Marsh

14°EDIZIONE

Report MedMal

Studio sull'andamento del rischio
da Medical Malpractice
nella Sanità italiana

La Sanità italiana affronta un momento di grande trasformazione, che apre opportunità ma richiede anche un profondo ripensamento di processi di gestione e mitigazione del rischio. Il MedMal report di Marsh si propone come strumento di analisi e riflessione, con l'obiettivo di rendere sempre più efficienti i percorsi di cura e i processi legati alla sicurezza di pazienti e professionisti.

Marco Araldi,
Amministratore Delegato Marsh Italia

Contents

INTRODUZIONE ED EXECUTIVE SUMMARY

01 **Campione di riferimento** 1

1.1 Selezione dei dati 1

1.2 Sinistri senza seguito 4

02 **Analisi delle frequenze** 7

2.1 Andamento medio annuo dei sinistri per struttura 7

2.2 Stato delle pratiche e velocità di apertura/chiusura 8

2.3 Tipologie di procedimento 10

2.4 Tipologie di danno 12

2.5 Eventi denunciati 12

2.6 Aree di rischio 16

2.7 Unità operative 17

Focus: Risk Analytics 21

03 **Analisi Economica** 21

3.1 Costo dei sinistri 25

3.2 Importo liquidato 31

3.3 Importo riservato 36

3.4 Top claims 39

04 **Approfondimenti** 43

4.1 Infezioni correlate all'assistenza 46

4.2 Correlazione sinistri ed eventi sentinella 55

4.3 Le aggressioni 67

05 **Indicatori di rischio** 73

06 **Enterprise Risk Management nella Sanità** 83

07 **Conclusioni** 85

Introduzione ed Executive Summary

Il report MedMal Marsh giunge nel 2023 alla quattordicesima edizione.

Quattordici edizioni di approfondimenti, studi e valutazioni relativi alle richieste di risarcimento danni che giungono alle Aziende Sanitarie, riguardanti in misura maggiore casi di Medical Malpractice e, in modo marginale, eventi che coinvolgono il professionista che opera nella struttura. Come da tradizione, il cuore del documento continua ad essere **l'analisi quantitativa e qualitativa delle richieste di risarcimento danni** di un campione di Aziende Sanitarie Nazionali.

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.

All'analisi del database generale segue l'isolamento e l'approfondimento dei sinistri strettamente inerenti la Medical Malpractice, analizzandone ogni sfaccettatura: le aree coinvolte, i processi interessati, le conseguenze al danneggiato, i danni economici e correlati danni d'immagine per le strutture coinvolte.

Il documento si sofferma poi sulle **Unità Operative** che registrano richieste di risarcimento danni, sui processi clinico-assistenziali, organizzativi e gestionali interessati, sviluppando tre focus specifici riguardanti temi considerati di rilievo nel panorama della sanità italiana: **Infezioni correlate all'assistenza (ICA), aggressioni e correlazione sinistri – eventi sentinella.**

Il tema delle **ICA** è oggetto di notevole attenzione e di ricerche. Il fenomeno ha un impatto clinico ed economico rilevante, in quanto può portare a 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 e una significativa mortalità in eccesso. Il database Marsh permette di rilevare che alle ICA sono associati **i costi più elevati per singola pratica, tempi di gestione tra i più alti** e gravi conseguenze per il danneggiato, considerando che sul totale delle richieste di risarcimento **un terzo porta al decesso del paziente**.

Considerata la crescente attenzione al fenomeno e l'aumento dei casi denunciati, la presente edizione del report destina un focus anche alle **aggressioni**, presentando nel dettaglio i dati relativi ai sinistri aventi ad oggetto **violenza verso gli operatori** sanitari e verso i pazienti.

La sicurezza del lavoratore e la sicurezza del paziente sono interconnessi e integrati. Qualsiasi tipo di violenza sull'operatore o sul paziente compiuta all'interno delle strutture sanitarie può mettere in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare un'insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo.

La percentuale di aggressioni presentata nel focus potrebbe, però, essere **sottostimata**: tali atti, infatti, sebbene diffusi non sono ben inquadrabili numericamente perché non sempre denunciati o perché le vittime tendono a soprassedere.

La gestione del rischio sanitario richiede un approccio di sistema, un'analisi, valutazione e monitoraggio di tutte le informazioni provenienti dalle varie fonti dati a disposizione dell'Organizzazione. Lo studio della **correlazione sinistri – eventi sentinella** permette di porre l'attenzione su quei processi clinico-assistenziali e organizzativi che rappresentano una criticità per le organizzazioni sanitarie e su cui si può agire con mirate e specifiche azioni di prevenzione che possano ridurre il rischio di accadimento di quel dato specifico evento e quindi verosimilmente della richiesta di risarcimento danni ad esso collegata.

In questa edizione si è scelto di includere nell'analisi delle frequenze **anche i sinistri senza seguito**. Come dettagliato nel report, seppur in assenza di un effettivo esborso economico a titolo di risarcimento del danno cagionato, rappresentano un onere per le Aziende Sanitarie, in virtù **dell'impiego di tempo e risorse umane** dedicate al loro governo. L'attività istruttoria svolta per la gestione dei sinistri senza seguito permette, inoltre, di ricavare importanti informazioni in merito agli errori maggiormente lamentati e alle unità operative principalmente coinvolte.

L'attenzione ai processi sanitari e lo studio delle richieste di risarcimento anche in un'ottica di prevenzione e gestione del rischio permettono di sottolineare l'evoluzione che il report MedMal ha avuto nel corso degli anni, presentandosi sempre più come uno strumento di conoscenza, consapevolezza e supporto per le Aziende Sanitarie al fine di permettere loro il riconoscimento delle principali tipologie di rischio e la definizione di strategie di Risk Management utili a mitigare e gestire le esposizioni.

In chiusura di questa introduzione, un ringraziamento va a tutte le Aziende Sanitarie, clienti e non, che ogni anno decidono di aderire al report MedMal in virtù di uno scambio reciproco di informazioni e condivisione di know how necessario per incrementare la conoscenza e consapevolezza dell'andamento della Medical Malpractice.

File
Edit
Image
Layer
Microscopic virtual Reality
NODE Setup
File Input

1

Campione di Riferimento

1.1 SELEZIONE DEI DATI

Ogni anno, Marsh invita le aziende sanitarie (clienti e non) ad aderire al suo tradizionale studio sull'andamento del rischio da Medical Malpractice, il MedMal report. A muovere questa analisi è la volontà di fornire alle Aziende Sanitarie un valido strumento a supporto dei processi di riconoscimento delle principali tipologie di rischio e della definizione di strategie di Risk Management utili a mitigare e gestire le esposizioni.

L'obiettivo di ogni nuova edizione è quindi quello di incrementare la qualità e la quantità dei dati raccolti, nella prospettiva di una sempre maggiore precisione nel delineare il profilo generale di rischio e nel fornire una statistica inerente la sinistrosità a livello nazionale. Grazie al coinvolgimento di nuove strutture sanitarie e alla condivisione con le stesse dei dati sui sinistri da Medical Malpractice, di informazioni e di know how, è possibile offrire un report con un crescente grado di dettaglio sui rischi a cui risultano esposte le organizzazioni e sui relativi processi interessati.

In questa quattordicesima edizione sono stati analizzati i sinistri di **84** Aziende Sanitarie appartenenti complessivamente a **13 diverse Regioni italiane**, con distribuzione in tutta Italia e prevalentemente al centro – nord.

A seconda della tipologia di servizi offerti, le strutture sono state suddivise 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;
- **IRCCS:** gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari; realtà ospedaliere emergenti, che trattano particolari patologie di rilievo nazionale.

2

Negli anni, il campione delle Aziende Sanitarie incluse nell'analisi è cambiato, presentando una diversa composizione a cui è strettamente correlata la variabilità della tipologia delle prestazioni erogate e dei pazienti coinvolti.

Tale aspetto fa variare il profilo di rischio sia in termini di numerosità dei sinistri che di numero medio di richieste di risarcimento registrate ogni anno per struttura.

L'attuale edizione vede **una maggiore partecipazione di Aziende Sanitarie di secondo livello**, registrando un 13% in più rispetto allo scorso anno.

Tabella 1.1 Composizione del campione per tipologia di Azienda Sanitaria

Tipologia di Azienda	Incidenza sul campione complessivo 2023
Primo livello	22,3%
Secondo Livello	64,1%
Universitario	13,6%

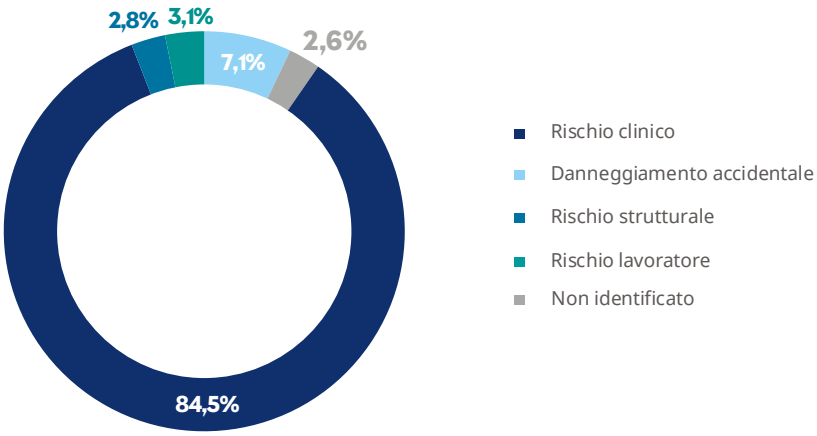
Il perimetro del campione di riferimento fornito dalle Aziende Sanitarie è relativo ai sinistri da **Responsabilità civile verso Terzi/Prestatori d'opera (RCT/O)** con anno di denuncia **dal 2005 al 2022**. Il database della quattordicesima edizione del report MedMal conta complessivamente **26.302 sinistri**.

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 lavoratore:** 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, **l'84,5%** delle richieste di risarcimento pervenute **afferisce alla categoria del rischio clinico.** La seconda fonte di rischio è il **danneggiamento accidentale di oggetti personali** (7,1%), seguito dal **rischio strutturale** (3,1%). Gli eventi denunciati in seguito a **danni subiti da operatori** sono il 2,8% del campione. All'interno della categoria "Non identificato" sono confluite tutte quelle richieste di risarcimento danni per le quali non è stato possibile procedere ad una classificazione del dato; rappresentano il 2,6% dei sinistri analizzati, un valore sensibilmente **in calo rispetto alla scorsa edizione,** ove costituivano l'8% del campione.

