggiore ricorso alla mediazione piuttosto che ai procedimenti penali, che sono presenti in minima parte. Prevalgono comunque le pratiche gestite in via stragiudiziale, in modo analogo alle altre fonti di rischio analizzate.

Grafico 4.3 Tipologia di pratica per i sinistri da infezione



Laddove a database fosse disponibile, oltre alla classificazione, anche una descrizione dettagliata della dinamica dell'evento lesivo, si è proceduto a riclassificare i casi a seconda della tipologia di infezione contratta dal paziente. È stato così possibile isolare un campione di 672 sinistri sui quali è stata condotta un'analisi approfondita.

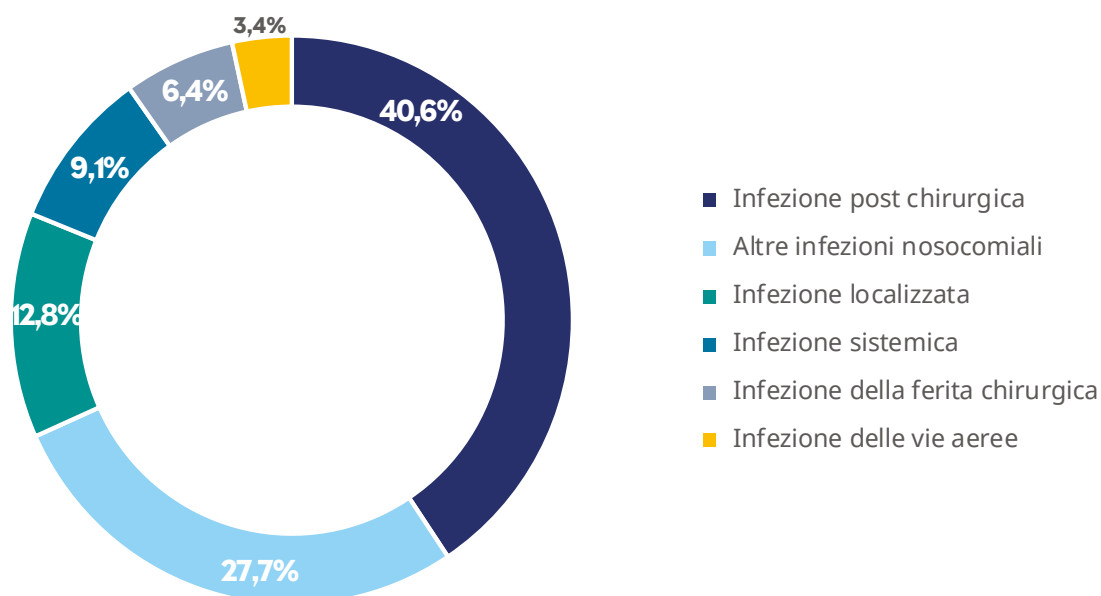
Di seguito si riporta la classificazione proposta, che rispetto allo scorso anno fornisce un ulteriore dettaglio sull'infezione localizzata della ferita chirurgica, precedentemente accorpata alle infezioni post-chirurgiche.

Tabella 4.2 Classificazione di dettaglio dei sinistri da infezione

Infezione post-chirurgica	Infezione sviluppata in diretta conseguenza di un intervento chirurgico, esclusa la ferita localizzata della ferita chirurgica
Infezione della ferita chirurgica	Infezione localizzata della ferita chirurgica
Infezione sistemica	Qualunque infezione contratta durante il ricovero che sfocia in sepsi/shock settico
Infezione apparato respiratorio	Infezione contratta durante il ricovero che interessa le vie aeree (es. polmonite)
Infezione localizzata	Infezione che interessa una specifica parte del corpo, contratta durante il ricovero in seguito a trattamenti non chirurgici
Altra infezione nosocomiale	Altre infezioni collegate al ricovero

Sulla base di questa classificazione si evidenzia, coerentemente con la maggior presenza di infezioni rilevata nelle specialità chirurgiche, che i sinistri maggiormente ricorrenti insorgono nelle degenze successive a interventi chirurgici.

Grafico 4.4 Classificazione dei sinistri da infezione ospedaliera



Rispetto alla precedente edizione del MedMal Report si osserva una prevalenza delle infezioni localizzate sulle sistemiche. Le infezioni post-chirurgiche, invece, pur rimanendo la prima fonte di sinistro, sono presenti in percentuale inferiore a favore delle altre infezioni nosocomiali. Un approfondimento aggiuntivo sulla tematica viene restituito analizzando, inoltre, il dettaglio delle tipologie di infezioni presenti nelle principali specialità coinvolte in sinistri. Le infezioni post-chirurgiche prevalgono in tutte le Unità Operative tranne in Cardiochirurgia e Ostetricia e Ginecologia, dove le altre infezioni nosocomiali sono presenti in numero maggiore.



Tabella 4.3 Tipologie di infezioni nelle principali UO analizzate

Ortopedia e traumatologia	
Infezione post-chirurgica	66,5%
Infezione ferita chirurgica	11,8%
Infezione localizzata	10,6%
Altre infezioni nosocomiali	6,5%
Infezione sistemica	2,9%
Infezione delle vie aeree	1,8%
Chirurgia Generale	
Infezione post-chirurgica	41,5%
Altre infezioni nosocomiali	37,2%
Infezione localizzata	10,6%
Infezione sistemica	6,4%
Infezione ferita chirurgica	4,3%
Neurochirurgia	
Infezione post-chirurgica	62,9%
Altre infezioni nosocomiali	11,3%
Infezione ferita chirurgica	9,7%
Infezione localizzata	6,5%
Infezione sistemica	6,5%
Infezione delle vie aeree	3,2%
Cardiochirurgia	
Altre infezioni nosocomiali	41,5%
Infezione post-chirurgica	37,2%
Infezione localizzata	10,6%
Infezione delle vie aeree	6,4%
Infezione ferita chirurgica	4,3%
Ostetricia e ginecologia	
Altre infezioni nosocomiali	39,0%
Infezione post-chirurgica	24,4%
Infezione sistemica	17,1%
Infezione localizzata	14,6%
Infezione ferita chirurgica	4,9%

Per ogni tipologia di infezione analizzata sono stati individuati il costo massimo e il costo medio, calcolato escludendo le pratiche senza seguito e quelle non valorizzate.

Il costo massimo presente a database si riferisce alle infezioni post-chirurgiche, seguite da quelle sistemiche; il costo medio maggiore per singola pratica si riferisce invece alle infezioni delle vie aeree che, come si vedrà in seguito, sono quelle collegate al maggior numero di decessi.

Nel grafico successivo è visualizzato il dettaglio del liquidato e riservato massimo per ogni tipologia di infezione. Emerge che il massimo esborso si riferisce alle infezioni sistemiche, con importo liquidato superiore a 1,2 milioni di euro.

Grafico 4.5 Costo massimo e costo medio per tipologia di infezione

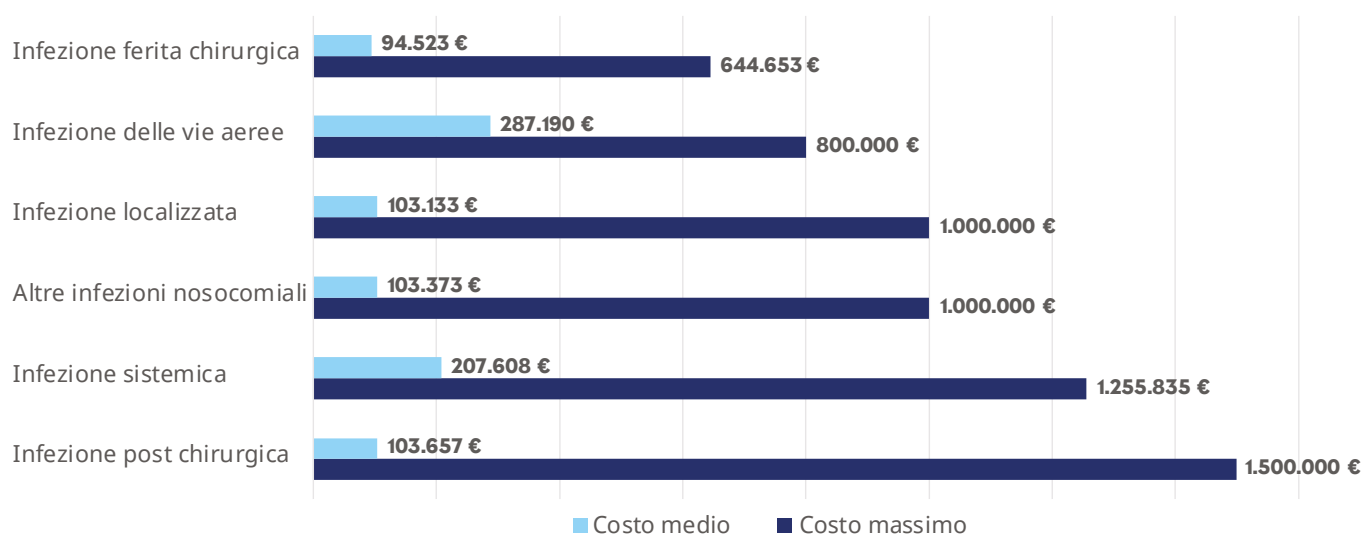
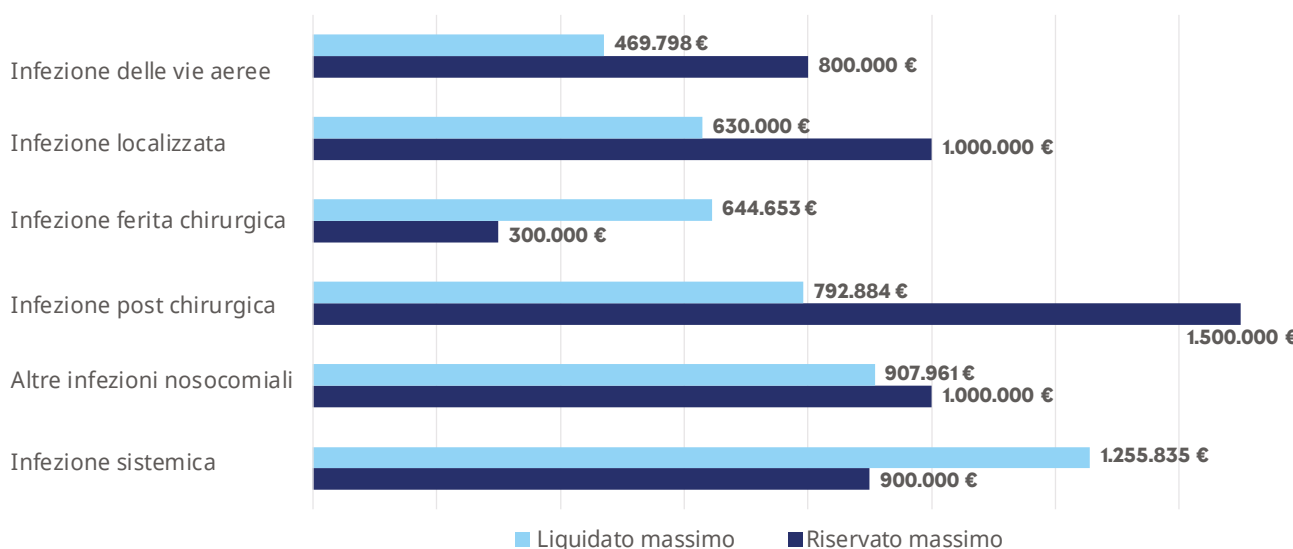
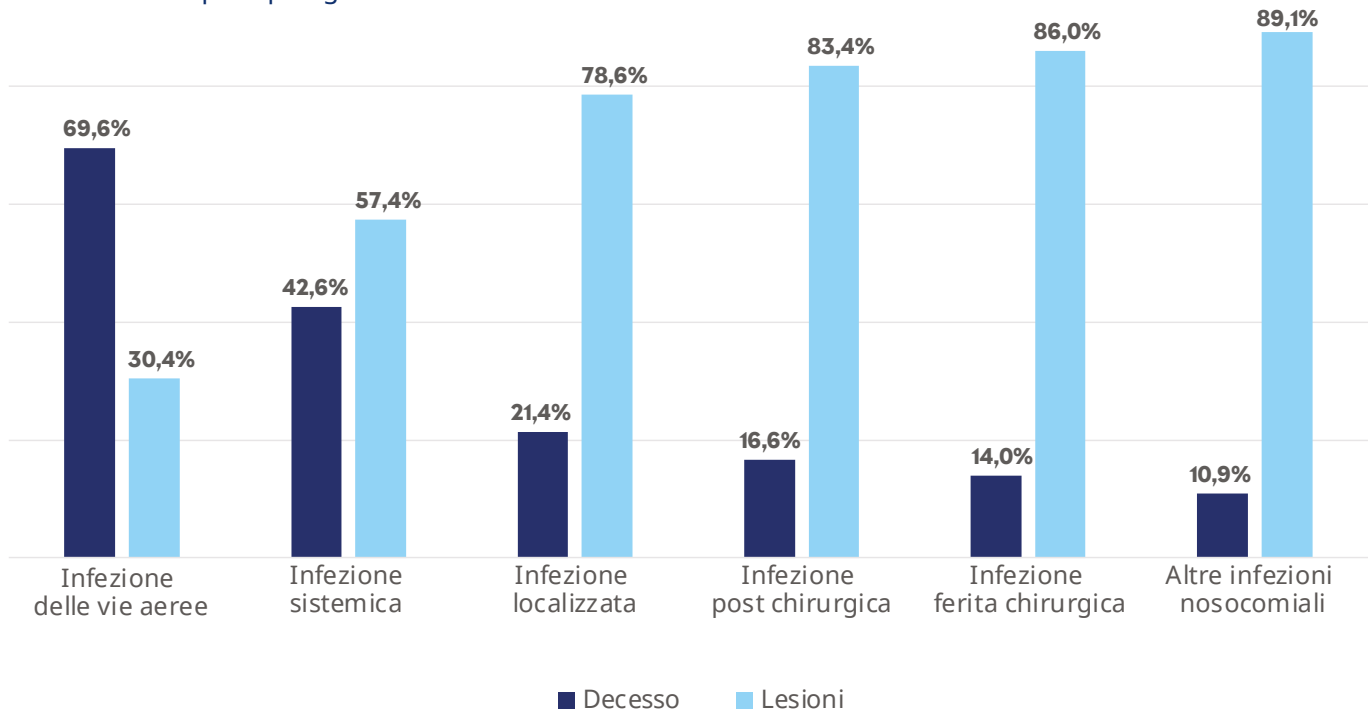


Grafico 4.6 Importo massimo liquidato e riservato per tipologia di infezione



Come anticipato, e in linea con quanto osservato nella precedente edizione del Medmal Report, le infezioni delle vie aeree sono caratterizzate dal maggior numero di decessi, con una casistica pari al 70% sul totale del campione specifico.

Grafico 4.7 Esito per tipologia di infezione

Si è infine proceduto al calcolo degli indicatori di rischio specifici per le infezioni ospedaliere, per le quali sono identificati, parallelamente a quanto eseguito sul campione generale, i tassi di frequenza e costo dei sinistri parametrati ad alcuni indici di attività: il tasso di frequenza è calcolato sul totale dei ricoveri e sul totale degli interventi chirurgici, mentre per l'indicatore economico viene considerato il costo associato ai sinistri denunciati in seguito allo svilupparsi di infezioni ospedaliere.

Si evidenzia una lieve diminuzione sia in termini di costo che di frequenza.

Tabella 4.4 Indicatori di frequenza e costo dei sinistri da infezione ospedaliera

Infezioni			
0,07	Per 1000 ricoveri	8,57 €	Per ricovero
0,06	Per 1000 interventi chirurgici	6,56 €	Per intervento chirurgico

Per interpretare correttamente questo dato occorre specificare che i tassi sono calcolati sulla base del numero di infezioni che dà luogo a una richiesta di risarcimento, escludendo dunque tutte le altre infezioni contratte durante il percorso di cure che non vengono poi denunciate. I rischi e i costi stimati si riferiscono pertanto in modo esclusivo al perimetro delle infezioni denunciate, e non totali, presenti nelle Aziende Sanitarie analizzate. Per avere un'idea della portata effettiva delle infezioni ospedaliere, che anche in assenza di sinistri rappresentano un costo per le strutture come già premesso, si consideri che l'Istituto Superiore di Sanità stima l'insorgenza delle infezioni nel 5-8% dei pazienti ricoverati.

4.2 GLI EVENTI IN PRONTO SOCCORSO

Sulla base dell'analisi delle statistiche sinistri delle Aziende incluse nel presente studio, come anticipato nelle sezioni precedenti, la dodicesima edizione del MedMal Report identifica come seconda Unità Operativa maggiormente a rischio il DEA/Pronto Soccorso.

Le caratteristiche peculiari del Pronto Soccorso (livello di attività elevato, problematiche molteplici e variabili, trattamenti brevi e concentrati, carico di informazioni da elaborare notevole, decisioni immediate che richiedono una corretta interpretazione di una serie di referti quali esami di laboratorio, ECG, RX, ecc., non sempre tempestivi e affidabili), rispetto alle altre Unità Operative oggetto d'analisi, lo rendono particolarmente a rischio per errori, eventi avversi e quindi potenzialmente richieste di risarcimento danni.

Due processi tipici di tale Unità Operativa su cui si concentra il maggior rischio sono la corretta attribuzione del codice triage, che consente di stabilire la priorità di intervento e la gestione dei flussi dei pazienti (aspetto ancor più centrale nel momento storico di emergenza sanitaria che stiamo attraversando), e il processo di diagnosi, da cui dipendono l'appropriatezza del percorso del paziente e il prosieguo dell'iter clinico assistenziale, anche domiciliare.

Un errore, un'omissione o un ritardo nella fase diagnostica possono infatti produrre gravi conseguenze in termini di necessità di cure aggiuntive, prolungamento della degenza, reingressi in Pronto Soccorso, invalidità permanente o addirittura decessi.

Il presente focus verterà proprio su tali tematiche. Come anticipato nell'analisi generale dei sinistri, il Pronto Soccorso rappresenta la seconda fonte di rischio, preceduto dall'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia, incidendo sul campione nazionale delle richieste da medical malpractice per il 14% e sul loro costo totale per il 12%. Sebbene il costo medio associato a una pratica del Pronto Soccorso non sia fra i più elevati (92.600 €), la numerosità dei sinistri che derivano dalle attività svolte al suo interno ne fanno un oggetto di primaria attenzione per il Risk Management.



L'andamento dei sinistri in Pronto Soccorso appare irregolare, con un picco nel 2015 e un andamento in crescita fino al 2018, per poi rappresentare una percentuale più contenuta nel 2019. La percentuale di decessi derivanti dai sinistri avvenuti in Pronto Soccorso è superiore a quanto osservato nel campione generale, con un dato del 18% sul totale dei sinistri denunciati al suo interno.

Grafico 4.8 Andamento dei sinistri in Pronto Soccorso sul totale dei sinistri analizzati

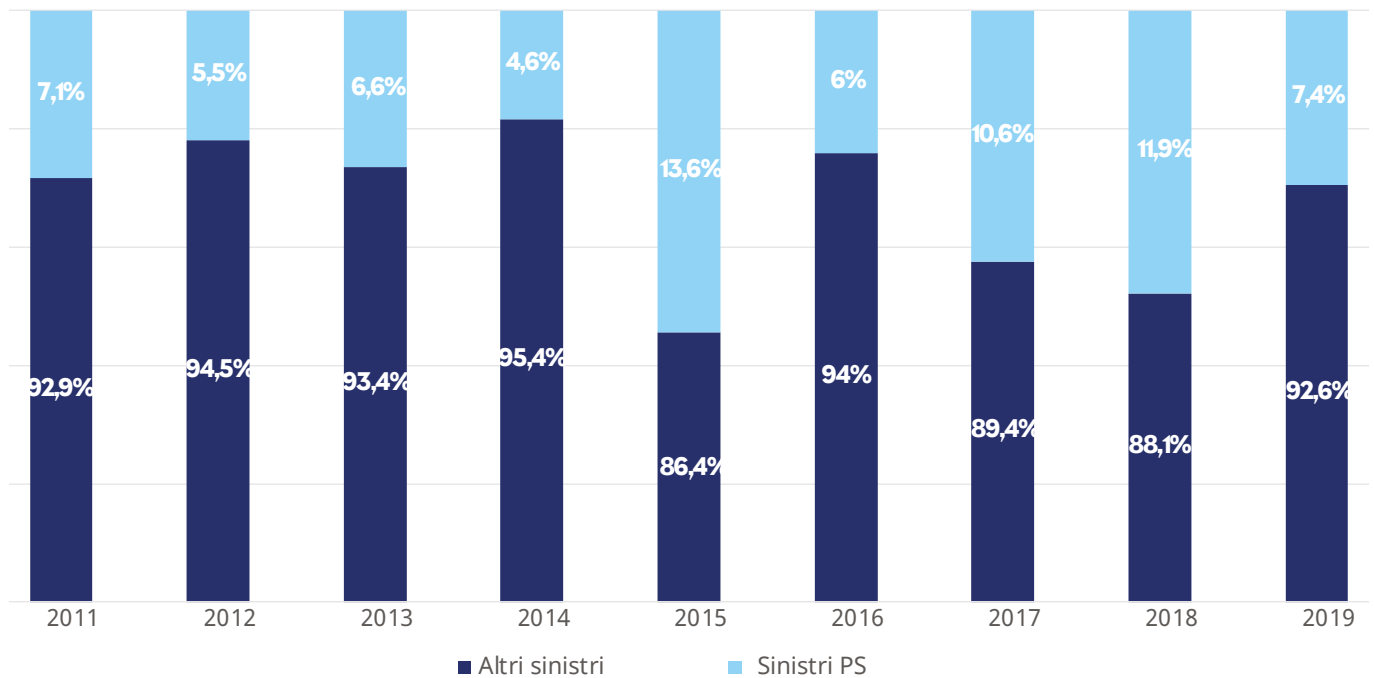
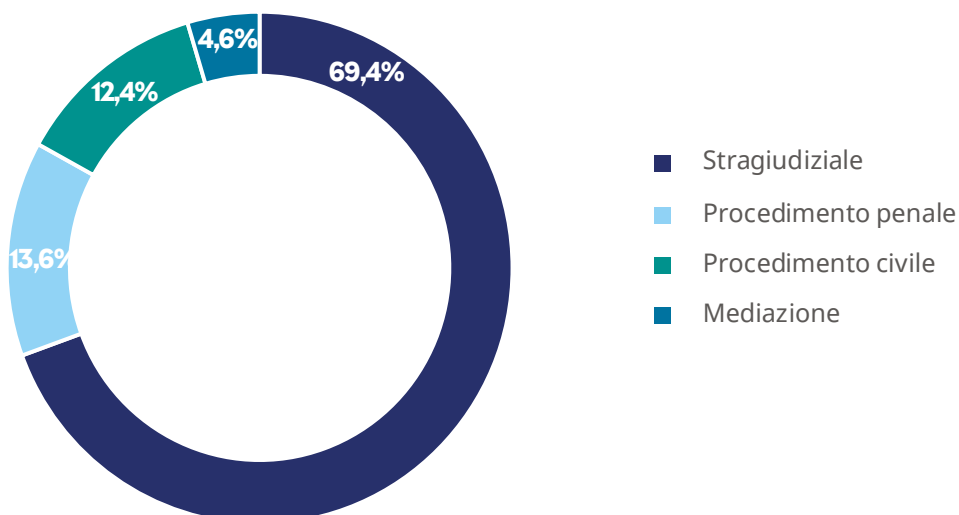


Tabella 4.5 Esito dei sinistri in Pronto Soccorso

	Pronto Soccorso	Campione generale
LESIONI	81,7%	87,8%
DECESSO	18,3%	12,2%

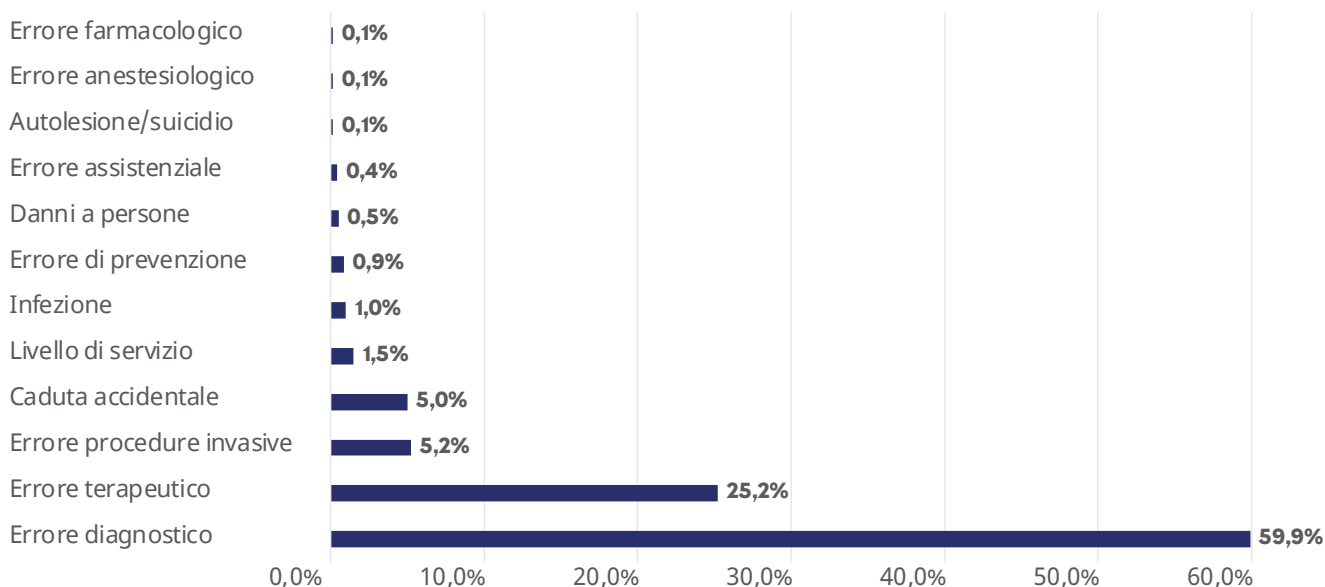
Emerge inoltre una percentuale di procedimenti penali pari al doppio rispetto alla media osservata sul totale delle Unità Operative.

Grafico 4.9 Tipologia delle pratiche in Pronto Soccorso



Il 60% degli eventi avversi denunciati in Pronto Soccorso si sviluppa in conseguenza di procedure diagnostiche, in linea con i principali servizi erogati nella specialità in esame.

Grafico 4.10 Eventi denunciati in Pronto Soccorso



Come anticipato nell'introduzione di questo focus, la fase diagnostica è centrale per la sicurezza e la salute del paziente, oltre che per la determinazione del successivo percorso di cure. Si è dunque scelto in questa sede di approfondire gli eventi denunciati come errori diagnostici al fine di indagarne e comprenderne le dinamiche e gli effetti con un maggiore livello di dettaglio.

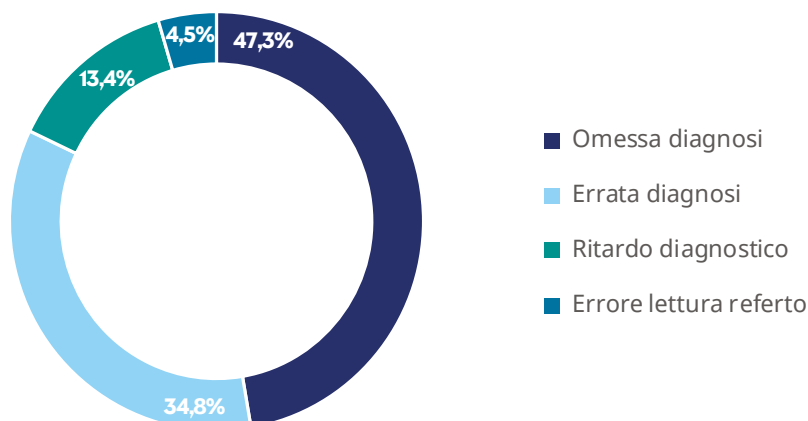
A tal proposito, laddove fossero disponibili le descrizioni degli eventi denunciati, si è proceduto a una riclassificazione finalizzata a comprendere il tipo di errore commesso o lamentato. Si sono dunque individuati 374 errori diagnostici per i quali è stato possibile definire le seguenti sottocategorie:

Tabella 4.6 Categorie di errori diagnostici

Omessa diagnosi	Mancata formulazione della diagnosi di una lesione o patologia
Errata diagnosi	Formulazione di una diagnosi errata
Ritardo diagnostico	Formulazione di una diagnosi corretta ma non tempestiva
Errore lettura referto	Errori nella lettura o comunicazione di un referto

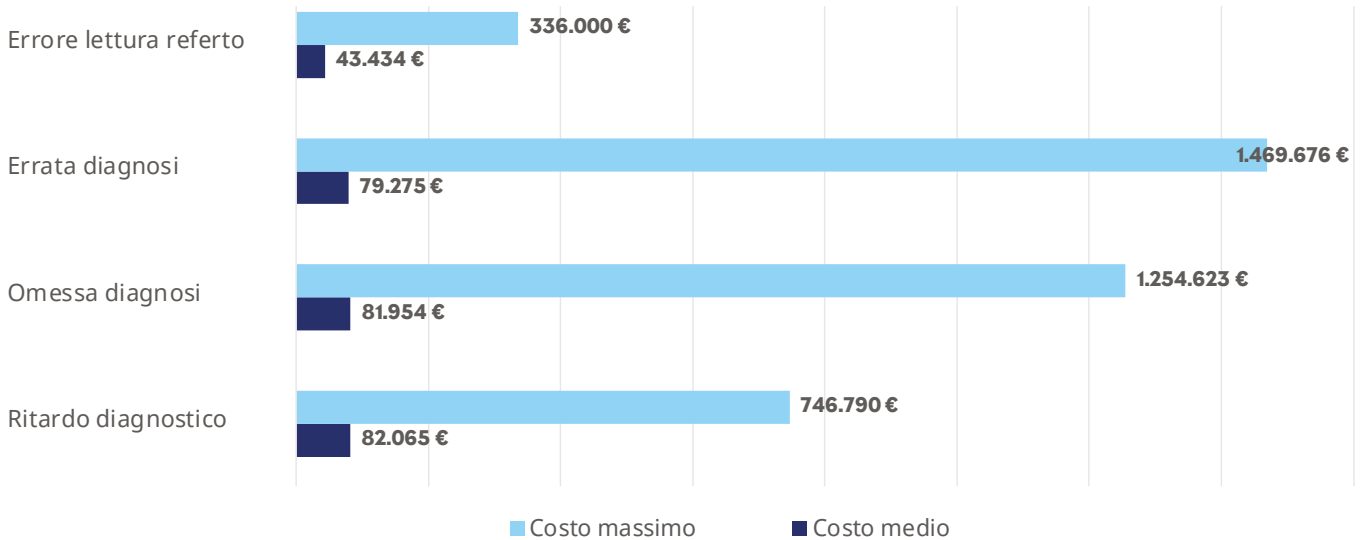
Osservando le informazioni così riclassificate è dunque possibile affermare che, sul totale degli errori diagnostici denunciati, la maggior parte sia riconducibile a omessa o mancata diagnosi (47%) mentre gli effettivi errori nella formulazione delle diagnosi sono al secondo posto con il 35%.