In considerazione dell'obiettivo che il report si pone, la classe di rischio su cui verrà focalizzata l'analisi dei capitoli che seguono è quella relativa al **Rischio Clinico**. Verranno considerate quindi tutte le richieste di risarcimento attribuibili ad **eventi**, o presunti tali, **che incorrono al paziente durante il percorso di cura**. Sono esclusi gli eventi appartenenti alle categorie danneggiamento accidentale, rischio lavoratore e rischio struttura.

Al fine di concentrarsi sui sinistri di effettivo interesse per le Aziende Sanitarie, inoltre, si sono **escluse le richieste non valorizzate o con importo inferiore a 500 €**, e gli outliers, ovvero i dati parziali o anomali che si presentano disomogenei rispetto agli altri dati osservati e che tipicamente si trovano nelle prime annualità del periodo di osservazione della singola struttura. Da ultimo, 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	20.980
Sinistri medi annui	1.166
Personale sanitario	126.208
Medici	22.081
Infermieri	53.966
Posti Letto (PL)	45.755
Ricoveri	1.060.548

Le informazioni relative a: personale sanitario, medici, infermieri, posti letto e ricoveri sono state estratte dalle banche dati del Servizio Sanitario Nazionale https://www.salute.gov.it/portale/home.html

NOTA TECNICA: la riclassificazione dei dati è stata svolta a partire dalle descrizioni dei sinistri, laddove presenti, in modo da inglobarli 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. **La completezza dei dati è un requisito fondamentale per strutturare un'analisi di rischio che possa effettivamente rivelarsi utile alla realizzazione di azioni correttive mirate.**

1.2 SINISTRI SENZA SEGUITO

In questa edizione, diversamente dalle precedenti, si è scelto di **includere nell'analisi delle frequenze** (di cui al Capitolo 2) **anche i sinistri senza seguito**, sinistri per i quali, esaurite tutte le attività necessarie, si è ritenuto di non dover procedere ad alcun pagamento a titolo di risarcimento.

Tali sinistri, seppur in assenza di un effettivo esborso economico a titolo di risarcimento del danno cagionato, rappresentano un **onere per le Aziende Sanitarie**, in virtù dell'impiego di tempo e risorse umane (a titolo d'esempio, tra gli altri, il coinvolgimento di professionisti dedicati, l'utilizzo di eventuali avvocati interni o esterni alla struttura) dedicate al loro governo.

L'attività istruttoria svolta per la gestione dei sinistri senza seguito permette di ricavare importanti informazioni in merito agli errori maggiormente lamentati e alle unità operative principalmente coinvolte.

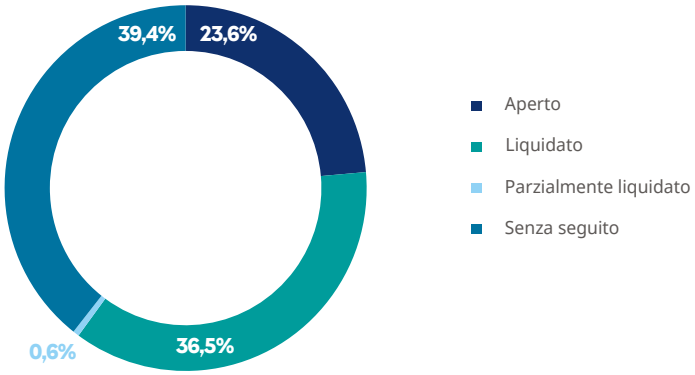
Si noti come il **tempo medio di gestione** di un sinistro senza seguito sia **superiore** di circa 7 mesi rispetto al tempo medio di liquidazione di una pratica ove venga accertata la responsabilità dell'Ente.

Tabella 1.3 Tempo medio di chiusura delle pratiche

Stato delle pratiche	**Tempo medio di chiusura** (espresso in anni)
Definito	2,3
Senza seguito	2,9

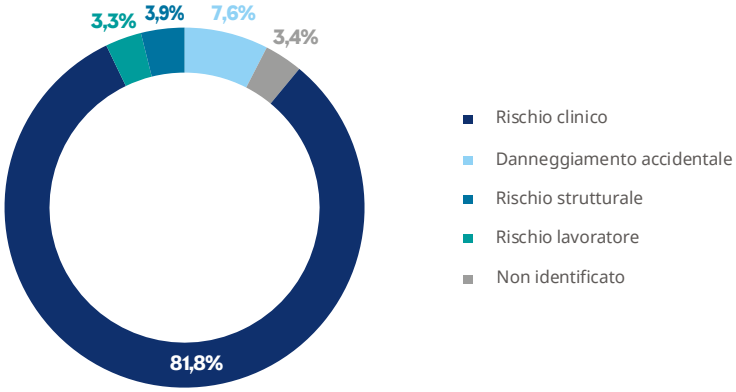
Le pratiche senza seguito costituiscono, inoltre, una quota rilevante di richieste di risarcimento che pervengono alle Aziende Sanitarie, con il **39,4% di incidenza sul totale dei sinistri**.

Grafico 1.2 Stato delle pratiche (campione complessivo)



A ulteriore conferma della complessità di gestione implicata dalle pratiche senza seguito, si evidenzia che quasi l'82% delle pratiche senza seguito è relativa alla classe del rischio clinico (Grafico 1.3).

Grafico 1.3 Classi di rischio (campione dei sinistri senza seguito)



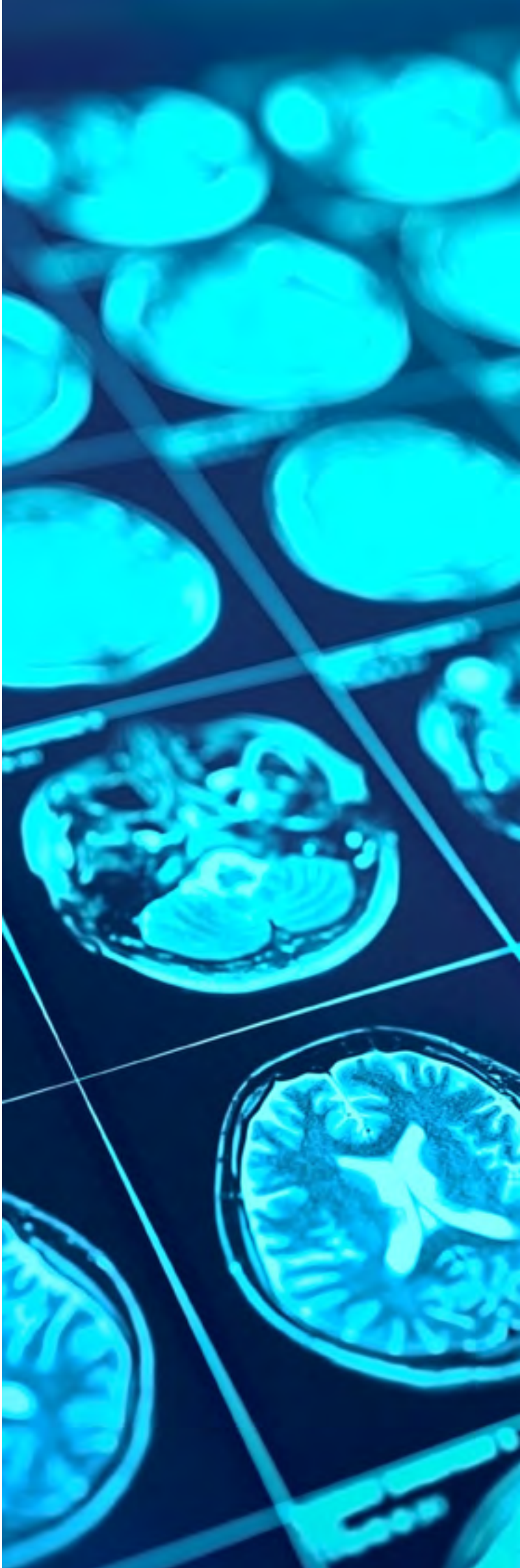
NOTA TECNICA: tutte le analisi sui tempi medi di denuncia e chiusura delle pratiche sono espresse in anni, ne consegue che i valori decimali necessitano di essere rapportati ai dodici mesi dell'anno.

In particolare, analizzando la tipologia di eventi maggiormente denunciati, riportati nella sottostante (Tabella 1.4.) riscontriamo una prevalenza di errori chirurgici e diagnostici con il 20,84% ciascuna, seguiti in misura minoritaria dalle cadute accidentali (11,68%).

Tabella 1.4 Eventi denunciati – pratiche senza seguito

Evento denunciato - pratiche senza seguito	% sul totale delle pratiche senza seguito
Errore Chirurgico	**20,84%**
Errore diagnostico	**20,84%**
Caduta accidentale	**11,68%**
Errore terapeutico	**9,57%**
Furto / Smarrimento	**6,06%**
Errore assistenziale	**4,02%**
Infezione	4,01%
Danni a cose	3,46%
Errore procedure invasive	2,96%
Infortunio / Malattia professionale	2,59%
Errore da parto/cesareo	2,43%
Livello di servizio	2,30%
Errore anestesiologico	1,77%
Danni a persone	1,30%
Errore trasfusionale	1,06%
Aggressione	0,89%
Malfunzionamento Macchinari, Dispositivi o Materiali	0,83%
Errore di prevenzione	0,81%
Errore amministrativo	0,74%
Autolesione / Suicidio	0,67%
Errore farmacologico	0,63%
Mobbing/Lesione diritti del lavoratore	0,30%
Somministrazione Vaccino	0,22%

[1]Le informazioni relative a: personale sanitario, medici, infermieri, posti letto e ricoveri sono state estratte dalle banche dati del Servizio sanitario nazionale https://www.salute.gov.it/portale/home.html



MI 0.4
M4 M4
+46.1
-46.1
cm/s
0 bpm

2

Analisi delle frequenze

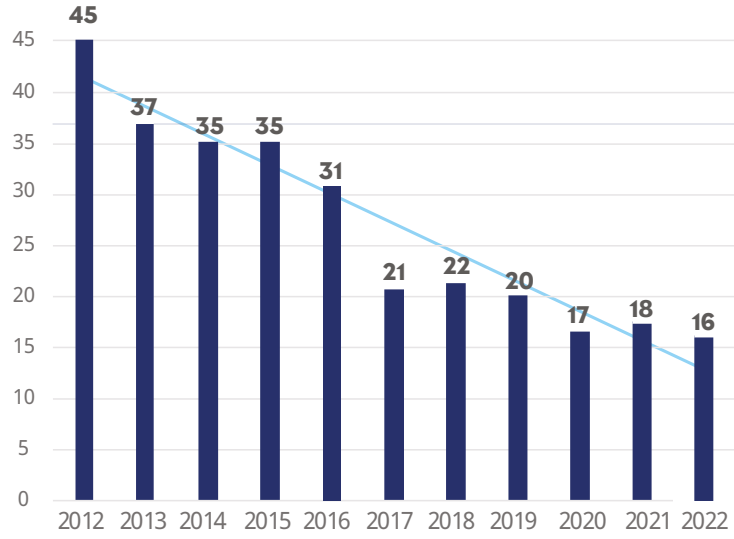
2.1 ANDAMENTO MEDIO ANNUO DEI SINISTRI PER STRUTTURA

Come anticipato nel capitolo 1, il campione oggetto d'analisi si modifica nel corso delle varie edizioni. Tale cambiamento è dovuto in parte al variare delle organizzazioni sanitarie che decidono di partecipare allo studio (ogni anno diverse per dimensione, complessità ed ambito di intervento) e in parte alla disponibilità dei dati e alla loro completezza. Da ultimo, si precisa che la quattordicesima edizione del report include nell'analisi anche i sinistri senza seguito afferenti la classe del rischio clinico.

Questa mutevole composizione può portare a variazioni nell'analisi dell'**andamento medio annuo dei sinistri per struttura e per tipologia di struttura**, argomento che verrà approfondito nel corso di questo paragrafo.

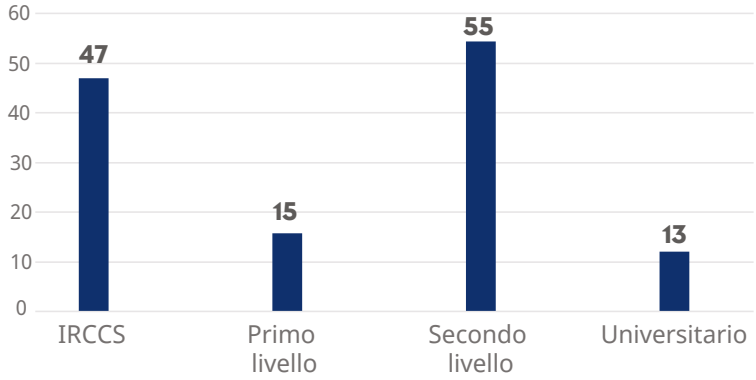
Il grafico sottostante (Grafico 2.1.) - relativo **alle richieste di risarcimento danni ricevute da ogni singola struttura nel periodo 2012-2022** - mostra una **media di 27 sinistri all'anno**. Si evidenzia un trend di diminuzione nel numero di richieste per singola struttura, che corrisponde complessivamente a **–10,55%**.

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



Il focus sul numero dei sinistri medi annui per tipologia di Azienda Sanitaria del Grafico 2.2. registra un numero di sinistri medio annuo maggiore per le Aziende di secondo livello rispetto a tutte le altre tipologie di strutture. Tra le principali cause individuabili rientra sicuramente la **natura specialistica** di molte delle prestazioni e degli interventi che vengono erogati nelle Strutture di Secondo Livello e nelle IRCSS, che di fatto le espone a una maggiore possibilità di errori e quindi di richieste di risarcimento.

Grafico 2.2 Sinistri medi annui per tipologia di struttura

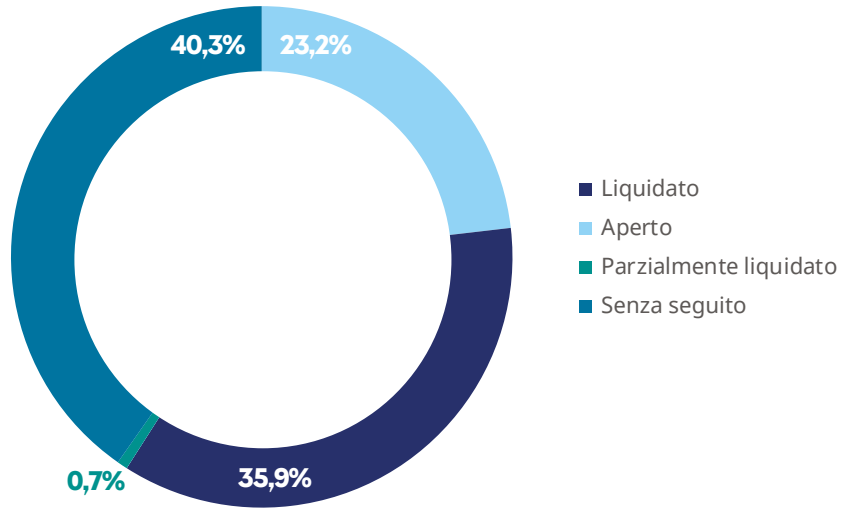


2.2 STATO DELLE PRATICHE E VELOCITÀ DI APERTURA/CHIUSURA

Con l'introduzione nel campione dei **sinistri chiusi senza seguito**, l'analisi dello stato delle pratiche vede una prevalenza di questi ultimi, con una frequenza pari al **40%**.

Il **36%** dei sinistri analizzati corrisponde poi a **pratiche concluse con liquidazione di un importo al danneggiato**, mentre il **23%** è relativo a **pratiche ancora aperte**. Si sottolinea, inoltre, una percentuale piuttosto bassa, pari allo 0,7%, di sinistri parzialmente liquidati. Per **sinistri parzialmente liquidati** si intendono quelle posizioni per le quali si è provveduto ad anticipare una somma di denaro al danneggiato o ad i suoi aventi causa, a titolo di risarcimento del danno, presumibilmente inferiore a quella che potrà risultare dovuta all'esito degli accertamenti e che viene accantonata a riserva.

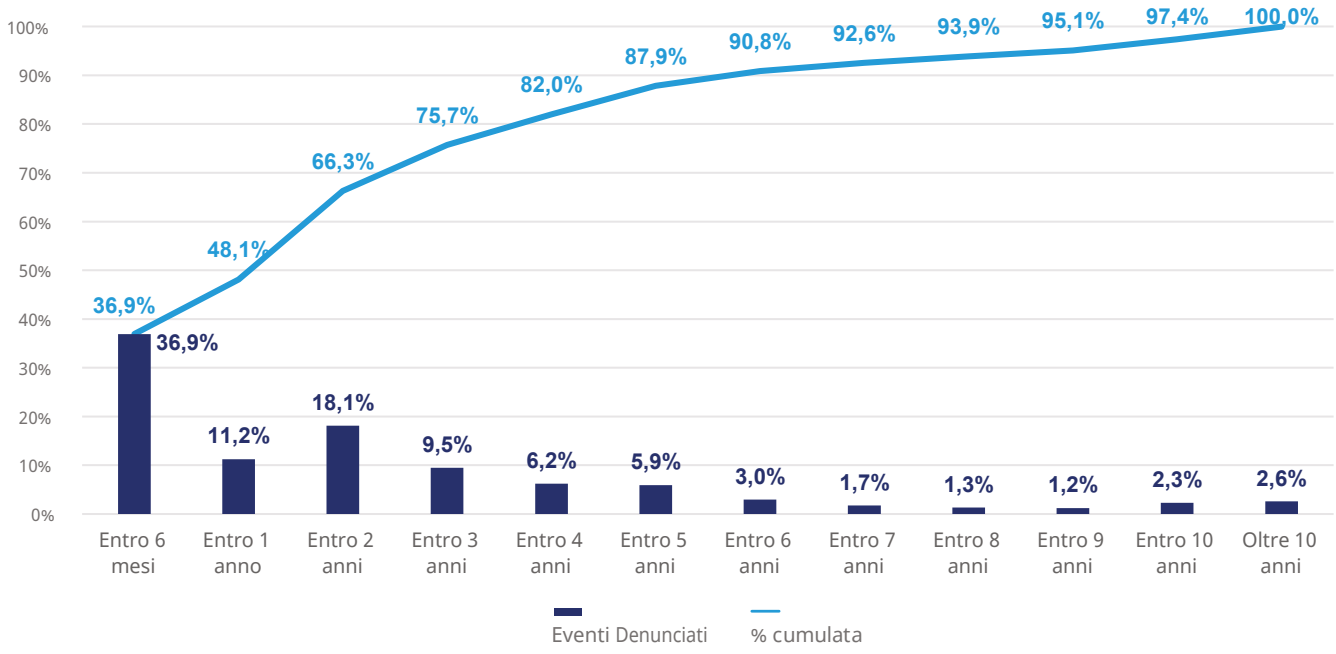
Grafico 2.3 Distribuzione percentuale dello stato delle pratiche per il solo rischio clinico



Per quanto riguarda i tempi di apertura dei sinistri, circa il **37% degli eventi** dà luogo ad una richiesta di risarcimento danni **entro 6 mesi dalla data di accadimento**, mentre quasi il **90%** viene **denunciato entro 5 anni.**

I tempi calcolati risultano in linea a quanto osservato nella precedente edizione del report, confermando un **tempo medio di apertura del sinistro pari a 2,2 anni dal verificarsi del fatto lesivo.**

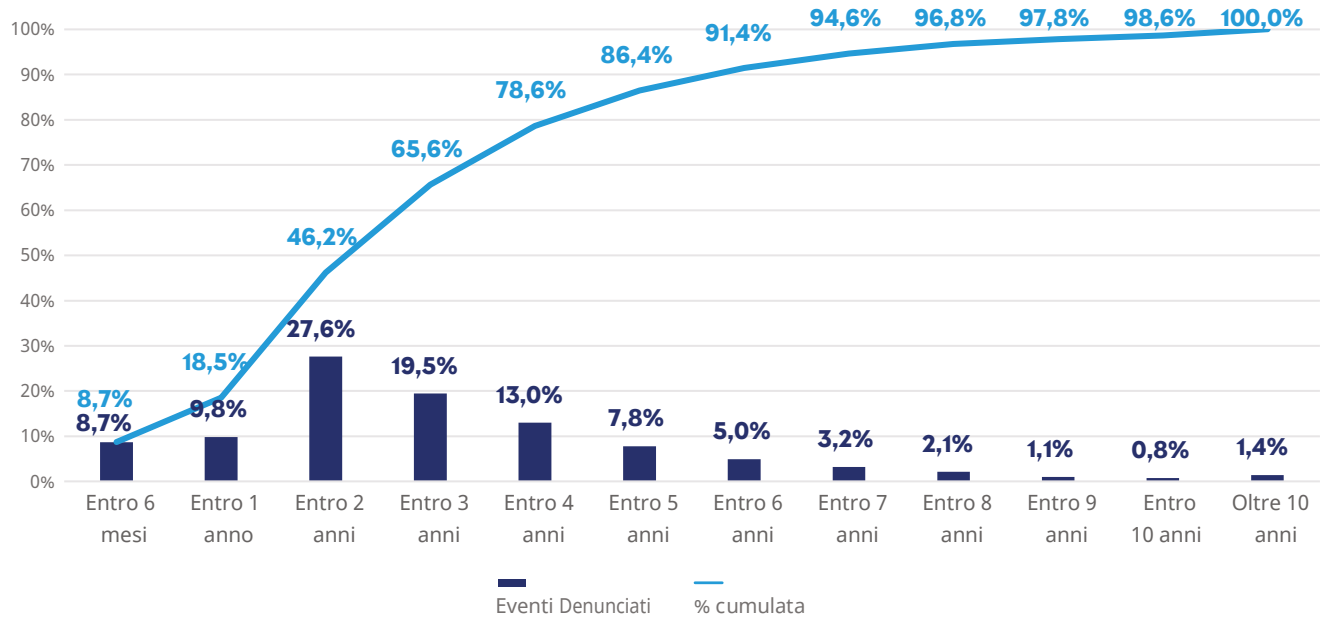
Grafico 2.4 Velocità di denuncia



Il grafico 2.5. valuta invece i **tempi di chiusura dei sinistri**. Il **50%** delle pratiche viene **chiuso tra i 2 ed i 3 anni dalla denuncia**, arrivando ad **oltre il 90% entro 6 anni**. Il **tempo medio di chiusura è pari a 2,8 anni;** valore leggermente superiore rispetto alla scorsa edizione del report, ove era di 2,6 anni.