Grafico 4.11 Sottocategorie di errori diagnostici



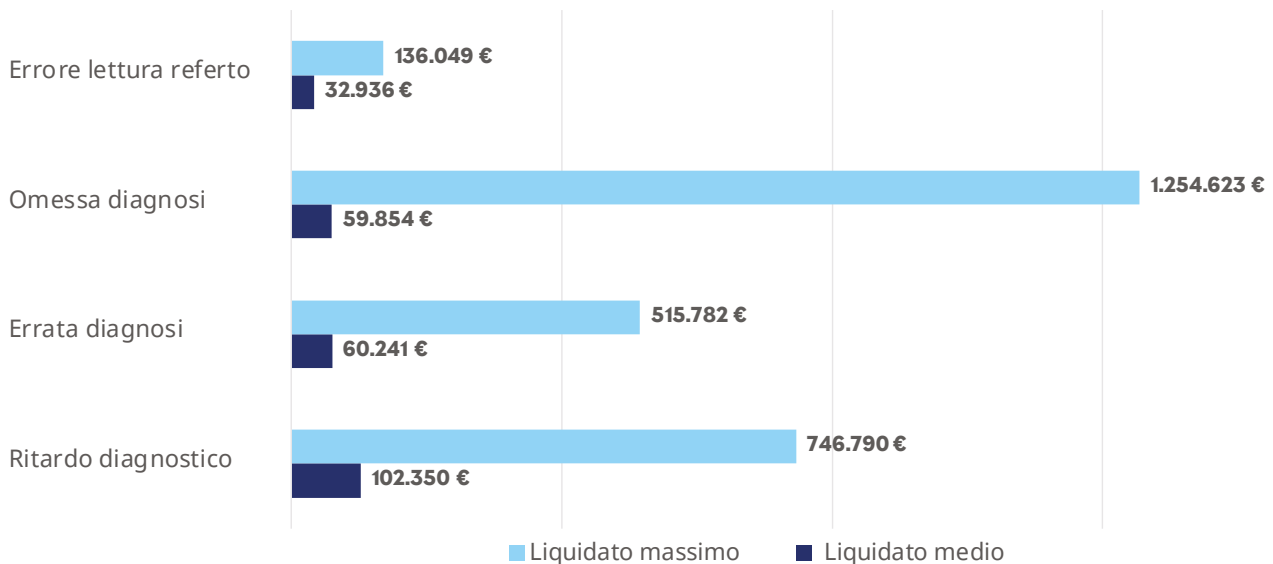
Considerando i dati economici disponibili sul campione selezionato, emerge che il costo medio più elevato per singola pratica si riferisce ai ritardi diagnostici. Il costo massimo rilevato è invece correlato alla formulazione di una diagnosi errata (quasi 1,5 milioni di €).

Grafico 4.12 Costo medio e costo massimo per ogni sottocategoria identificata



Considerando ora gli effettivi esborsi in termini di importo massimo liquidato, si evidenzia che tre voci su quattro rientrano nella categoria dei Top Claims (sinistri con costo maggiore o uguale a 500.000 €), ovvero le omesse diagnosi - oltre 1,2 milioni di euro - le diagnosi tardive - 747.000 € - e le diagnosi errate - 516.000 €. In questo caso il liquidato medio maggiore si riferisce ai ritardi diagnostici.

Grafico 4.13 Importo liquidato medio e liquidato totale per ogni sottocategoria identificata



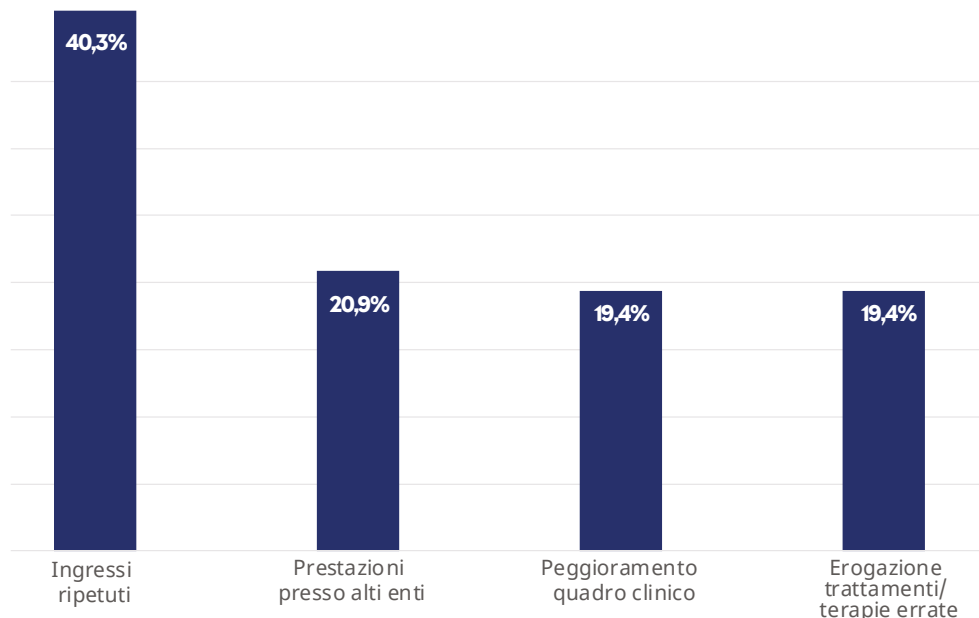
Entrando ancora di più nel merito degli errori diagnostici, un ulteriore studio è stato rivolto alle conseguenze derivanti dagli stessi sia per il paziente che per la struttura sanitaria. Da tale analisi si evince che nel 40% dei casi una omessa, tardiva o errata diagnosi conduce il paziente ad effettuare ingressi ripetuti presso il Pronto Soccorso, contribuendo ad alimentare dei picchi di sovraffollamento che determinano conseguenze indesiderabili e molto rilevanti sul piano della qualità delle cure e della sicurezza per i pazienti (come peggioramento degli outcome con un aumento della mortalità, ritardi di valutazione e trattamento, aumento dei tempi di degenza, rischio di nuovo ricovero a breve termine, ridotta soddisfazione del paziente ed esposizione a errori e quindi eventi avversi evitabili, con un notevole assorbimento di risorse operative).

Altra percentuale degna di rilievo, pari al 21%, è rappresentata dai pazienti che a causa di diagnosi errate, tardive o mancanti si recano presso altri enti, pubblici o privati, non avendo risolto la problematica per la quale era stato effettuato il primo accesso.

In quote analoghe, infine, si rilevano come conseguenze di errate/mancate diagnosi il peggioramento del quadro clinico, a cui si associa un prolungamento della degenza e il ricorso a ulteriori trattamenti e indagini diagnostiche potenzialmente evitabili, e l'erogazione di trattamenti o terapie errati in quanto fondati su un errore in fase diagnostica, che possono portare nel peggiore dei casi al decesso.

È evidente che tutte le condizioni fin qui elencate possono facilmente tradursi nell'incremento del contenzioso legale e dei relativi costi correlati. Pertanto, al fine di garantire una presa in carico del problema e consentire una risposta adeguata ai bisogni dei cittadini che si rivolgono al Pronto Soccorso, è necessario un impegno comune nell'attivazione di strategie di risk management che pongano il corretto governo dei flussi del paziente come una delle priorità organizzative.

Grafico 4.14 Conseguenze degli errori diagnostici



4.3 I SINISTRI DA COVID-19

La pandemia da Covid-19, che ha interessato il Paese, e il mondo intero, ha comportato uno stress senza precedenti sul sistema sanitario, nelle sue diverse articolazioni. Quest'ultimo è stato in effetti messo a dura prova, per un lasso di tempo significativo. Vista anche l'assenza di protocolli e linee guida condivise, l'assistenza territoriale non è stata in grado di arginare il diffondersi della pandemia. Di conseguenza, il sistema ospedaliero è stato oggetto di una enorme pressione e, in più occasioni, ha rischiato il collasso. In un simile contesto, inevitabilmente, ne hanno risentito anche la quantità e la tipologia di prestazioni offerte dal sistema sanitario, con effetti che potrebbero perdurare nel prossimo futuro. Se è vero che il timore del contagio ha avuto un ruolo importante nel ridurre la domanda di accesso a prestazioni sanitarie da parte degli utenti, al contempo i primi dati disponibili sull'assistenza sanitaria evidenziano come, in risposta all'emergenza della domanda correlata al Covid-19, tutti i servizi sanitari regionali hanno reagito limitando l'offerta ordinaria, rinviando gli interventi programmati differibili e scoraggiando la domanda non urgente, anche mossi dalla necessità di proteggere gli utenti dal rischio del contagio. È ragionevole ritenere che simili circostanze, per lo più tradottesi in ritardi

diagnostici e di trattamento, abbiano già avuto un impatto sulla salute dei cittadini, con particolare riferimento al campo delle patologie cardiovascolari ed oncologiche, come peraltro già messo in evidenza da parte della comunità scientifica.

Ci si interroga quindi se un simile scenario possa portare ad un aumento delle vertenze in materia di responsabilità civile da "medical malpractice" in termini anche esponenziali.

Dall'osservatorio Marsh, allo stato attuale, si registra un numero complessivamente ancora limitato di richieste risarcitorie per Covid-19 o correlate a quelli che possono definirsi effetti "secondari" del Covid da parte degli utenti del sistema sanitario.

Tuttavia, nonostante il numero ancora contenuto di sinistri, i dati disponibili consentono già di evidenziare come la pandemia e i riflessi spiegati sul sistema sanitario abbiano generato diverse tipologie di sinistro.

In particolare, le richieste di risarcimento per Covid attengono principalmente a ipotesi (i) di contagio avvenuto in ambito ospedaliero/sanitario, per cui viene ravvisata sostanzialmente una responsabilità automatica della struttura per la contrazione dell'infezione, ovvero (ii) di errata gestione e trattamento di pazienti ricoverati per Covid contratto in contesti estranei all'ambiente sanitario.



In controtendenza rispetto a quanto accade di norma, un elevato numero di richieste concerne poi i medici di medicina generale, nei cui confronti vengono lamentate carenze assistenziali (mancata/ritardata esecuzione di tamponi a fini diagnostici, errate prescrizioni farmacologiche per il trattamento del virus, etc.).

Numerose sono infine le richieste risarcitorie nei confronti delle strutture socio-assistenziali di lungodegenza, dove pazienti definibili "fragili" per disabilità, gravi patologie neurologiche e/o di età avanzata vivono a stretto contatto tra loro e con il personale (sanitario e non) che li assiste e, pertanto, sono maggiormente esposti al rischio di contagio e a un'evoluzione sfavorevole della malattia.

I danni lamentati variano dalle lesioni, tendenzialmente di lieve entità e spesso traducibili in mere invalidità temporanee o danni "psicologici" imputati alle incertezze degli effetti del contagio, a casi di decesso e conseguenti pretesi danni da morte del congiunto, specie nel caso delle strutture di lungodegenza.

Si registra poi un numero importante di richieste di risarcimento per i cosiddetti "effetti secondari" del Covid, di contenuto assai eterogeneo. I sinistri prevalenti e in progressivo aumento attengono ai danni alla persona, sia in termini di danni diretti sia sotto il profilo del danno da perdita di chances, per lacune organizzative e assistenziali nel trattamento di patologie acute o croniche diverse dal Covid, da ricollegare all'inevitabile redistribuzione di risorse e alla riconversione dei reparti, che hanno comportato una temporanea riorganizzazione dei percorsi di cura, una riduzione delle attività chirurgiche in elezione e la sospensione delle attività ambulatoriali su prenotazione.

Seguono richieste risarcitorie per danni psicologici o morali per difetti di comunicazione relativi alla refertazione di tamponi molecolari e/o accertamenti medici di altra natura; danni materiali per smarrimento di beni personali (dalle protesi acustiche o dentali sino agli indumenti personali o ai preziosi) di pazienti ricoverati nel contesto emergenziale; danni da limitazioni della libertà personale collegate ai periodi di quarantena domiciliare obbligata in assenza dei necessari presupposti.



Vi sono poi le richieste di risarcimento avanzate dagli operatori sanitari per contagio da Covid sul luogo di lavoro. Nella quasi totalità dei sinistri, le contestazioni mosse alle strutture vertono sostanzialmente sulla mancata adozione dei necessari dispositivi di protezione individuali e di adeguate misure di contenimento del contagio. Il numero dei sinistri per danni agli operatori, nettamente più significativo rispetto ai dati riscontrabili di consueto in materia di responsabilità civile operatori, riflette inevitabilmente il numero delle denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 segnalate all'INAIL dall'inizio della pandemia ai primi mesi del 2021, pari a circa un quarto del totale delle denunce di infortunio, e rispetto al quale il settore della sanità e assistenza sociale (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili...) ha registrato il 68,4% delle denunce segnalate (¹).

Ai fini dell'approfondimento oggetto della presente sezione, si evidenzia che l'analisi è stata condotta esaminando i sinistri con anno evento 2020 e 2021, laddove fossero presenti nei diversi database aziendali presi a campione.

Non essendo disponibile una classificazione univoca per i sinistri da COVID-19, è stato possibile accertare l'esistenza di sinistri direttamente legati alla pandemia solo in presenza di descrizioni complete che chiarissero la dinamica dell'evento, circostanza che ha imposto di inserire nel presente focus un campione di aziende maggiormente ristretto rispetto al campione generale.

Il campione analizzato si compone dunque di:

- 14 Aziende Sanitarie pubbliche di diversa natura, dimensione e provenienza geografica, con prevalenza nel Nord Italia;
- 6 strutture e gruppi privati dedicati all'assistenza ospedaliera e territoriale, con particolare riferimento ai percorsi socio-assistenziali di lungodegenza (RSA - ADI - Centri diurni).