Tale valore, in rialzo, è strettamente correlato alla maggiore completezza del dato della presente Edizione in quanto comprensiva dei sinistri chiusi senza seguito.

Grafico 2.5 Velocità di chiusura



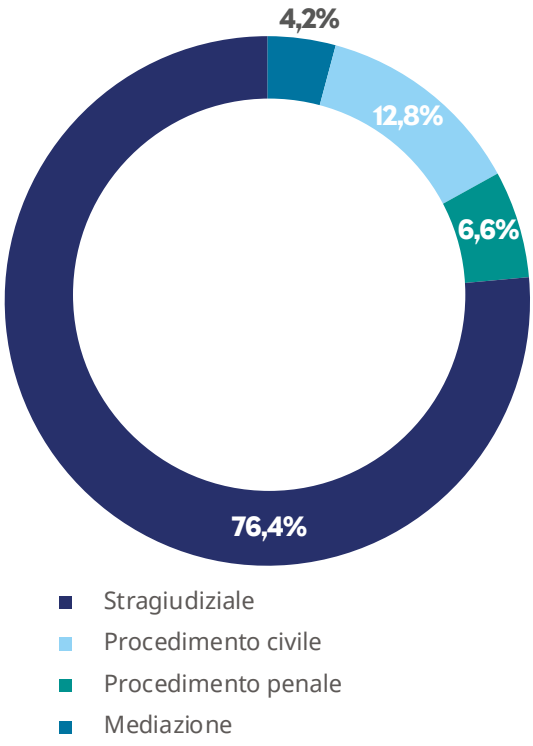
2.3 TIPOLOGIE DI PROCEDIMENTO

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:** nella cui categoria vi rientrano tutte le pratiche discusse e gestite con forme di ADR (Alternative Dispute Resolution).

I procedimenti **stragiudiziali** rappresentano **la maggioranza sul totale** delle richieste analizzate, con una percentuale pari a **76,4%**, anche se in diminuzione rispetto alla precedente edizione, quando si attestavano al 78,6%. I procedimenti **giudiziali** (civili più penali) sono complessivamente il 19,4%, mentre il ricorso alla **mediazione è aumentato**, raggiungendo il **4,2%**, rispetto al 2% dello scorso anno.

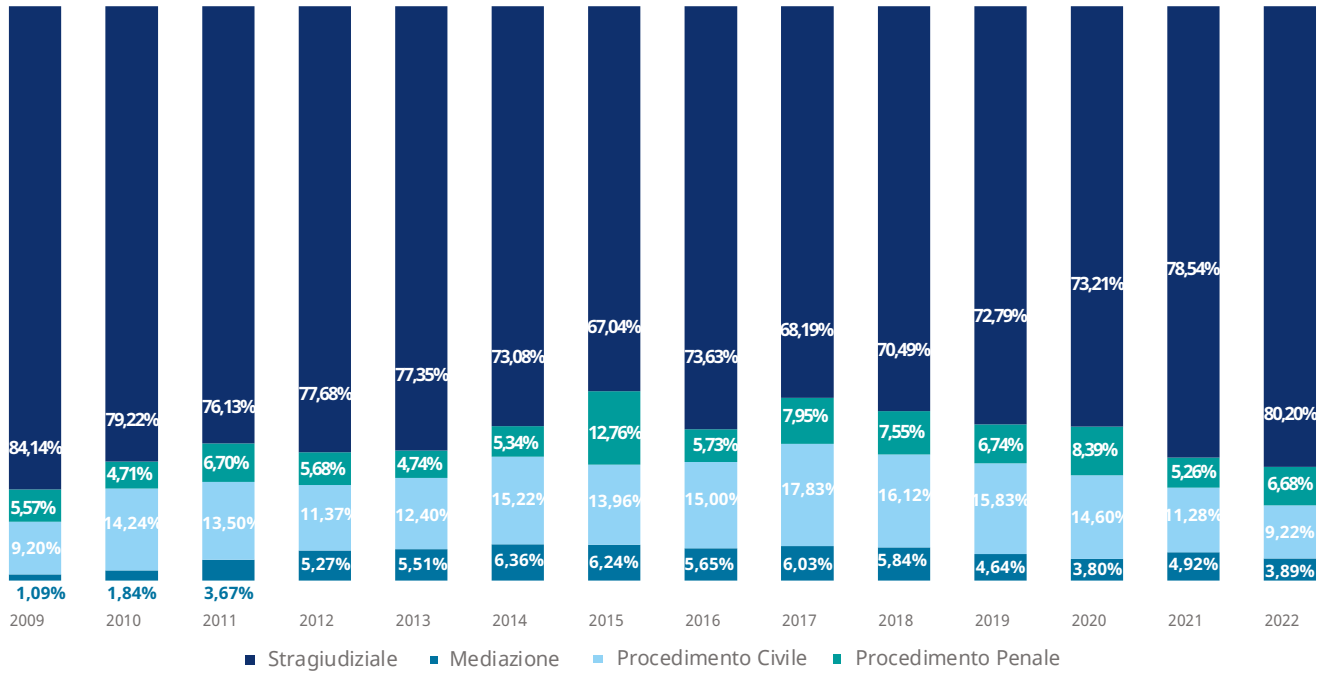
Grafico 2.6 Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento



NOTA TECNICA: Le pratiche indicate come ATP (Accertamento Tecnico Preventivo ai sensi degli articoli 696 e 696-bis c.p.c.) sono state 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 ad un picco nel 2017** - in cui si registra una percentuale del 17,8% degli stessi - seguito da valori in costante diminuzione.

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



Come ci si può aspettare data la diversa complessità dei fattori coinvolti, le pratiche **stragiudiziali** e le **mediazioni** sono quelle che richiedono il **minor tempo di gestione** per giungere ad una loro definizione (circa 2 anni e mezzo). I tempi maggiori si evidenziano invece nei **procedimenti civili** (4,4 anni in media dal momento dell'apertura del sinistro) ed in quelli **penali** (3,5 anni dall'apertura).

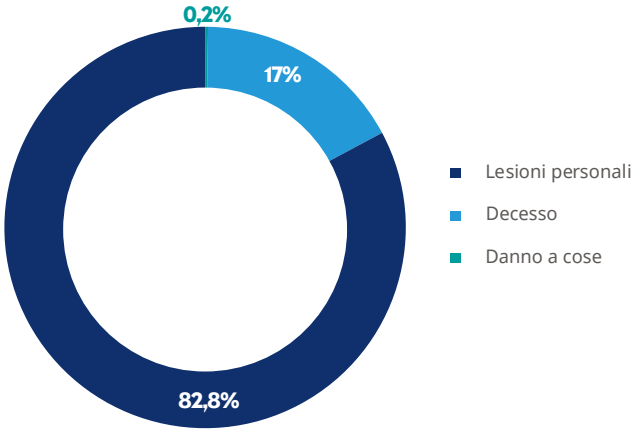
Tabella 2.1 Tempi medi di chiusura per tipologia di procedimento

Tipologia di procedimento	**Tempo medio di chiusura delle pratiche** (in anni)
Procedimento civile	4,4
Procedimento penale	3,5
Mediazione	2,7
Stragiudiziale	2,5

2.4 TIPOLOGIE DI DANNO

Come sottolineato in premessa, l'obiettivo del MedMal eport è analizzare i sinistri da Medical Malpractice, escludendo tutti i danni che non siano direttamente collegati al percorso di cura del paziente. Le **tipologie di danno** analizzabili in tale contesto si configurano sul totale del campione con le percentuali indicate nel Grafico 2.8:

Grafico 2.8 Distribuzione percentuale delle tipologie di danno



La tipologia identificata come "Danno a cose" riguarda i danni a beni materiali portati in struttura dai pazienti e, sui sinistri oggetto d'analisi, impatta con una frequenza pari allo 0,2% del totale. Sulle **due tipologie di danno maggiormente rappresentative** (lesioni personali e decesso), sono stati analizzati i tempi medi di apertura e chiusura dei sinistri. Se per la **fase di apertura** entrambe le tipologie considerate presentano valori pressoché analoghi, per la **fase di chiusura** dei sinistri si riscontrano maggiori **variazioni**: le **lesioni personali**, verosimilmente di più facile interpretazione, vengono **gestite più velocemente**, richiedendo **circa nove mesi in meno 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	2,7
Decesso	2,1	3,4

2.5 EVENTI DENUNCIATI

Il sistema sanitario è un sistema complesso in cui interagiscono molteplici fattori eterogenei e dinamici, relativi non solo alla pluralità delle prestazioni sanitarie e alle differenti competenze specialistiche dei ruoli professionali, tecnico-sanitari ed economico-amministrativi ma anche alla varietà dei processi ed ai molteplici risultati che si intendono conseguire. Tutti questi elementi che compongono il "sistema" devono integrarsi e coordinarsi tra loro, per rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti ed assicurargli il miglior percorso di cura possibile.

In una organizzazione così complessa, **la possibilità che un paziente sia vittima di un evento avverso** e subisca un qualsiasi "*danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure sanitarie prestate durante il periodo di degenza che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte*" è una **componente non eliminabile**. Per questi motivi è quanto mai opportuno utilizzare tutti gli strumenti a disposizione affinché gli eventi siano quantomeno p**revedibili e/o controllabili**. Affinché ciò sia possibile, è di fondamentale importanza che l'impegno per **la promozione della sicurezza** dei pazienti coinvolga, a vario titolo e con diversa responsabilità, tutti i soggetti coinvolti nelle organizzazioni sanitarie. Una **gestione integrata del rischio** può supportare il consolidamento di una pratica clinica più attenta al **benessere del paziente e degli operatori,** aiutando a limitare i fattori che possono incidere sui **costi** per le strutture (pensiamo ad esempio ai prolungamenti delle degenze o alla dispersione di personale e di fondi, nel caso in cui un danno sfoci in un sinistro) e, in definitiva, favorendo la destinazione di risorse sugli **interventi utili a rafforzare sicurezza ed efficienza.**

L'analisi dei sinistri effettuata ha richiesto una preliminare attività di integrazione e riclassificazione dei dati al fine di rendere le varie voci di danno omogenee per tipologia.

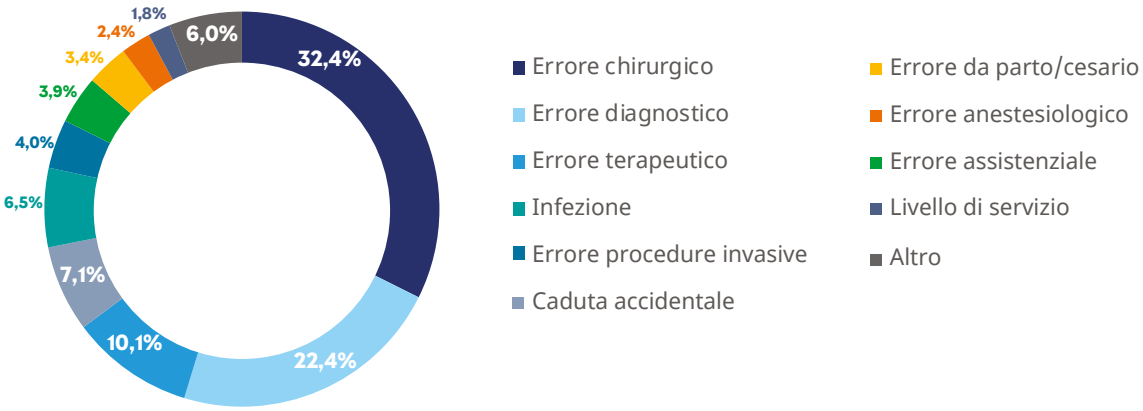
Riportiamo di seguito la classificazione utilizzata e la relativa descrizione:

Tabella 2.3 Classificazione eventi avversi

Classificazione evento	Descrizione
Aggressione	Qualsiasi tipo di violenza, fisica e/o verbale, a danno di paziente da chiunque (operatore sanitario, altro paziente, familiare, visitatore) compiuta all'interno di strutture sanitarie
Autolesione/ suicidio	Atti auto lesivi, tentato suicidio, suicidio del paziente all'interno della struttura sanitaria
Caduta accidentale	Caduta di paziente all'interno della struttura sanitarie (camere di degenza, aree comuni e di pertinenza aziendali)
Danni a persone	Altri danni cagionati al paziente all'interno della struttura durante il percorso di cura
Danni a cose	Pregiudizio economico conseguente al danneggiamento di beni materiali portati all'interno delle strutture sanitarie
Errore amministrativo	Divulgazione non autorizzata o erronea di informazioni/ dati personali, in possesso, custodia o controllo della struttura sanitaria. Ogni criticità connessa all'acquisizione del consenso informato
Errore anestesiologico	Eventi avversi strettamente legati alle procedure anestesiologiche che causano morte o grave danni al paziente
Errore assistenziale	Eventi che evidenziano l'inappropriatezza dell'assistenza al paziente in termini di cure o professionisti dedicati
Errore chirurgico	Errate procedure chirurgiche in paziente sbagliato o su parte del corpo errata, ritenzione di materiale in sito chirurgico, complicanze in fase operatoria e post-operatoria
Errore da parto/ cesareo	Morte o grave danno correlato al parto, procurato alla madre e/o al nascituro non affetti da patologie congenite o di altro tipo non compatibili con la vita
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 avversi relativi a diagnosi errata, mancante o tardiva che conduce ad un percorso diagnostico-terapeutico inappropriato
Errore farmacologico	Eventi avversi che incorrono nelle varie fasi del processo farmacologico (prescrizione – preparazione – somministrazione) e che riguardano anche la corretta identificazione, conservazione e manipolazione dei farmaci
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 somministrazione vaccino	Danno/complicanza conseguente alla somministrazione di un vaccino
Errore terapeutico	Eventi afferenti l'indicazione di terapie (non farmacologiche) errate o non appropriate, nonché l'erogazione di trattamenti non idonei al paziente
Errore trasfusionale	Morte o grave danno legati al processo trasfusionale in tutte le varie fasi (dal prelievo del campione fino alla trasfusione degli emocomponenti)
Infezione	Infezioni contratte durante l'assistenza sanitaria, che possono verificarsi in qualsiasi contesto assistenziale e che al momento dell'ingresso nella struttura o prima dell'erogazione dell'assistenza non erano manifeste clinicamente né erano in incubazione
Livello di servizio	Errori riguardanti la gestione del percorso di cura del paziente
Malfunzionamento macchinari, dispositivi o materiali	Eventi avversi legati al malfunzionamento di materiali, macchinari e apparecchi elettromedicali derivante da una mancata o inadeguata manutenzione

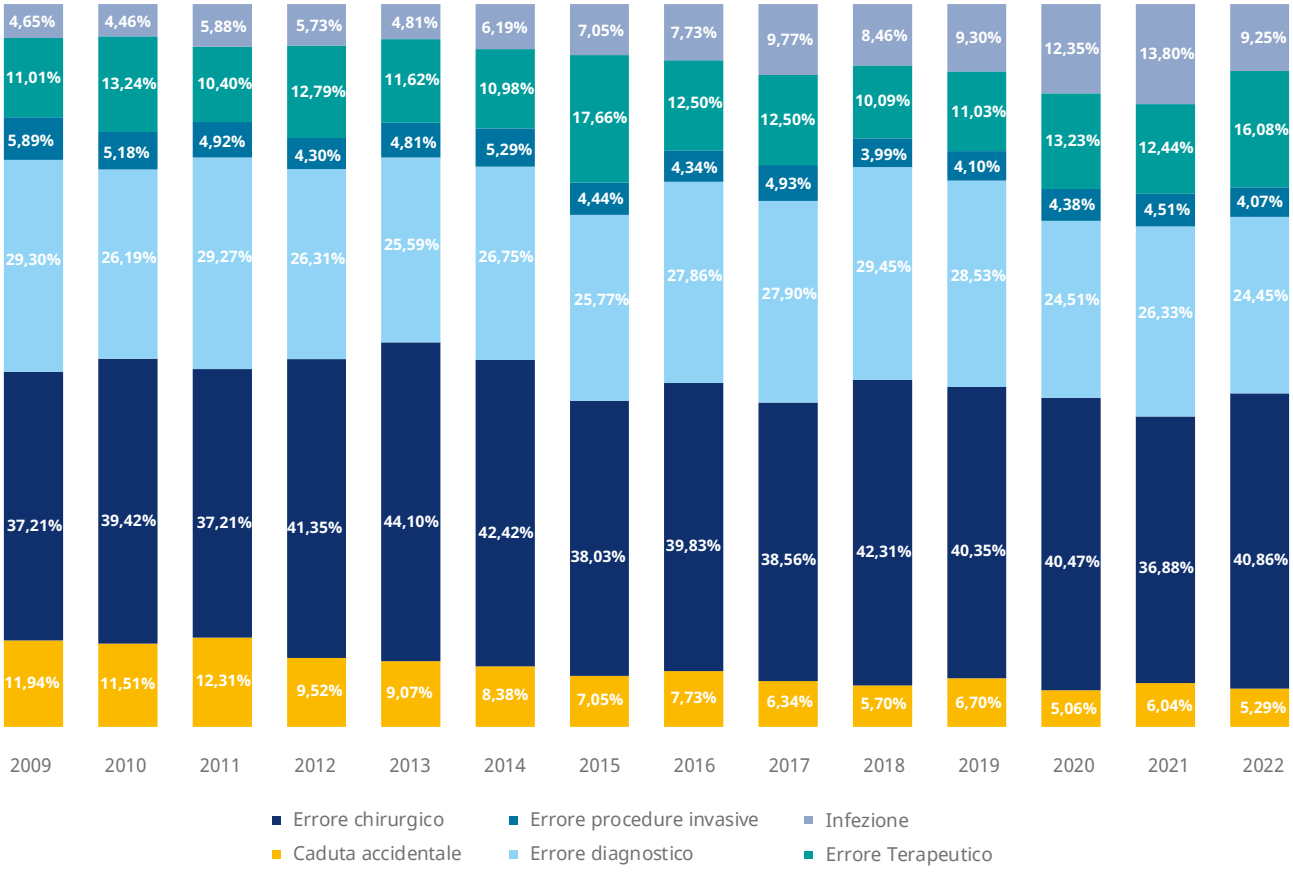
Le percentuali osservate rispetto ai diversi sinistri denunciati si conformano al trend già emerso nelle precedenti edizioni di questo report, e vedono **al primo posto l'errore chirurgico che coinvolge il 32% dei sinistri,** al secondo **l'errore diagnostico** (22%) e al terzo quello **terapeutico** (10%). Seguono, ancorché in misura minoritaria: cadute accidentali (7%); infezioni (6,5%); errori connessi a procedure invasive e assistenziali (4%); errori da parto/cesareo (3%); errori anestesiologici e livello di servizio (2%). Nella voce "Altro" (6%) sono incluse tutte le tipologie di danno con un valore inferiore all'1% sul totale dei sinistri.

Grafico 2.9 Distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato



Le prime sei fonti di errore rappresentano complessivamente più dell'80% dei sinistri, costituendo la gran parte della casistica presente nelle Aziende Sanitarie. Visto il loro impatto sul totale, si è deciso di osservarne la distribuzione per anno di denuncia (grafico 2.10) ed il tempo medio di denuncia e chiusura delle relative pratiche (Tabella 2.4.).

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.

La **distribuzione dei sinistri per anno di denuncia**, in linea con le precedenti edizioni del report, mostra una **prevalenza costante degli errori chirurgici**. Si segnala tuttavia un **incremento degli errori terapeutici** (quali errori afferenti l'indicazione di terapie non farmacologiche errate o non appropriate, nonché l'erogazione di trattamenti non idonei al paziente) **negli ultimi quattro anni**.

Le tabelle riportate di seguito, invece, riassumono i risultati dell'approfondimento sulle **tempistiche di apertura/chiusura delle pratiche.** Emerge, in linea con quanto osservato nella scorsa edizione, che le **cadute accidentali** vengono denunciate e gestite **più velocemente** rispetto a tutte le altre fonti di rischio, mentre le **infezioni correlate all'assistenza** sono soggette a **tempistiche di denuncia e chiusura maggiori rispetto alla media e rispetto agli altri errori.** Il fenomeno delle infezioni nosocomiali verrà trattato in modo più dettagliato con un apposito approfondimento nel **capitolo 4** di questo report.