Il campione così composto ha generato, fra il 2020 e il 2021, 278 sinistri così suddivisi:

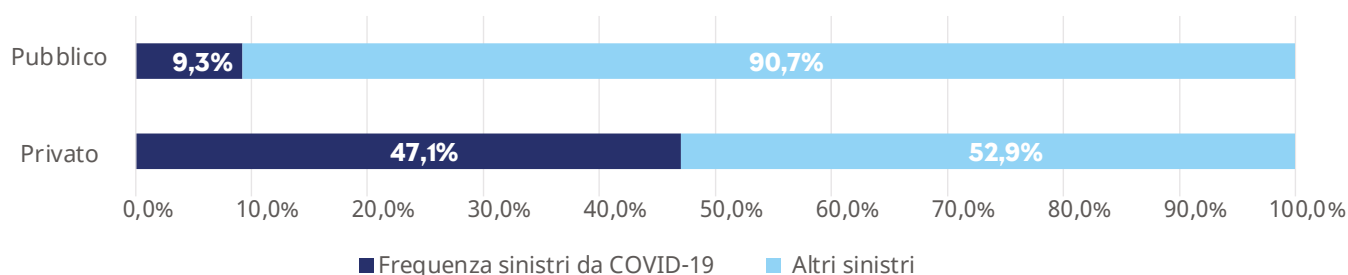
Tabella 4.7 Sinistri con anno di accadimento 2020 e 2021

Regime	Sinistri con anno evento 2020-21	Entità economica
Pubblico	227	10.849.249 €
Privato	51	2.625.247 €

L'impatto dei sinistri da COVID-19, sia dal punto di vista economico che di frequenza, è stato finora maggiore nel campione delle strutture private, generando il 47% dei sinistri per un costo pari a 21% sul totale per le due annualità considerate.

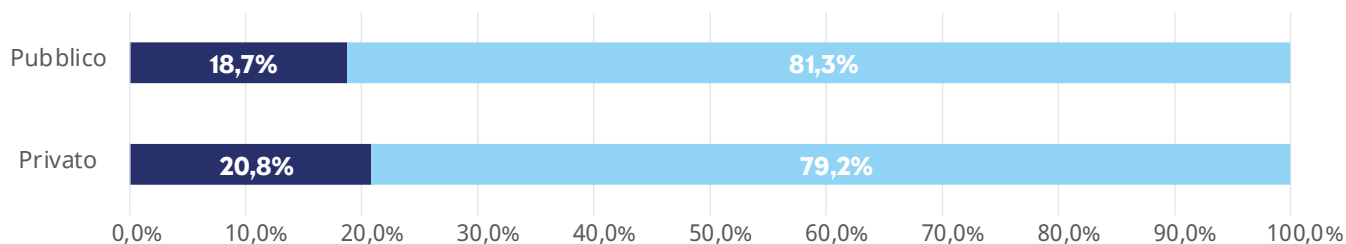
Relativamente al campione delle strutture pubbliche, l'impatto economico dei sinistri da COVID-19 è doppio rispetto alla loro frequenza.

Grafico 4.15 Frequenza dei sinistri da COVID-19 nelle strutture pubbliche e private



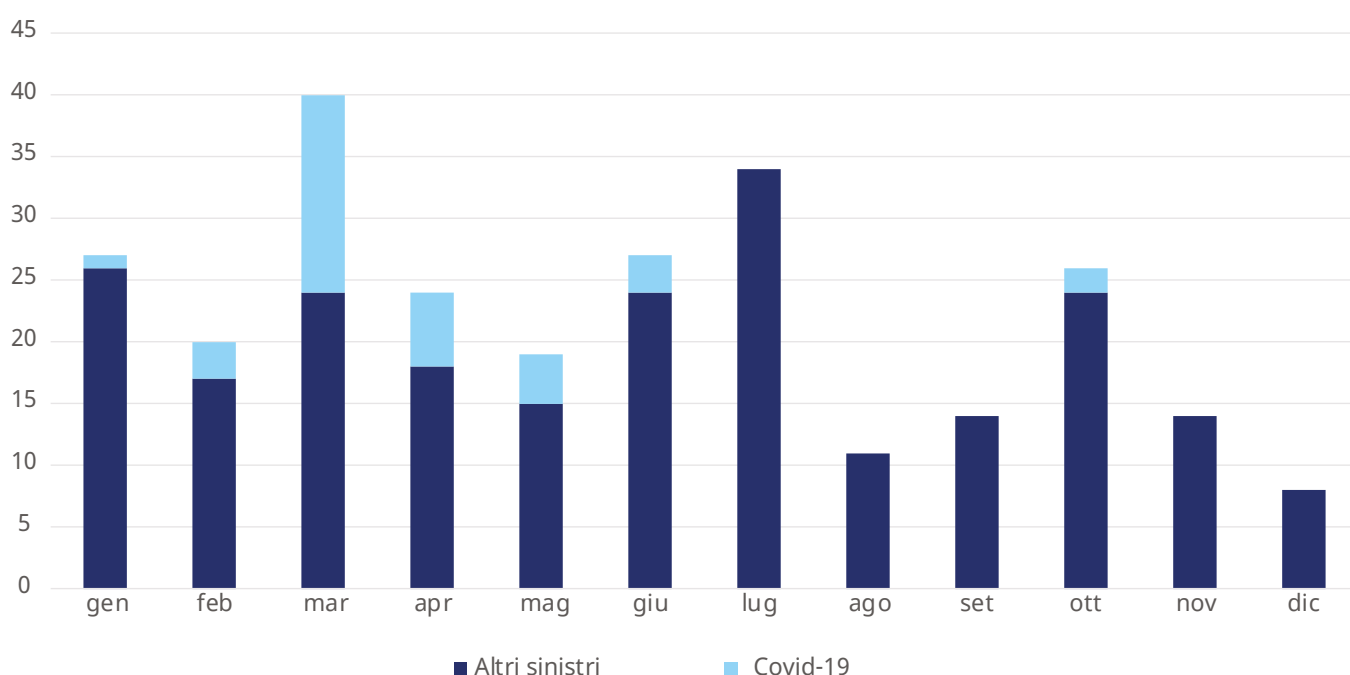
¹ Fonte: Report INAIL - Consulenza statistico attuariale.

Grafico 4.16 Impatto economico dei sinistri da COVID-19 nelle strutture pubbliche e private



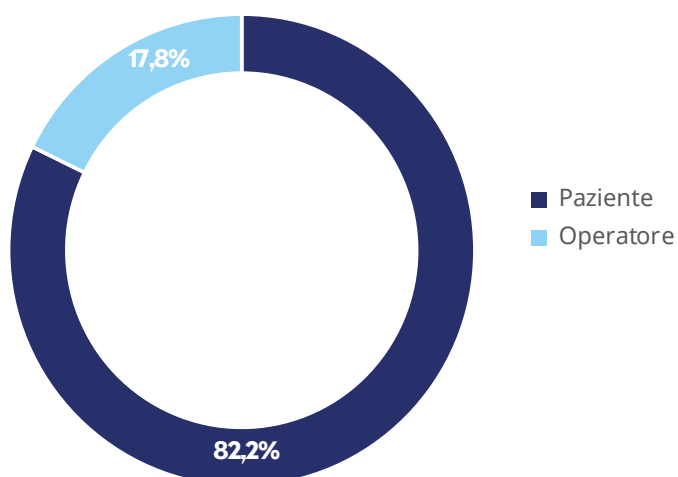
Laddove i dati fossero disponibili, si è analizzato l'andamento dei casi da COVID-19 verificatisi all'anno 2020, per mese di accadimento. Emerge in modo chiaro che la maggior parte dei casi si è concentrata nei mesi più critici della pandemia, da marzo a maggio 2020.

Grafico 4.17 Andamento dei sinistri da COVID-19 per mese di accadimento nel corso del 2020



Considerando dunque i sinistri direttamente collegati a infezioni da COVID-19, o comunque derivanti dagli effetti della pandemia sul percorso di cure, si osserva che i danni a operatore sono presenti in quota maggiore rispetto a quanto si osservi nei sinistri RCT/O in generale, dove la percentuale di danni lamentati dagli addetti ai lavori non supera il 3%.

Grafico 4.18 Tipologia di danneggiato nei sinistri da COVID-19



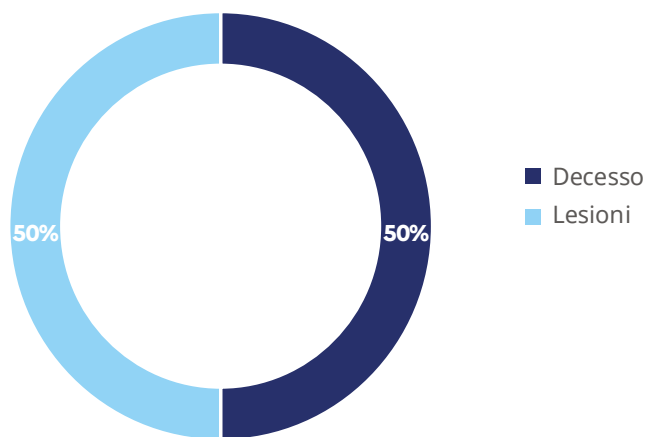
Tale percentuale è sensibilmente maggiore nel campione di strutture private, dove gli operatori sono coinvolti in un caso su 3.

Tabella 4.8 Tipologia di danneggiato nei sinistri da COVID-19 - strutture pubbliche e private

Danneggiato nei sinistri da COVID-19	Pubblico	Privato
Danni su paziente	95,2%	70,8%
Danni su operatore	4,8%	29,2%

I decessi nei casi di COVID-19 denunciati, sul totale del campione analizzato in questo focus, sono presenti in quota equivalente alle lesioni.

Grafico 4.19 Esito dei sinistri da COVID-19



Considerando la suddivisione fra pubblico e privato, emerge che la maggior parte dei decessi si concentra nelle strutture pubbliche, presso le quali essi superano le lesioni e corrispondono a una percentuale del 58%.

Tabella 4.9 Esito dei sinistri da COVID-19 nelle strutture pubbliche e private

Esito sinistri COVID-19	Pubblico	Privato
Decesso	57,9%	42,9%
Lesioni	42,1%	57,1%

L'incidenza delle pratiche discusse in via stragiudiziale è del 20% sul totale. Il ricorso a procedimenti giudiziari, allo stato attuale, è maggiore nel pubblico rispetto che nel privato.

Grafico 4.20 Tipologia di pratica - sinistri da COVID-19

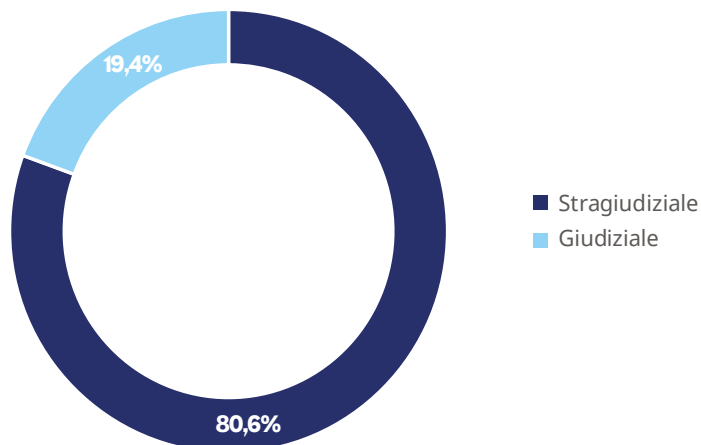
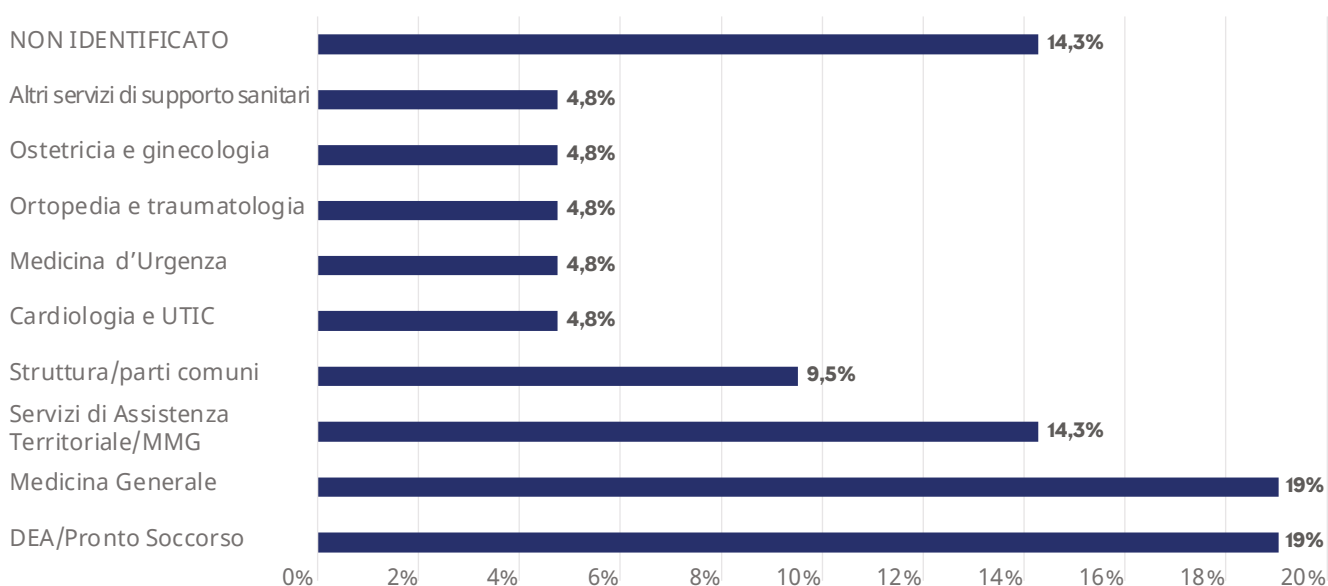


Tabella 4.10 Tipologia delle pratiche nei sinistri da COVID-19

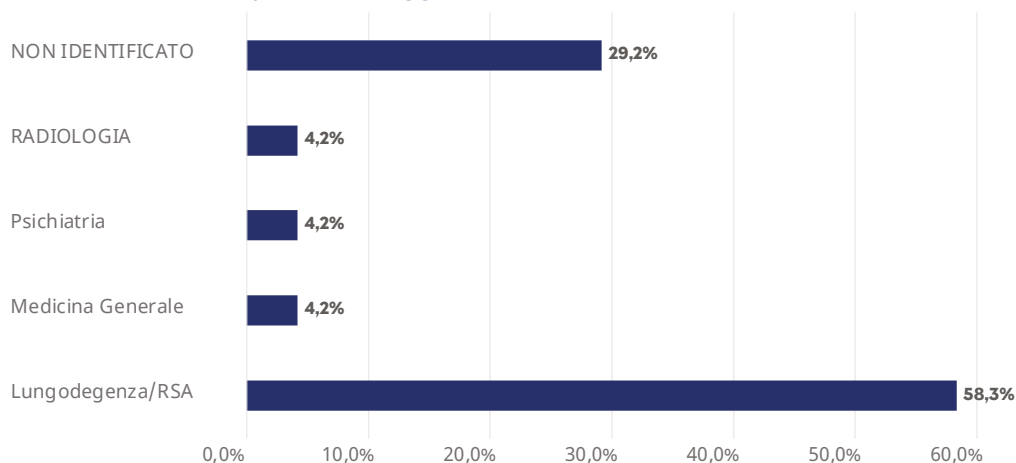
Tipologia delle pratiche da COVID-19	Pubblico	Privato
Stragiudiziale	76,2%	86,7%
Giudiziale	23,8%	13,3%

Analizzando le Unità Operative che sono state coinvolte in richieste di risarcimento per eventi legati all'emergenza sanitaria, si evidenzia che nel pubblico sono presenti in egual misura il Pronto Soccorso e la Medicina Generale. Si osserva inoltre una percentuale del 14% relativa ai servizi di assistenza territoriale, inclusi i medici di medicina generale. Tale specialità è solitamente coinvolta in sinistri in percentuali prossime allo 0; le richieste pervenute presso gli enti territoriali costituiranno dunque una sfida dal punto di vista della gestione di un numero di sinistri molto più elevato rispetto alla consuetudine.