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)	**Tempo medio di liquidazione** (in anni)
Caduta accidentale	0,4	2,3
Errore procedure invasive	1,5	2,6
Errore diagnostico	2,1	2,9
Errore terapeutico	2,3	2,9
Errore chirurgico	2,7	2,9
Infezione	3,5	3,0

2.6 AREE DI RISCHIO

Vista la composizione del campione (che vede la compresenza di Aziende Sanitarie di diversa grandezza, complessità e vocazione) le varie **Unità Operative coinvolte nelle richieste di risarcimento danni sono state suddivise in macro aree**, in considerazione del tipo di attività svolta e dell'utenza prevalente. Ciò anche al fine di rendere i dati omogenei e confrontabili.

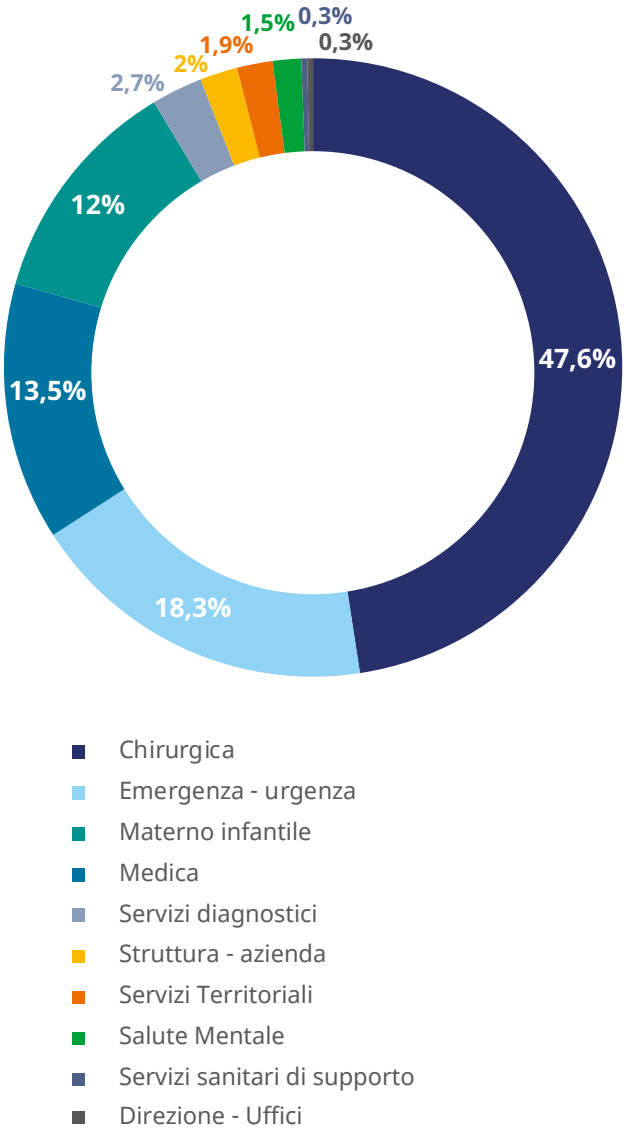
Di seguito la suddivisione proposta:

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, Chirurgia pediatrica, Oncoematologia pediatrica
Medica	Cardiologia e UTIC, Dermatologia - Allergologia, Diabetologia - Endocrinologia, Ematologia - Immunoematologia, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Malattie infettive e tropicali, Medicina generale, Medicina trasfusionale, Nefrologia e Dialisi, Neurologia, Oncologia e Radioterapia, Pneumologia, Tisiologia 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	Centro Vaccinale, Day Hospital/Day Surgery, RSA - ADI - Lungodegenza, Servizi di Assistenza Territoriale/ MMG
Struttura - azienda	Struttura/parti comuni

In linea con i trend osservati nel corso delle diverse edizioni del MedMal report, l'**area che risulta maggiormente coinvolta** in richieste di risarcimento danni è quella **chirurgica**, generando **quasi la metà degli eventi denunciati**.

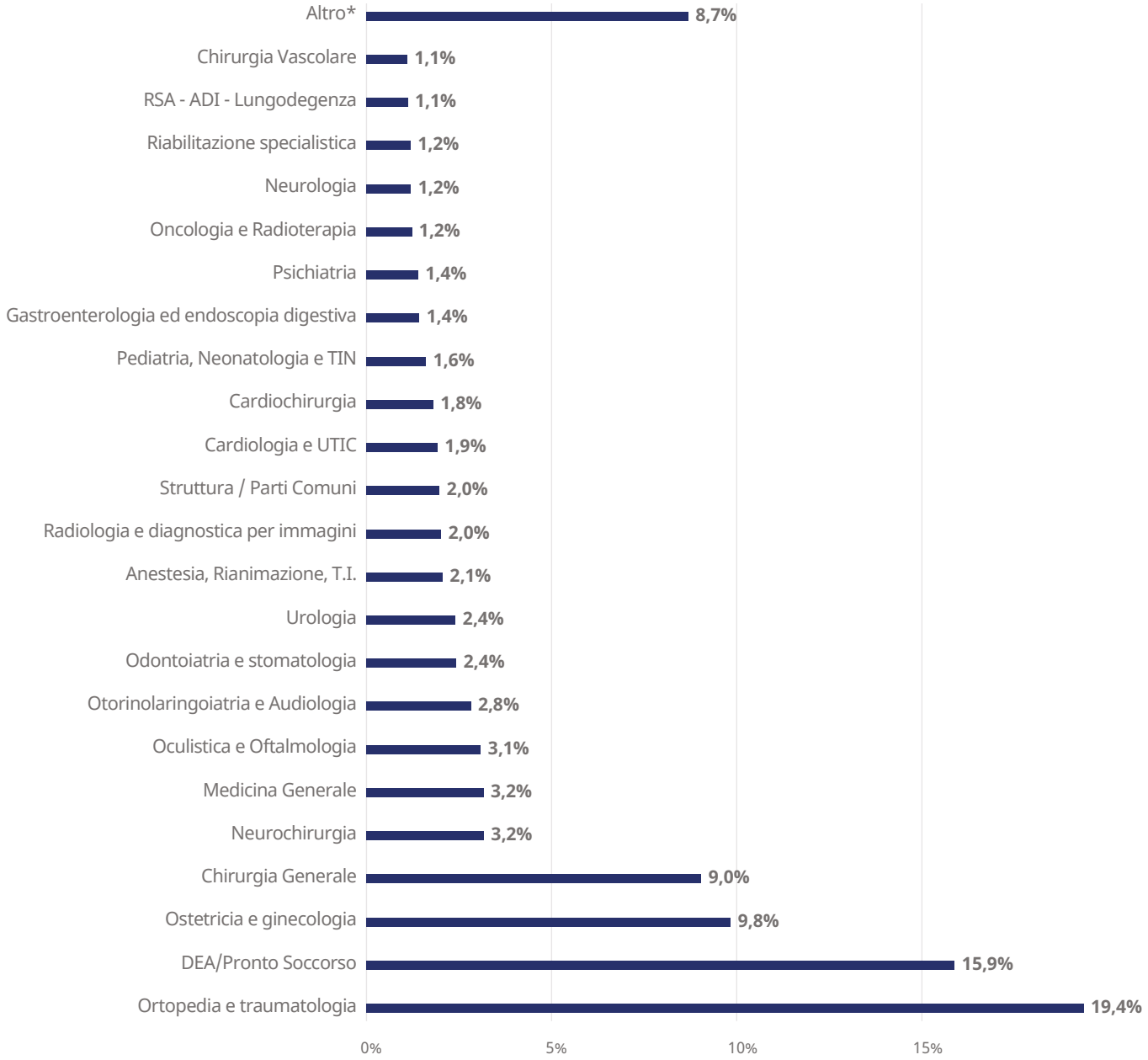
Grafico 2.11 Aree di rischio



2.7 UNITÀ OPERATIVE

Un ulteriore approfondimento realizzato nel report è relativo alla frequenza delle Unità Operative coinvolte nelle richieste di risarcimento danni. Promuovere e realizzare un processo di **misurazione e monitoraggio del rischio a livello di singola Unità Operativa** permette di ottenere una visione ancora più dettagliata della rischiosità aziendale, delineando in modo più completo ed efficace il profilo di rischio. Questo consente di individuare e rendere prioritari gli interventi su quelle UUOO che maggiormente necessitano di azioni di gestione e mitigazione dei rischi. In linea con quanto riportato nelle precedenti edizioni del report MedMal, anche quest'anno **l'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia,** con una percentuale pari al **19,4% sul totale dei sinistri,** risulta essere **la principale fonte di rischio per le Aziende Sanitarie**. Ad essa seguono: DEA/Pronto Soccorso con una frequenza del 16% di richieste di risarcimento; Ostetricia e Ginecologia con quasi il 10% e Chirurgia Generale con il 9%. Il dettaglio nel Grafico 2.12 che segue.

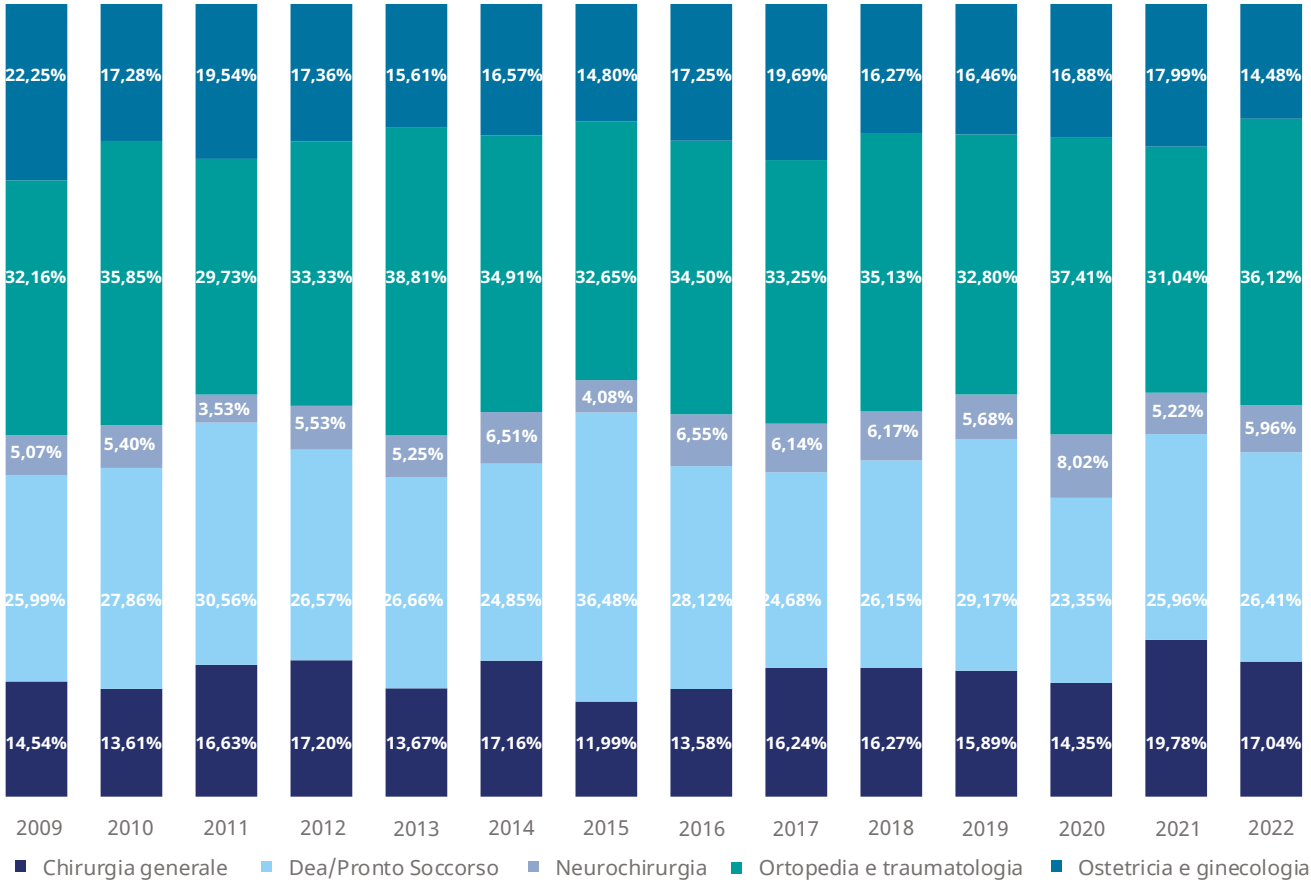
Grafico 2.12 Incidenza delle principali Unità Operative sul totale dei sinistri



NOTA TECNICA: nella voce "Altro" sono riportate le Unità Operative corrispondenti a una percentuale di incidenza inferiore a 1%. Nello specifico si tratta di: Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Pneumologia, tisiologia e fisiopatologia respiratoria, Nefrologia e Dialisi, Chirurgia Toracica, Chirurgia Pediatrica, Dermatologia – Allergologia, Reumatologia e Geriatria, Malattie infettive e tropicali, Ssuem 118, Centro vaccinale, Medicina Trasfusionale, Altri servizi di supporto sanitari, Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa, Servizi di assistenza territoriale/MMG, Laboratorio analisi, Anatomia e istologia patologica, Ematologia – Immunoematologia, Diabetologia – Endocrinologia, Day Hospital/Day Surgery, Altri servizi diagnostico-terapeutici, Neuropsichiatria Infantile, Oncoematologia Pediatrica, Chirurgia d'Urgenza e Medicina d'urgenza.

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** nelle richieste di risarcimento danni, che rappresentano quasi il 60% dei sinistri. Nel Grafico 2.13 è interessante notare come le onde si susseguano in modo regolare, suggerendo che ci sia una certa **coerenza nel processo sottostante che le genera:** i valori risultano quindi essere relativamente stabili nel tempo, indicando una uniformità dei dati analizzati.

Grafico 2.13 Distribuzione delle principali Unità Operative per anno di denuncia



A completamento della definizione dei profili specifici di rischio e coerentemente con il proposito del MedMal di fornire uno strumento di analisi concreta delle aree di rischiosità delle organizzazioni sanitarie, si riporta di seguito un ulteriore dettaglio che include, **per le principali Unità Operative analizzate, la tipologia prevalente di sinistro denunciato.**

Tabella 2.6 Principali Unità Operative e relativi eventi avversi denunciati

Chirurgia generale	
Errore chirurgico	58,97%
Errore Diagnostico	9,50%
Infezione	9,09%
Errore terapeutico	4,92%
Errore anestesiologico	4,40%
Errore procedure invasive	3,58%
Caduta accidentale	3,17%
Errore assistenziale	2,11%
Altro	4,28%

Ortopedia e traumatologia	
Errore chirurgico	59,36%
Infezione	10,61%
Errore Diagnostico	9,90%
Errore terapeutico	9,13%
Caduta accidentale	1,89%
Errore anestesiologico	1,75%
Malfunzionamento Macchinari, Dispositivi o Materiali	1,62%
Errore assistenziale	1,56%
Altro	4,17%

Ostetricia e ginecologia	
Errore da parto/cesareo	35,31%
Errore chirurgico	29,91%
Errore Diagnostico	15,62%
Errore terapeutico	3,85%
Errore procedure invasive	3,21%
Infezione	3,00%
Errore di prevenzione	1,77%
Errore assistenziale	1,61%
Altro	5,72%

DEA/Pronto soccorso	
Errore diagnostico	61,41%
Errore terapeutico	17,65%
Errore Chirurgico	4,71%
Caduta accidentale	4,24%
Errore assistenziale	4,03%
Infezione	1,58%
Altro	6,39%

Neurochirurgia	
Errore chirurgico	61,67%
Infezione	10,90%
Errore Diagnostico	9,37%
Errore terapeutico	6,30%
Errore anestesiologico	2,21%
Errore procedure invasive	1,53%
Caduta accidentale	1,53%
Altro	6,47%

Le tabelle riportate fanno tesoro di molte informazioni. Ad esempio si noti come, per l**e specialità afferenti l'area chirurgica** - Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale e Neurochirurgia - vi sia una **percentuale di infezioni superiore alla media del campione complessivo**, raggiungendo quasi l'11% nella UO di Neurochirurgia.

Relativamente a **Ostetricia e Ginecologia**, invece, gli **errori da parto** risultano essere **la prima fonte di rischio con il 35% sul totale** dei sinistri ivi denunciati. Nell'interpretazione di questo dato occorre considerare che in alcuni dei database forniti non è presente il dettaglio sugli errori da parto, che sono comunemente classificati come errori chirurgici (quando il danno viene 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). Ove disponibile la descrizione dettagliata del danno lamentato, gli errori legati all'evento parto sono stati 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.

NOTA TECNICA: nella voce "Altro" sono riportati gli eventi corrispondenti a una percentuale di incidenza inferiore all'1,5%.

Anche per queste Unità Operative sono stati calcolati **i tempi medi di apertura e chiusura dei sinistri**. Il **Pronto Soccorso** presenta **i tempi minori per la denuncia** delle pratiche, rendendo dunque possibile ipotizzare che gli eventi in Pronto Soccorso manifestino **conseguenze immediatamente riscontrabili** sul paziente rispetto a quanto avviene nelle altre Unità Operative analizzate, dove gli effetti negativi possono evidenziarsi nel medio-lungo termine.

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

Evento denunciato	Tempo medio di denuncia (in anni)	Tempo medio di liquidazione (in anni)
DEA/ Pronto Soccorso	1,4	2,8
Chirurgia Generale	2,8	2,8
Ortopedia e traumatologia	2,7	2,8
Ostetricia e ginecologia	3,0	3,2
Neurochirurgia	3,2	3,3

Risk Analytics: leggere l'evoluzione degli scenari di rischio nella Sanità

Incurred but not reported – L'analisi dei sinistri avvenuti ma non ancora denunciati

Quando si analizzano i sinistri, è di primaria importanza capire non solo la loro situazione attuale, ma anche come possiamo aspettarci si evolvano nel tempo. Per quanto riguarda l'ambito della Medical Malpractice, diventa particolarmente rilevante affrontare questo aspetto di analisi, vista la possibilità di denunciare un sinistro nel periodo fino a 10 anni successivi alla constatazione del danno.

La stima degli **Incurred But Not reported** (IBNR), ossia quei sinistri avvenuti ma non ancora denunciati, permette agli ospedali di gestire in modo efficace le risorse finanziarie, garantire una pianificazione strategica adeguata e incrementare la qualità e sicurezza delle cure erogate. Questo processo richiede sia **un'analisi dettagliata dei dati storici**, sia l'impiego di **metodologie analitiche sofisticate** per prevedere nel dettaglio i costi futuri associati ai servizi medici forniti.

Nello specifico, è fondamentale stimare con precisione l'effetto degli IBNR nell'ambito ospedaliero per diversi motivi:

1. **Gestione finanziaria:** La corretta valutazione degli IBNR consente agli ospedali di pianificare le risorse finanziarie in modo adeguato, assicurando la disponibilità di fondi sufficienti per coprire i costi associati alle prestazioni sanitarie fornite. Senza una stima accurata, gli ospedali rischiano di trovarsi in situazioni finanziarie precarie o di dover affrontare improvvisi squilibri di bilancio, compromettendo la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria fornita.
2. **Sostenibilità economica:** Comprendere l'impatto degli IBNR consente alle aziende ospedaliere di valutare con maggiore precisione e sicurezza la sostenibilità degli investimenti a lungo termine che esse intendono pianificare (come sviluppi infrastrutturali, acquisto di attrezzature mediche e assunzioni di personale qualificato): il verificarsi di sinistri non preventivati costituisce una fonte di costo imprevista, che può avere conseguenze significative sui bilanci delle aziende sanitarie.
3. **Gestione del rischio:** La valutazione degli IBNR consente alle strutture di identificare e gestire in modo efficace i potenziali rischi finanziari associati a richieste di rimborso in sospeso. Ciò consente loro di adottare misure preventive e strategie di mitigazione del rischio per evitare possibili crisi finanziarie e proteggere la stabilità economica complessiva dell'organizzazione.
4. **Trasferimento del rischio:** La valutazione accurata degli IBNR è uno dei fattori presi in considerazione dalle Compagnie di assicurazioni nelle fasi di sottoscrizione. Una stima errata o del tutto assente degli IBNR può avere delle ricadute sulle opportunità e sui costi di trasferimento del rischio.
5. **Pianificazione strategica:** Comprendere l'impatto degli IBNR consente alle strutture sanitarie di pianificare strategie operative e di sviluppo a lungo termine in modo più preciso. Questo include l'espansione di servizi, l'implementazione di nuove tecnologie mediche e l'adattamento delle politiche di rimborso per assicurare un equilibrio finanziario ottimale e un'eccellenza nella cura dei pazienti.

A titolo esemplificativo, un paziente che dovesse riscontrare un danno a seguito di un intervento, a partire dal momento della sua constatazione del danno, ha tempo 10 anni per denunciare il sinistro. Questo intervallo di tempo tra l'anno in cui avviene il danno e l'anno in cui esso viene denunciato rende difficile avere un quadro completo per l'annualità dello specifico anno evento. Diventa quindi di necessaria importanza risolvere questa problematica.