Grafico 4.21 Unità Operative maggiormente coinvolte in sinistri da COVID-19 nelle strutture pubbliche

Presso le strutture private, come ci si poteva aspettare dato l'elevato numero di contagi che ha coinvolto le RSA durante la prima ondata, i servizi dedicati alla lungodegenza sono stati quelli maggiormente coinvolti in sinistri (quasi 60% sul totale delle richieste relative al COVID-19). Per alcune pratiche nonostante la presenza delle descrizioni, non è stato possibile risalire all'Unità Operativa.



Grafico 4.22 Unità Operative maggiormente coinvolte in sinistri da COVID-19 nelle strutture private*

Si sono infine calcolati i costi medi per sinistro da COVID-19 per la sanità pubblica e privata, oltre che per tipologia di danneggiato, per i quali emergono sostanziali differenze rispetto ai diversi campioni analizzati.

Il costo medio per singola pratica appare infatti significativamente maggiore nel pubblico rispetto privato. Inoltre, il costo medio per i danni a paziente risulta più alto di quello per danni all'operatore.

Si precisa che i costi sono integralmente riferibili a riserve, non essendoci stata ancora alcuna liquidazione da parte degli enti inclusi nell'analisi.

Tabella 4.11 Costo medio per i sinistri da COVID-19 nella sanità pubblica e privata e per tipologia di danneggiato

Regime	Costo medio sinistri COVID-19
Privato	49.636 €
Pubblico	126.980 €

Danneggiato	Costo medio sinistri COVID-19
Operatore	8.999 €
Paziente	110.507 €

Dai dati appena presentati, emerge un primo quadro circa la significativa portata potenziale dell'impatto dei sinistri direttamente o indirettamente correlati alla pandemia da Covid-19 sul sistema.

I dati in questione si innestano peraltro nel delicato contesto della responsabilità civile in materia sanitaria, dalla normativa frammentata e in continua evoluzione, a fronte del quale vi è il concreto rischio che l'esposizione in capo ai medici e alle strutture si incrementi significativamente.

Occorrerebbe dunque ragionare anzitutto termini di prevenzione, per tentare di contenere il più possibile simili scenari, (i) estendendo le competenze e l'azione della cabina di regia nazionale che si occupa del monitoraggio e della gestione dell'emergenza covid-19 integrandola con la fornitura di indicazioni operative, linee guida, best practices, strumenti, a supporto delle aziende, degli operatori sanitari e dei medici di medicina generale, e (ii) destinando risorse all'implementazione dei percorsi diagnostici e di cura, per arginare i rischi futuri del dilagare di patologie non intercettate o non trattate nel contesto emergenziale e le inevitabili conseguenze che ne deriverebbero anche in termini economici. Inoltre, occorrerebbe immaginare degli strumenti che cerchino di raggiungere un equilibrio nella gestione dei risarcimenti, quali (a) limitazioni della responsabilità civile delle strutture sanitarie verso terzi, con una normativa ad hoc che risponda alle peculiarità del fenomeno pandemico e ponga delle certezze, (b) appositi fondi statali che consentano di indennizzare i danneggiati e i famigliari delle vittime del Covid-19.

*NOTA METODOLOGICA: Sono stati esclusi dal calcolo dei costi medi i sinistri non valorizzati



INDICATORI DI RISCHIO

Oltre ad analizzare l'andamento del rischio da medical malpractice a livello nazionale, si ritiene di fondamentale importanza il confronto dei dati tra le diverse strutture sanitarie, in modo da conferire ulteriori basi interpretative ai rischi in esse rilevati.

A questo proposito, Marsh ha strutturato e consolidato un sistema di benchmark nazionale sulla base del quale ogni singola struttura sanitaria può raffrontare i propri indicatori di rischio evidenziando in modo specifico le aree maggiormente critiche e fornendo dunque un ulteriore supporto alle politiche di risk management.

All'interno del sistema di benchmark i rischi sono pesati su alcuni parametri di attività delle Aziende Sanitarie in modo da rendere confrontabili strutture di diverse dimensioni. Tali parametri sono:

- La numerosità del personale
- Il numero dei medici
- La numerosità del personale infermieristico
- Il volume annuo dei ricoveri

Gli indicatori di costo e di frequenza relativi ai ricoveri sono inoltre calcolati utilizzando l'indice di case mix (ICM), che esprime numericamente la complessità della casistica trattata per ogni struttura, come ponderazione per consentire confronti fra Aziende che erogano prestazioni di diversa complessità.

Si utilizzano inoltre, in continuità con quanto precedentemente svolto, i dati storici di volume e attività per le strutture del campione in modo da calcolare i tassi sul dato effettivo di ogni annualità considerata.

I dati sono calcolati sia a livello generale che a livello delle principali Unità Operative, quali Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale e Ostetricia e Ginecologia (per la quale si calcolano anche tassi di rischio e costi assicurativi sul numero dei parti effettuati all'anno).

Dallo scorso anno è stato inoltre introdotto l'indicatore specifico per le infezioni ospedaliere, per le quali si considera come parametro di riferimento anche il numero di interventi chirurgici (si veda la sezione dedicata nel capitolo relativo agli approfondimenti).

Come ultima indicazione metodologica si consideri che nel calcolo del benchmark sono inclusi i danni a visitatori, terzi e operatori, mentre restano escluse le pratiche senza seguito. Questa scelta è operata in continuità con quanto svolto nelle precedenti edizioni di questo report.

Di seguito gli indicatori di frequenza e costo pro capite calcolati sul totale del campione 2004-2019:

Tabella 5.1 Indicatori di rischio

Generale			
1,3	Per 100 dipendenti	1.117 €	Per dipendente
7,4	Per 100 medici	6.388 €	Per medico
3,0	Per 100 infermieri	2.587 €	Per infermiere
1,4	Per 1000 ricoveri	117 €	Per ricovero
1,3	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	115 €	Per ricovero ponderato

I dati emersi sono tendenzialmente in linea con quanto osservato nella scorsa edizione del report, con un lieve aumento dei costi per ricovero (da 108 € a 117 € per ricovero).

I tassi sono inoltre calcolati per tipologia di struttura, considerando i tre campioni maggiormente numerosi e rappresentativi per i quali sono stati resi disponibili i dati (Aziende Sanitarie di primo e secondo livello e Ospedali Universitari).

Tabella 5.2 Indicatori di rischio e costo per le diverse tipologie di struttura

Generale			
Primo livello			
1,4	Per 100 dipendenti	1.159 €	Per dipendente
7,7	Per 100 medici	6.481 €	Per medico
3,1	Per 100 infermieri	2.630 €	Per infermiere
1,5	Per 1000 ricoveri	128 €	Per ricovero
1,5	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	126 €	Per ricovero ponderato
Secondo livello			
1,3	Per 100 dipendenti	1.165 €	Per dipendente
7,7	Per 100 medici	6.840 €	Per medico
3,0	Per 100 infermieri	2.621 €	Per infermiere
1,4	Per 1000 ricoveri	120 €	Per ricovero
1,3	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	118 €	Per ricovero ponderato
Ospedali Universitari			
1,1	Per 100 dipendenti	946 €	Per dipendente
6,4	Per 100 medici	5.565 €	Per medico
2,7	Per 100 infermieri	2.321 €	Per infermiere
1,1	Per 1000 ricoveri	97 €	Per ricovero
1,1	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	94 €	Per ricovero ponderato

È interessante notare che, sebbene le strutture di primo livello generino un minor numero di sinistri in numero assoluto, esse risultano esposte a un rischio maggiore se parametrize ai volumi di attività rispetto agli ospedali universitari, che presentano invece il maggior numero di sinistri in media per struttura.

Nelle strutture di primo livello ci si possono infatti aspettare, secondo il benchmark, 1,5 sinistri per ricovero mentre presso gli Ospedali Universitari il tasso scende a 1,1. Anche i costi maggiori, considerando i ricoveri ponderati e tenendo dunque conto della complessità dei casi trattati, si riscontrano presso le strutture di primo livello. I grafici mostrano la rappresentazione di quanto calcolato, evidenziando il posizionamento delle diverse strutture in merito agli indicatori di rischio e ai costi assicurativi rispetto al benchmark nazionale.

Grafico 5.1 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – numero di dipendenti

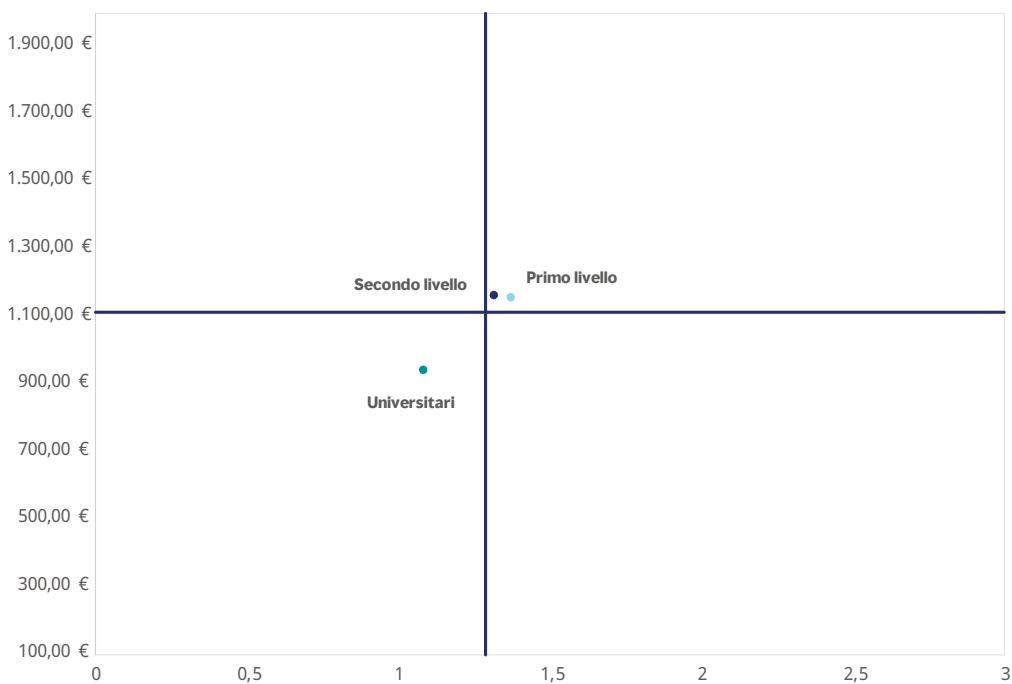


Grafico 5.2 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – numero di medici

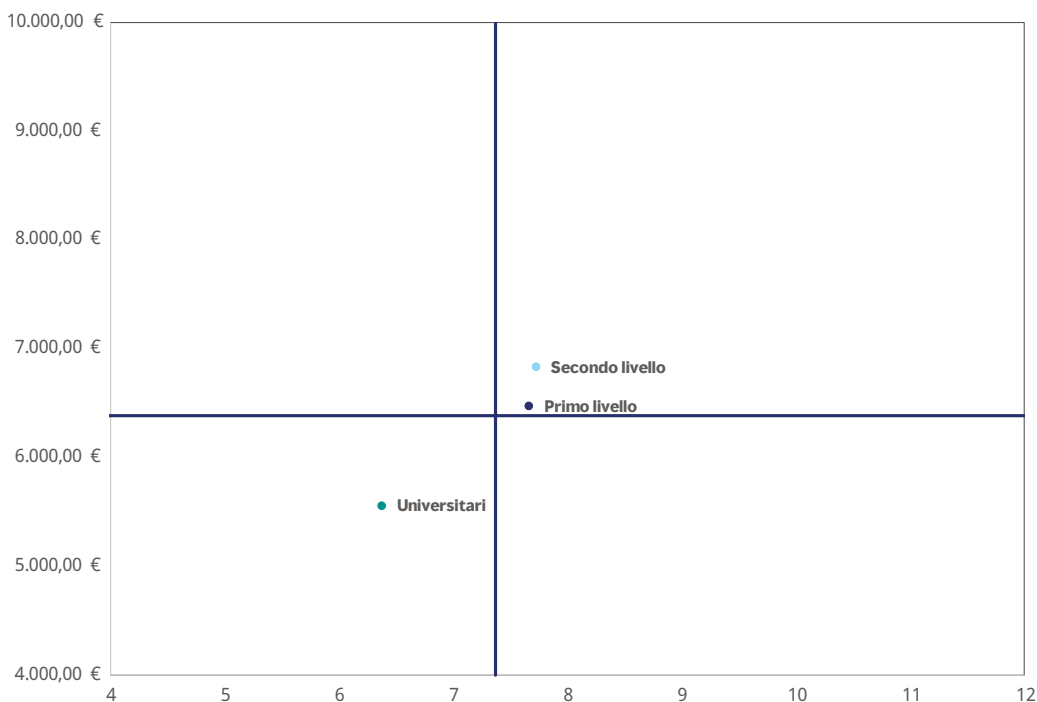


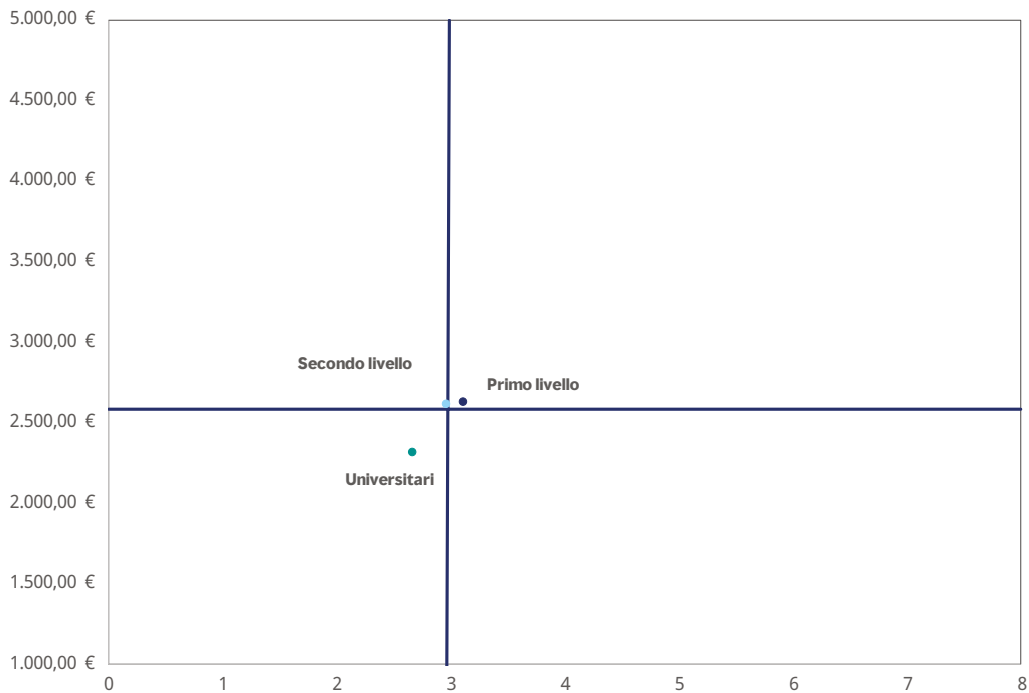
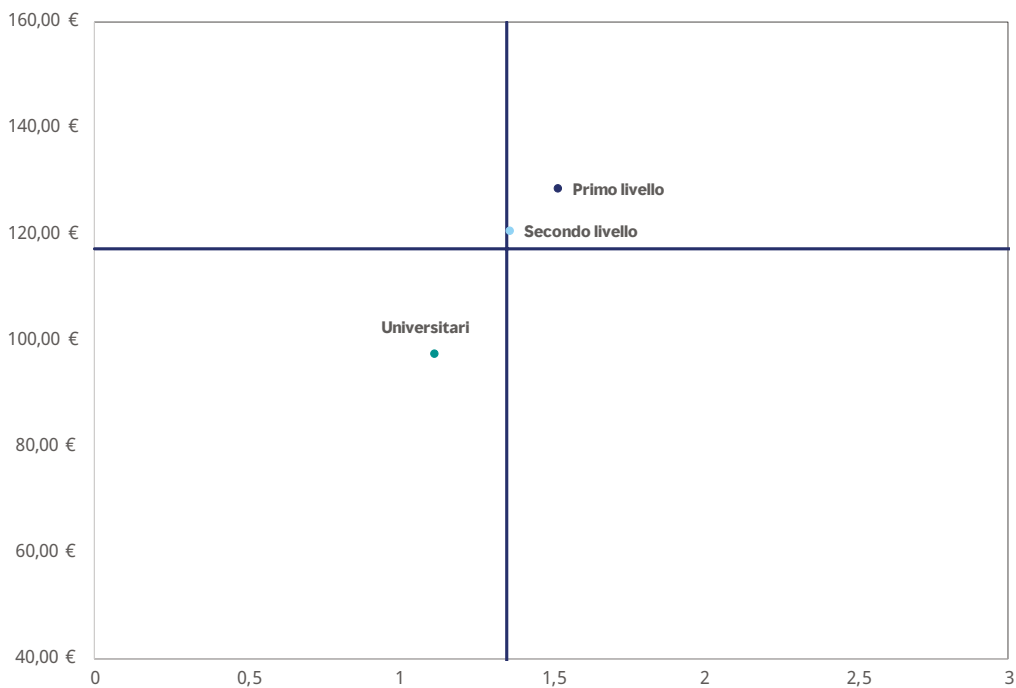
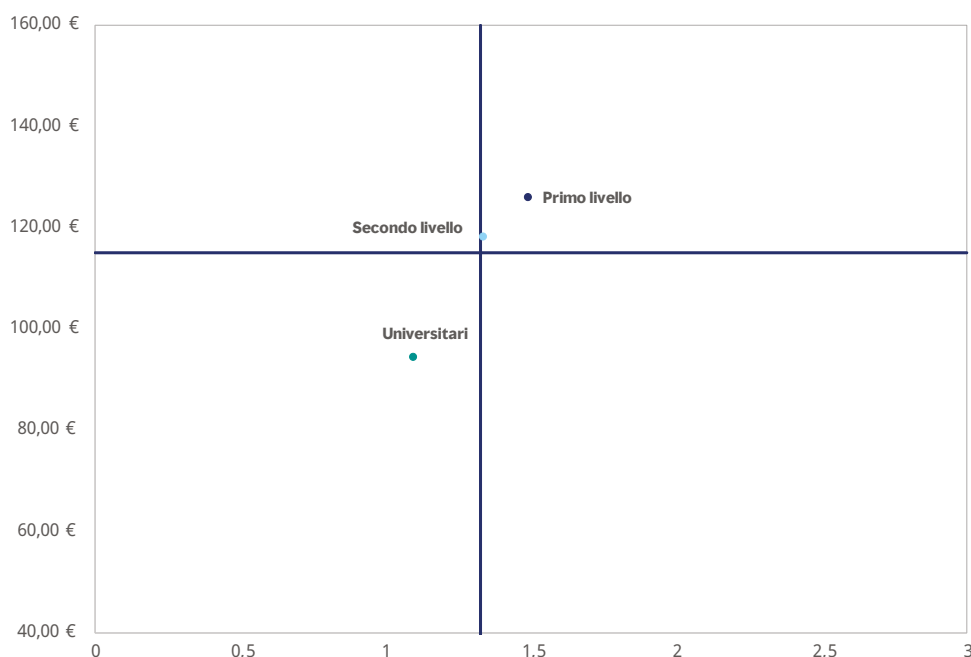
Grafico 5.3 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – numero di infermieri**Grafico 5.4** Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – volume di ricoveri

Grafico 5.5 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – ricoveri ponderati

Infine, gli indicatori sono stati calcolati per le Unità Operative di Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale e Ostetricia e Ginecologia. Quest'ultima si conferma come la più costosa, seppur con una probabilità di richieste di risarcimento inferiore. In continuità con quanto introdotto lo scorso anno, per la suddetta specialità si includono gli indicatori relativi agli errori da parto, che presentano un costo assicurativo ancora superiore rispetto agli altri ricoveri effettuati al suo interno (150 € per ogni nuovo nato).

Tabella 5.3 Indicatori di rischio e costo per Unità Operativa**Chirurgia Generale**

1,01	Per 1000 ricoveri	95 €	Per ricovero
0,97	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	91 €	Per ricovero ponderato

Ortopedia

1,95	Per 1000 ricoveri	102 €	Per ricovero
1,91	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	100 €	Per ricovero ponderato

Ostetricia e Ginecologia

0,74	Per 1000 ricoveri	152 €	Per ricovero
0,72	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	148 €	Per ricovero ponderato

Errori da parto

0,35	Per 10000 parti	149 €	Per parto
------	-----------------	-------	-----------

Il grafico rappresenta il posizionamento delle tre unità Operative considerate rispetto al benchmark dei ricoveri ponderati, calcolato sul campione nazionale.

Si osserva che, coerentemente con quanto emerso in occasione dell'analisi economica e delle frequenze, l'Ortopedia rappresenta un rischio aumentato come probabilità di accadimento di un sinistro, seppur con un costo inferiore; viceversa, le attività ostetriche-ginecologiche sono caratterizzate da frequenze inferiori ma costi maggiori.

Grafico 5.6 Indicatori di rischio e costi assicurativi per Unità Operativa – volume di ricoveri

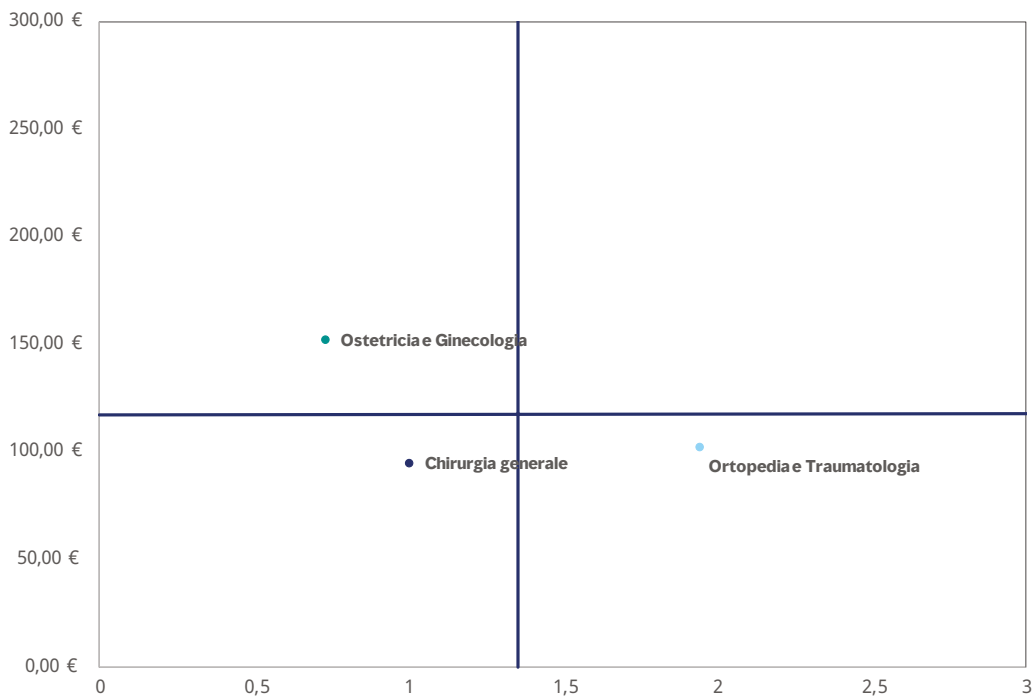
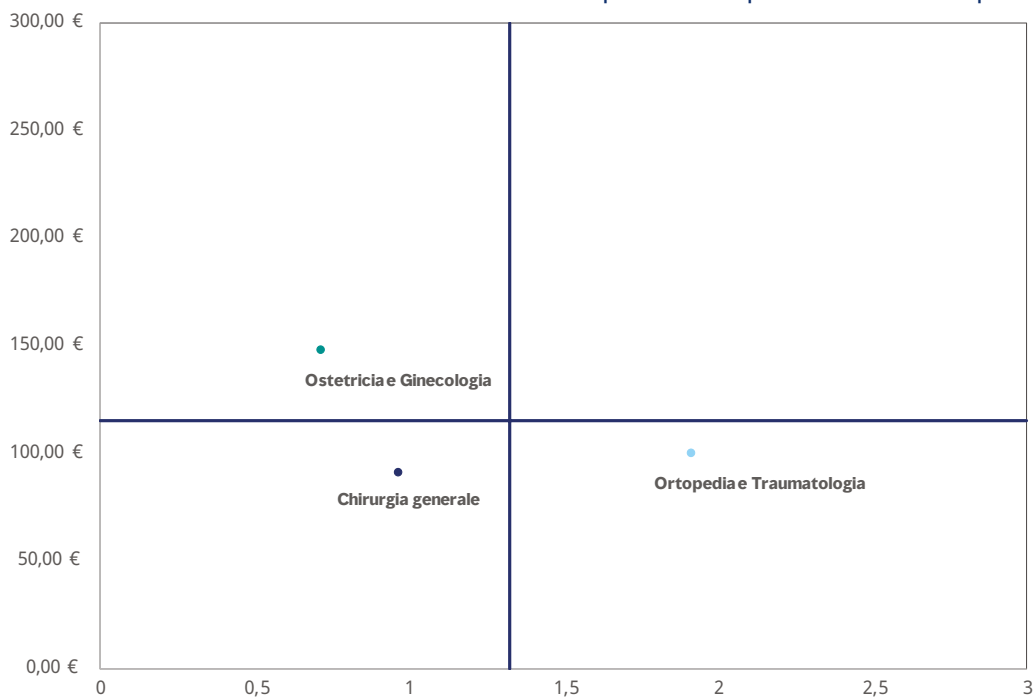


Grafico 5.7 Indicatori di rischio e costi assicurativi per Unità Operativa – ricoveri ponderati







SANITÀ PRIVATA

CAMPIONE DI RIFERIMENTO

1.1 SELEZIONE DEI DATI

In questa sezione si presentano i risultati dell'analisi condotta sul campione delle strutture e dei gruppi sanitari privati. Coerentemente con quanto operato nella scorsa edizione del Medmal Report, si tratteranno in modo differenziato le RSA e le strutture esclusivamente dedicate alla lungodegenza, che rispetto alle strutture ospedaliere e specialistiche presentano un diverso profilo di rischio. Questo consentirà di svolgere alcuni confronti fra le strutture ospedaliere private e pubbliche. In generale, il campione complessivo della sanità privata di questa edizione include 23 strutture e gruppi che operano su tutto il territorio nazionale, erogando servizi di diversa natura sulla base dei quali si è effettuata la seguente classificazione:

- **Casa di Cura Polispecialistica:** struttura sanitaria privata che eroga assistenza per acuti e post-acuti abbracciando diverse aree di specialità;
- **Casa di Cura Specializzata:** struttura sanitaria privata che si rivolge a un'utenza specifica (es. cardiologica, ortopedica, neurologica). Sono inclusi in questa classificazione anche i centri riabilitativi;
- **RSA - Centro Diurno:** strutture adibite alla lungodegenza.

Di seguito i dettagli sulla composizione del campione.

Grafico 1.1 Composizione del campione e suddivisione dei sinistri per tipologia di struttura

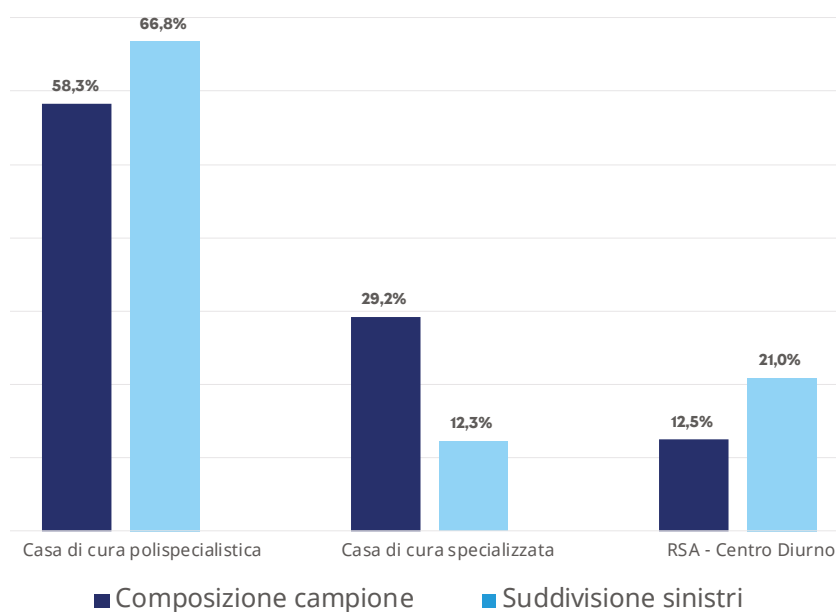
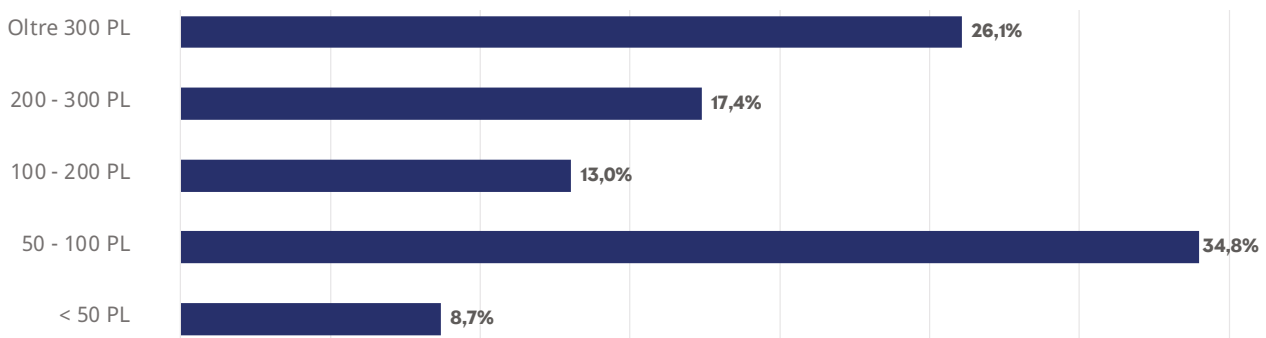
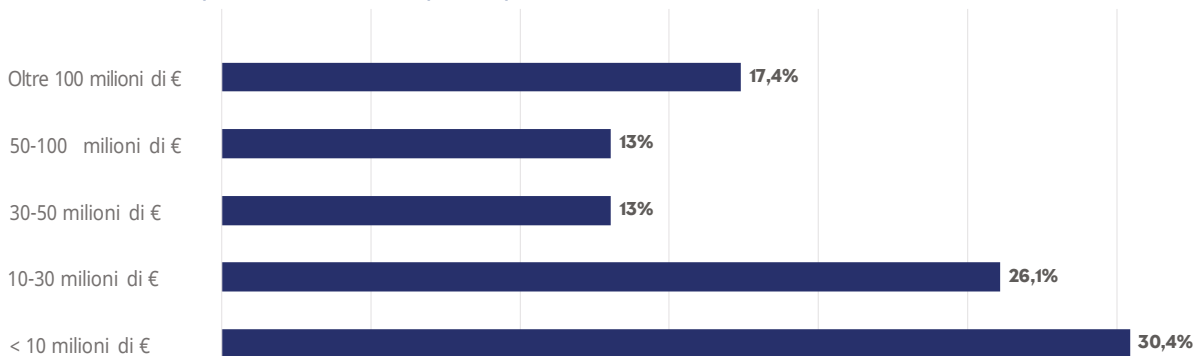


Tabella 1.1 Sinistri medi per struttura per le diverse tipologie

Tipologia di struttura	Sinistri medi annui
Casa di cura olispecialistica	9,6
Casa di cura specializzata	3,8
RSA - Centro Diurno	9,8

La maggior parte delle strutture presenti nel campione sono Case di Cura Polispecialistiche, dalle quali proviene anche la quota di sinistri maggiore. Le RSA sono presenti in percentuale minore rispetto alle Case di Cura Specializzate ma generano più richieste di risarcimento.

Emerge in modo evidente, in linea con quanto osservato nella precedente edizione del report, che il numero di sinistri medi annui pervenuti al campione della sanità privata sia sensibilmente inferiore rispetto alle strutture pubbliche, nelle quali si contano in media 30 sinistri all'anno (da un massimo di 46 negli ospedali universitari a un minimo di 12 nelle strutture a singola specialità). In generale nel settore sanitario privato, escludendo dal conteggio le RSA, si contano circa 7 sinistri all'anno per struttura (dato superiore a quanto osservato nella scorsa edizione del report). A completare il dettaglio sulla composizione del campione delle strutture private, si riporta di seguito la suddivisione per numero di posti letto e classi di fatturato.

Grafico 1.2 Composizione del campione per numero di posti letto**Grafico 1.3** Composizione del campione per classi di fatturato

La quota maggiore di strutture sanitarie private analizzate possiede da 50 a 100 posti letto (35%); relativamente al fatturato, prevalgono le strutture della fascia inferiore a 10.000.000 € all'anno (30,4%).



ANALISI DELLE FREQUENZE

Questa sezione riguarda il campione delle Case di Cura Specialistiche e Polispecialistiche presenti nel campione, ed esclude dunque le RSA e i Centri Diurni ai quali sarà dedicato uno specifico approfondimento.

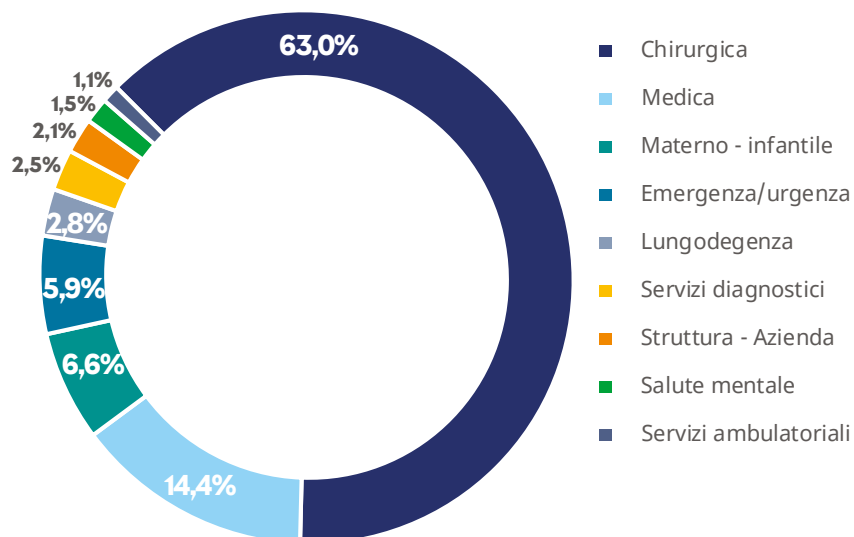
La motivazione di tale scelta risiede nella differenza di servizi erogati nelle strutture per acuti rispetto alla lungodegenza, che delineano dunque profili di rischio difficilmente comparabili.

Considerata la sinistrosità delle strutture private incluse nello studio, che come si è visto non è elevata, in questa sezione saranno presentate solo le principali evidenze emerse dall'analisi di dettaglio e considerate maggiormente rappresentative.

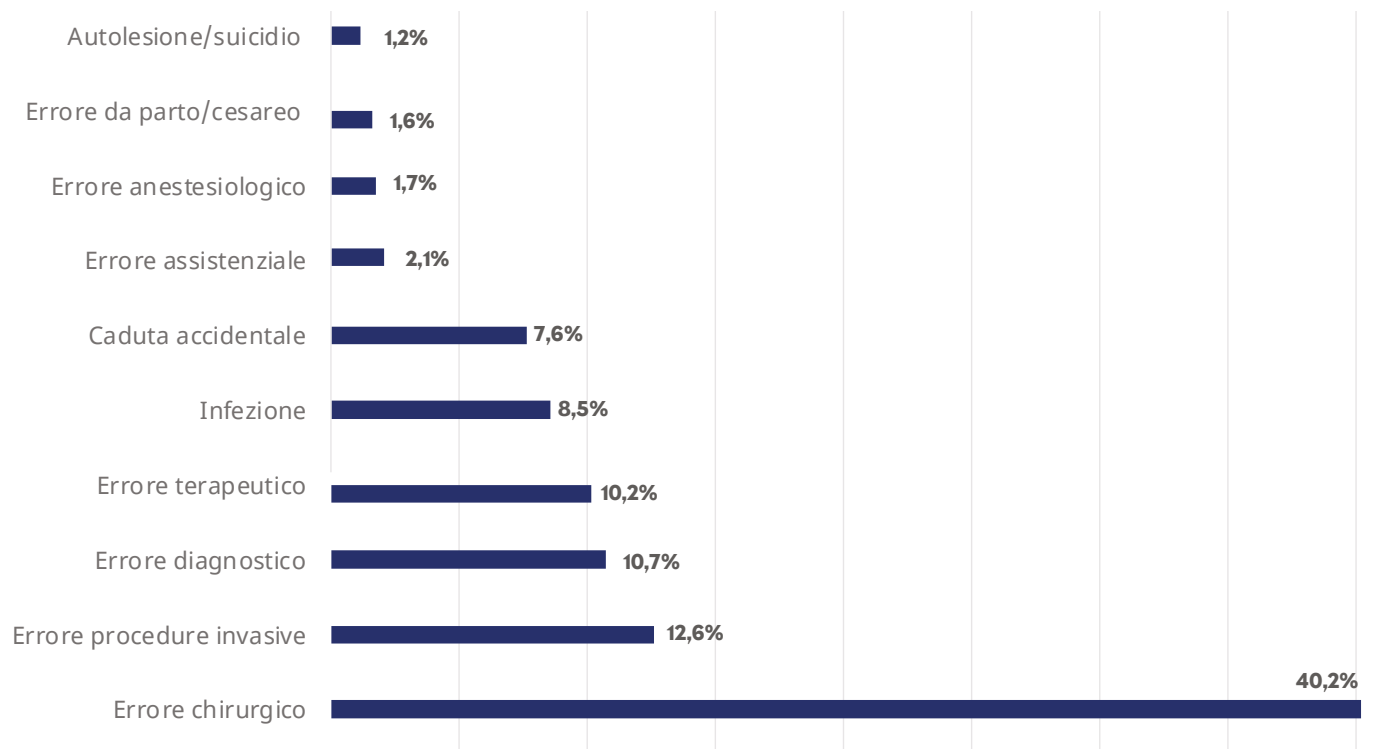
2.1 Aree a maggior rischio

La maggior parte dei sinistri analizzati deriva da specialità afferenti all'area chirurgica (63% sul totale dei sinistri delle Case di Cura). Segue l'area medica con il 14,4% e quella materno - infantile pari al 6,6%. I dati confermano sostanzialmente quanto osservato nella scorsa edizione del Medmal Report.

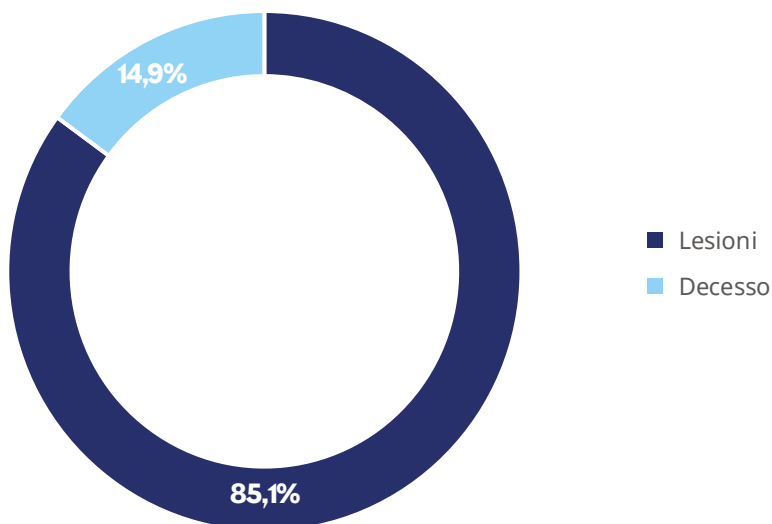
Grafico 1.4 Aree di rischio nelle case di cura private



I danni principalmente lamentati dai pazienti emergono in conseguenza di errori chirurgici nel 40% dei casi. Le infezioni sono l'8,5% sul totale dei sinistri, in percentuale superiore a quanto osservato per la sanità pubblica (7,4%).

Grafico 1.5 Eventi denunciati presso le Case di Cura Private

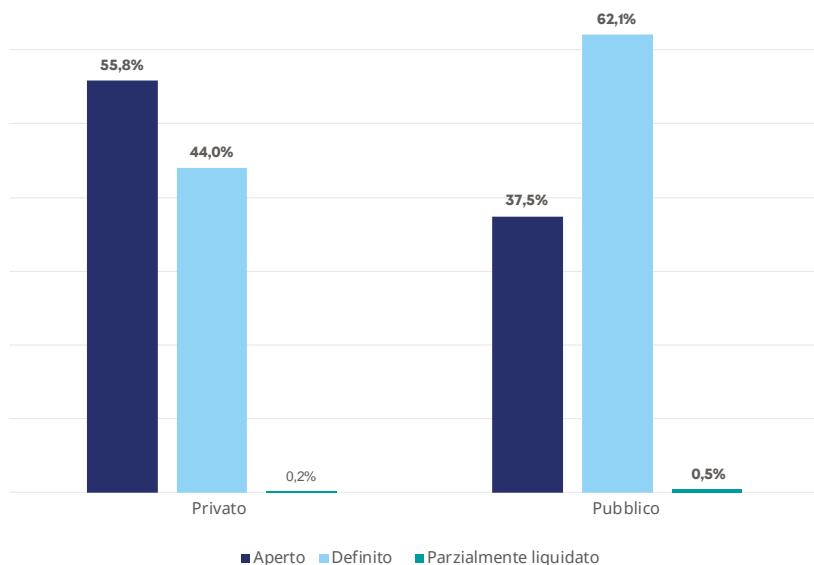
I decessi sono il 15% sul totale delle pratiche analizzate, in percentuale superiore a quanto osservato nel pubblico (12%) e in linea con quanto osservato nella precedente edizione.

Grafico 1.6 esito degli eventi denunciati

2.2 Stato e tipologia delle pratiche

Come premesso, coerentemente con la selezione del campione pubblico, anche per il privato le pratiche senza seguito sono state escluse dal conteggio. Si precisa che questo tipo di pratica incide nelle strutture private per il 31%, in percentuale inferiore a quanto osservato nel pubblico (42%). Le pratiche aperte sono invece presenti in percentuale maggiore, sfiorando il 56% su totale dei sinistri analizzati.

Grafico 1.7 Stato delle pratiche nella sanità privata e pubblica a confronto



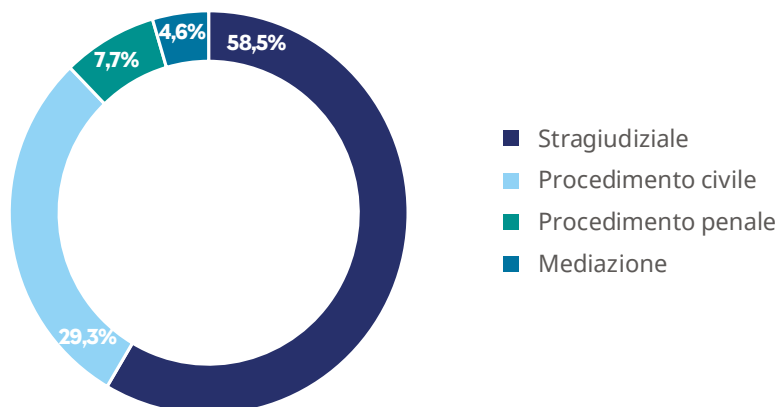
A questo proposito emerge che i tempi di liquidazione sono effettivamente maggiori nelle case di cura private piuttosto che nel pubblico, come si legge nella tabella.

Tabella 1.2 Tempi medi di liquidazione per le strutture sanitarie pubbliche e private

	Tempo medio di liquidazione (in anni)
Sanità privata (solo case di cura)	3,2
Sanità pubblica	2,5

Questo dato può essere influenzato dalla considerazione sulla tipologia delle pratiche, che evidenzia una maggior incidenza del ricorso ai procedimenti giudiziari (il 37% del totale nel settore privato, mentre nel pubblico è il 23%) che, come si è visto e come si può prevedere data la complessità di gestione implicata, sono risolti con tempistiche maggiormente dilatate.

Grafico 1.8 Stato delle pratiche nelle case di cura private





ANALISI ECONOMICA

3.1 Importi medi

Così come l'analisi delle frequenze, anche l'analisi economica include esclusivamente le Case di Cura, escludendo le RSA e le strutture adibite alla lungodegenza che saranno considerate separatamente in seguito.

Le Case di Cura private liquidano in media ogni anno 221.000 € per i sinistri, cifra inferiore rispetto a quanto osservato nelle strutture pubbliche che, si ricordi, sono mediamente di dimensioni maggiori e generano annualmente più sinistri.

Tabella 1.3 Costi medi per le strutture pubbliche e private

	Sanità privata (solo case di cura)	Sanità pubblica
Costo medio annuo per struttura	505.020 €	3.084.326 €
Liquidato medio annuo per struttura	220.800 €	1.649.236 €
Costo medio per sinistro	68.874 €	101.751 €
Riservato medio per sinistro	69.333 €	127.830 €
Liquidato medio per sinistro	68.293 €	86.019 €

Ciò premesso, anche il confronto effettuato sulla base degli importi medi per sinistro evidenzia una maggiore entità economica delle richieste di risarcimento effettuate nel pubblico piuttosto che nel privato.

Rispetto alla scorsa edizione si assiste a una conferma del costo medio dei sinistri su un valore di circa 69.000 €.

Il valore del riservato e del liquidato medio per sinistro sono allineati, evidenziando una diversa modalità di riservazione nelle strutture private rispetto a quelle pubbliche.

NOTA TECNICA: Il costo presentato si riferisce esclusivamente ai risarcimenti a carico della struttura privata, e non considera i risarcimenti indennizzati direttamente dalle coperture assicurative di RC professionale private del libero professionista.

Inoltre, relativamente alle riserve occorre considerare che fino al 2017 le strutture consideravano solo gli importi ad esse direttamente imputabili escludendo dunque i costi relativi all'operato dei sanitari, che nella maggior parte dei casi collaborano in regime di libera professione.

3.2 Top claims

Data la minore entità economica dei sinistri analizzati nelle strutture private, si considerano come Top Claims i sinistri con costo maggiore o uguale a 250.000 €. Questi sinistri sono il 6,5% del totale in termini di frequenza e incidono sui costi per il 47%. Di seguito il dettaglio delle fasce di costo e del valore liquidato più elevato del periodo.

Tabella 1.4 Top Claims

Fascia di costo	Importo	Incidenza economica	Numerosità	Frequenza
250.000 € - 499.999 €	9.966.274 €	16,3%	35	3,6%
500.000 € - 999.999 €	12.501.392 €	20,5%	23	2,3%
Oltre 1.000.000 €	6.144.118 €	10,1%	4	0,4%
Liquidato massimo			1.622.059 €	

La fascia che impatta maggiormente in termini economici è quella compresa fra 500.000 e 1.000.000 €, mentre sono più numerosi i sinistri con costo compreso fra 250.000 € e 500.000 €. Per completezza si riporta che quasi la metà dei Top Claims si riferisce a errori diagnostici e chirurgici.





APPROFONDIMENTI

4.1 Le residenze sanitarie assistenziali

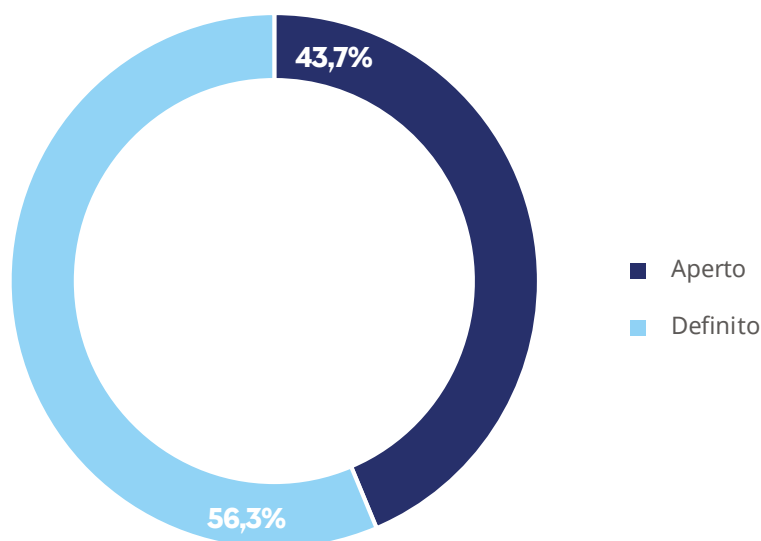
Il campione delle RSA è costituito da strutture dislocate su tutto il territorio nazionale, sia gestite da gruppi che indipendenti, per un totale di circa 10.000 posti letto. Come precedentemente accennato, i sinistri appartenenti alle RSA sono il 21% del totale e incidono sui costi per il 23%.

Tabella 1.5 Suddivisione costi e sinistri per tipologia di struttura

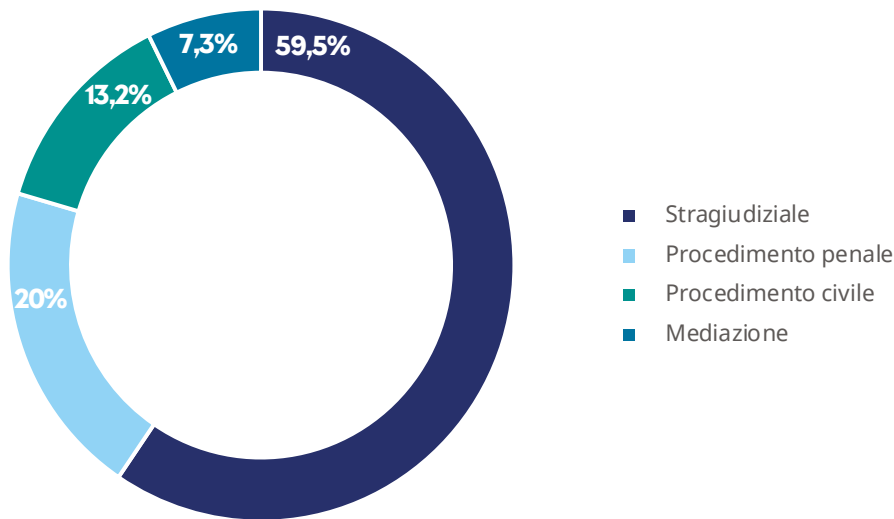
	Suddivisione costi	Suddivisione sinistri
Casa di cura polispecialistica	60,6%	66,8%
Casa di cura specializzata	16,3%	12,3%
RSA - Centro Diurno	23,0%	21,0%

Osservando lo stato delle pratiche emerge, rispetto al campione delle case di cura, una percentuale maggiore di sinistri chiusi (44% VS 56%), a indicare un tempo di gestione delle pratiche inferiore. A conferma di ciò, si evidenzia che il tempo medio di liquidazione delle pratiche nelle RSA è pari a 1,9 anni (rispetto agli oltre 3 anni impiegati dalle case di cura).

Grafico 1.9 Stato delle pratiche nelle RSA

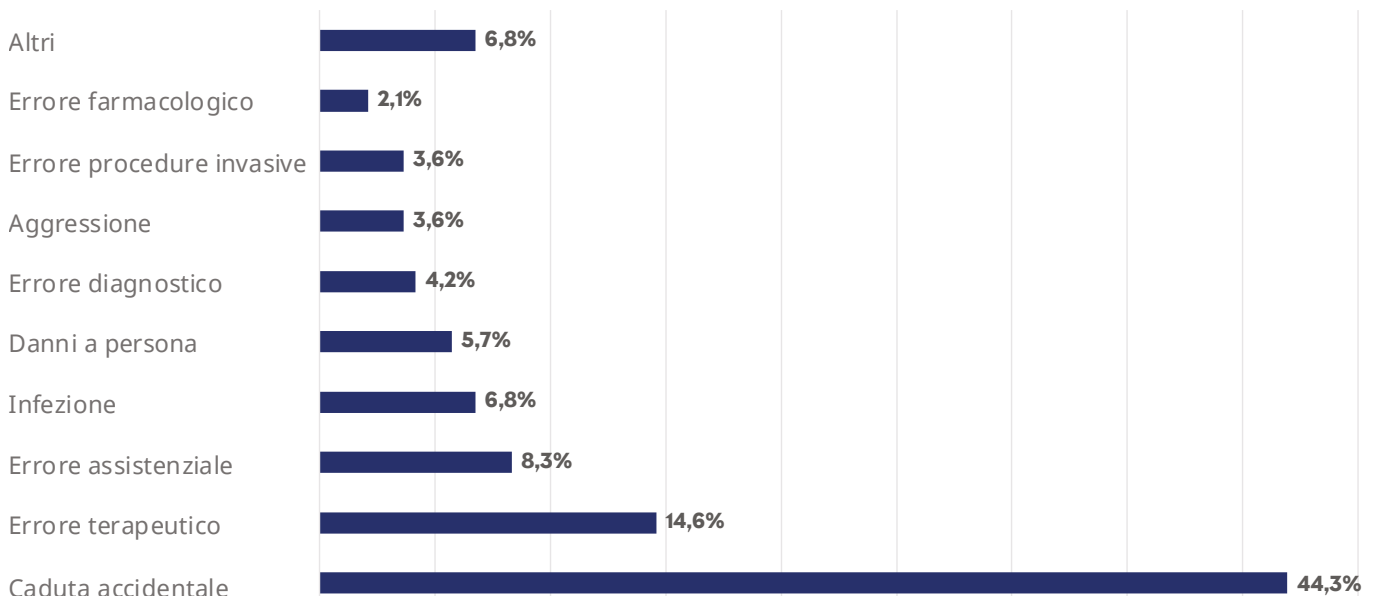


Nelle RSA emerge un minore ricorso ai procedimenti giudiziari rispetto alle case di cura. Tali pratiche sono infatti presenti complessivamente nel 33% dei casi. Vi è però una maggiore incidenza dei procedimenti penali, che costituiscono il 20% sul totale delle pratiche.

Grafico 1.10 Tipologia delle pratiche nelle RSA

I decessi sono il 32% dei casi, superando dunque la percentuale riscontrata presso le Case di Cura. Tale dato è da interpretare anche alla luce della particolare utenza cui le RSA si rivolgono.

Proprio in virtù della specifica utenza trattata nelle RSA si delinea un profilo di rischio particolare rispetto alle altre strutture, caratterizzato da una elevata percentuale di cadute accidentali.

Grafico 1.11 Eventi denunciati nelle RSA*

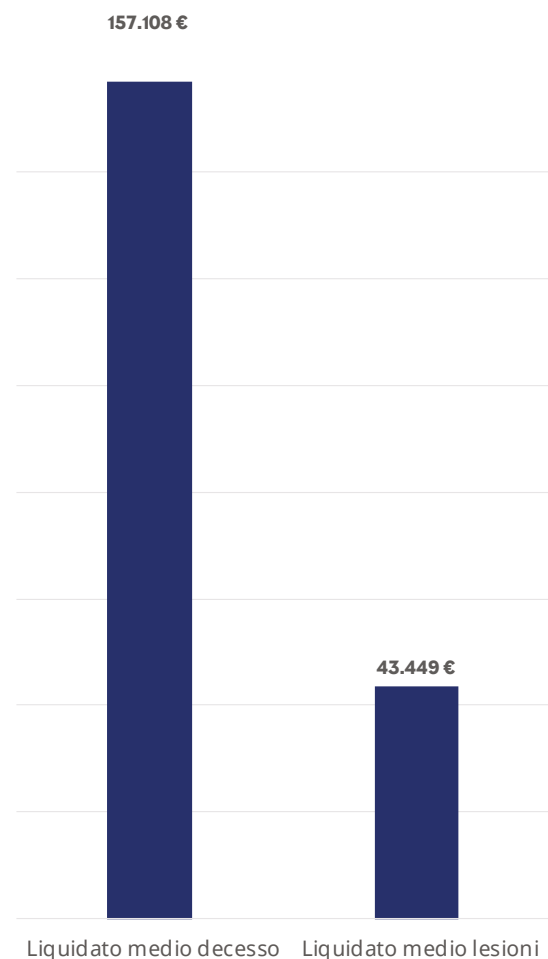
*NOTA METODOLOGIA: nella voce "Altro" sono presenti gli eventi con una percentuale di incidenza inferiore al 2%.

Considerando ora i dati economici, si rilevano costi maggiori rispetto alle Case di Cura private. La differenza di costo è attribuibile anche alla maggiore incidenza di decessi nelle RSA, che come si vede dal grafico – e come già si era osservato per la sanità pubblica – sono correlati a importi liquidati maggiori.

Tabella 1.6 Importi medi nelle RSA

	RSA	Case di Cura
Costo medio	78.936 €	68.874 €
Riservato Medio	81.958 €	69.333 €
Liquidato Medio	76.346 €	68.293 €

Grafico 1.12 Liquidato medio nelle RSA per decessi e lesioni



Per concludere, i sinistri con costo maggiore di 250.000 € nel caso delle RSA sono l'8% in termini di frequenza e assorbono il 55% dei costi; il liquidato maggiore del periodo è pari a 807.000 €.







INDICATORI DI RISCHIO

In continuità con quanto introdotto nell'ultima edizione del Medmal Report, in questa sezione viene presentato il calcolo degli indicatori di rischio per le strutture sanitarie private facenti parte del campione. Al fine di calcolare i tassi di rischio in modo appropriato rispetto alle realtà aziendali, occorre considerare l'eterogeneità del campione: in primo luogo i tassi sono calcolati separatamente per le Case di Cura e le RSA; in secondo luogo, è esclusa la possibilità di utilizzare per il calcolo il volume dei ricoveri e/o dei posti letto alla luce delle numerose prestazioni e cure erogate in regime ambulatoriale presso le varie strutture, che rendono dunque tali parametri non esaustivi rispetto alla reale attività svolta al loro interno. Parallelamente, anche i dati sull'organico non sarebbero rappresentativi dei diversi rapporti di lavoro che i professionisti intrattengono con le strutture (lavoro dipendente VS attività libero professionale), oltre a non tenere conto del fatto che i rischi libero-professionali non sarebbero in capo alla struttura.

Pertanto, la soluzione maggiormente adatta per la sanità privata risulta essere il calcolo dei tassi di rischio in termini di incidenza del costo dei sinistri sul fatturato.

Nel conteggio totale dei sinistri, coerentemente con quanto effettuato nel calcolo degli indicatori di rischio per il settore pubblico, sono inclusi i danni a terzi, visitatori e operatori mentre restano escluse le pratiche senza seguito.

I risultati confermano la maggiore incidenza del costo dei sinistri su fatturati inferiori, salvo per la fascia da 50 a 100 milioni di euro sulla quale il costo dei sinistri incide maggiormente rispetto alla precedente. In generale, sul campione delle Case di Cura private i sinistri incidono annualmente per circa l'1% del fatturato.

Tabella 1.7 Incidenza del costo dei sinistri sul fatturato delle case di cura private

Indicatore di costo generale	0,9%
< 10 mln	1,9%
10 - 30 mln	1,5%
30 - 50 mln	1,0%
50 - 100 mln	1,1%
Oltre 100 mln	0,8%

Tabella 1.8 Incidenza del costo dei sinistri sul fatturato delle RSA

Indicatore di costo totale **0,6%**



Su Marsh

Marsh è leader globale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi. Con circa 40.000 colleghi in oltre 130 paesi nel mondo, Marsh affianca i clienti per fornire soluzioni data-driven per la gestione dei rischi e servizi di consulenza. Marsh è un business di Marsh McLennan (NYSE: MMC), leader nell'offerta di servizi professionali nelle aree del rischio, strategia e persone. Con un fatturato annuo di oltre 17 miliardi di dollari, Marsh McLennan aiuta i clienti a orientarsi in un contesto sempre più dinamico e complesso attraverso i quattro business che ne fanno parte: Marsh, Guy Carpenter, Mercer e Oliver Wyman. Per maggiori informazioni visita mmc.com, seguici su LinkedIn e Twitter o iscriviti a BRINK.

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. Marsh è un business di Marsh & McLennan Companies, insieme a Guy Carpenter, Mercer e Oliver Wyman.