Se volessimo analizzare i sinistri di Medical Malpractice derivanti da interventi effettuati ad esempio nell'anno 2012, avremmo a disposizione ad oggi tutti i dati necessari. Potremmo infatti analizzare i sinistri avvenuti nel 2012 ma denunciati negli anni 2013, 2014, e così via fino ad arrivare al 2021.

Questo ci consente di avere la visuale completa degli interventi che, effettuati nel 2012, sono stati denunciati nei 10 anni successivi.

Non sarebbe però possibile avere la stessa visione a lungo termine guardando al 2019, avendo osservazioni sui sinistri MedMal **solo per le tre annualità successive** (2020, 2021 e 2022). Per avere una **proiezione** completa degli eventi accaduti nel 2019, capendo come questo numero possa **evolvere nei 10 anni successivi,** è necessario fare ricorso alla stima dell'effetto IBNR sui sinistri. Una volta che per gli anni incompleti viene stimato l'effetto dei sinistri IBNR, sarà possibile avere un'indicazione attendibile per un confronto tra i vari anni, così da individuare eventuali trend di peggioramento o miglioramento della frequenza attesa dei sinistri.

È quindi importante quantificare l'effetto dei sinistri IBNR poiché questo è l'unico modo per capire il reale livello di sinistrosità relativo ad uno specifico anno di analisi. In questo focus valuteremo l'effetto dei sinistri IBNR lavorando inizialmente sulla **totalità dei sinistri a campione per il report MedMal**, e successivamente sul dettaglio delle Unità Operative più significative:

Chirurgia Generale; Ortopedia e Traumatologia; Ostetricia e Ginecologia.

Ricordiamo che, per analizzare l'effetto dei sinistri IBNR, è necessario avere una **grande quantità di dati storici**, con informazioni relative al numero di sinistri denunciati ogni anno e alla loro data di effettivo accadimento. Avendo queste informazioni per un orizzonte di tempo sufficientemente lungo (solitamente 10 anni) si può stimare i**l numero di sinistri che verranno denunciati negli anni futuri** rispetto a quelli osservati fino ad oggi.

Nella tabella sottostante vengono mostrati i coefficienti di evoluzione calcolati per i sinistri MedMal.

Tabella Focus 1.1: Coefficienti di evoluzione per la totalità dei sinistri MedMal

	Anno Base	1 Anno di gap	2 Anni di gap	3 Anni di gap	4 Anni di gap	5 Anni di gap	6 Anni di gap	7 Anni di gap	8 Anni di gap	9 Anni di gap	Totale
Totale	-	107%	32%	15%	9%	8%	3%	2%	2%	2%	**180%**

Si osservi come il numero di sinistri denunciati in un dato anno (che possiamo definire "base") rappresenti solo una piccola parte del numero di sinistri realmente avvenuti in quell'anno. Il numero di sinistri realmente avvenuti nell'anno base è infatti superiore del 180% rispetto al numero dei sinistri effettivamente denunciati. Questi sinistri "Incurred But Not reported" saranno con tutta probabilità denunciati nei 9 anni successivi.

Capire quindi il reale impatto dei sinistri avvenuti e come questo si ripercuoterà sugli anni futuri, vista la possibilità di denunciare un sinistro tardivamente, diventa di vitale importanza per la gestione delle aziende ospedaliere. Avere una misura dell'effetto dei sinistri IBNR consente di fare pianificazioni prospettiche che terranno conto anche di scenari avversi che inevitabilmente colpiranno l'azienda ospedaliera.

Oltre alla quantificazione della stima dei sinistri avvenuti nell'anno base ma non ancora denunciati, possiamo anche osservare delle informazioni interessanti per le annualità per le quali i dati storici sono completi solo in parte. Ad esempio, per i sinistri avvenuti nel 2020 abbiamo tre annualità complete di storicità: infatti, possiamo osservare solo i sinistri avvenuti nel 2020 ma denunciati nel 2020, 2021, e 2022. Se volessimo quantificare l'effetto IBNR per l'annualità in questione ci basta vedere l'effetto cumulato dei sinistri a partire dal terzo anno di gap, implicando un aumento stimato dei sinistri del 41%. Diventa interessante altresì andare a confrontare l'effetto dei sinistri IBNR all'interno delle diverse Unità Operative, che verranno trattate come entità a sé stanti, in quanto possono presentare caratteristiche differenti che si andrebbero a perdere in analisi effettuate senza questa discriminante.

Tabella Focus 1.2: Coefficienti di evoluzione per le Unità Operative scelte

	Anno Base	1 Anno di gap	2 Anni di gap	3 Anni di gap	4 Anni di gap	5 Anni di gap	6 Anni di gap	7 Anni di gap	8 Anni di gap	9 Anni di gap	Totale
Chirurgia Generale	-	127%	41%	16%	11%	9%	3%	2%	3%	2%	**214%**
Ortopedia e Traumatologia	-	210%	59%	30%	23%	17%	4%	3%	3%	2%	**351%**
Ostetricia e Ginecologia	-	94%	39%	35%	29%	25%	9%	5%	5%	5%	**246%**

Osservare infatti come ci si può aspettare che si evolvano anche le annualità parzialmente complete aiuta a identificare delle differenze nella distribuzione dei sinistri. In particolare, risulta di interesse andare a confrontare l'evoluzione attesa dei sinistri tra l'UO di Ortopedia e Traumatologia e quella di Ostetricia e Ginecologia. Nei primi due anni di gap analizzati, i sinistri di Ortopedia e Traumatologia presentano infatti un effetto IBNR molto maggiore; proseguendo invece a confrontare gli altri anni possiamo vedere come i sinistri di Ostetricia e Ginecologia si trascinino un effetto IBNR che va a superare quello dei sinistri di Ortopedia.

Questo ci dà indicazione che i sinistri di Ortopedia abbiano una velocità di denuncia particolarmente elevata nei due anni successivi all'anno di effettivo avvenimento del sinistro. I sinistri di Ostetricia invece presentano un effetto IBNR che, pur essendo minore rispetto all'effetto registrato per Ortopedia nei primi due anni, risulta avere una coda più pesante. Questo è un segno che sinistri in questa Unità Operativa tendono ad essere denunciati con una frequenza importante anche a molti anni di distanza dall'effettivo avvenimento del sinistro.

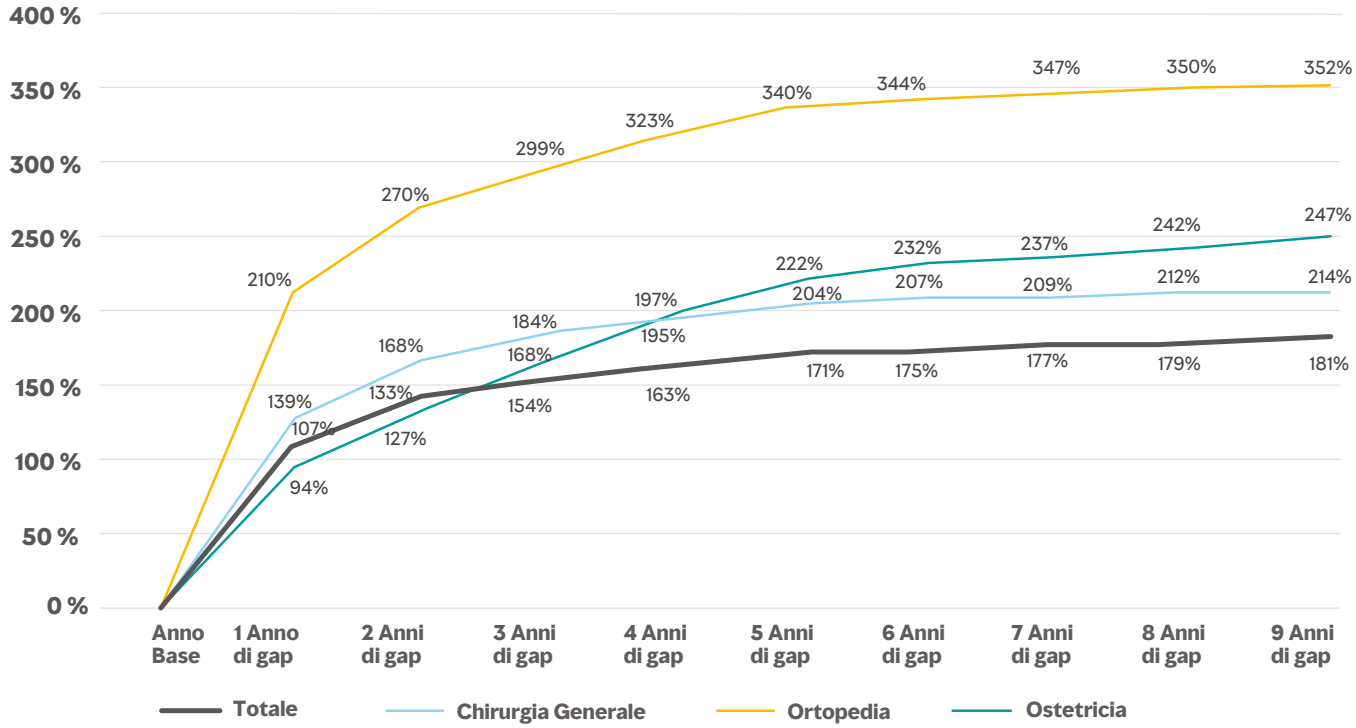
Diventa utile anche calcolare la crescita cumulata dei sinistri rappresentata nelle tabelle FOCUS 1.1 e FOCUS 1.2 per prepararsi all'impatto futuro.

Tabella Focus 1.3: Coefficienti di crescita cumulata per i sinistri MedMal

	Anno Base	1 Anno di gap	2 Anni di gap	3 Anni di gap	4 Anni di gap	5 Anni di gap	6 Anni di gap	7 Anni di gap	8 Anni di gap	9 Anni di gap
Totale	-	**107%**	**139%**	**154%**	**163%**	**171%**	**175%**	**177%**	**179%**	**180%**
Chirurgia Generale	-	127%	168%	184%	195%	204%	207%	209%	212%	214%
Ortopedia	-	210%	270%	299%	323%	340%	344%	347%	350%	351%
Ostetricia	-	94%	133%	168%	197%	222%	232%	237%	242%	246%

Di seguito anche una rappresentazione grafica:

Grafico Focus 1.1: Distribuzione cumulata IBNR per i sinistri MedMal



Immediatamente possiamo vedere dal grafico FOCUS 1.1 come tutte le Unità Operative considerate per questa analisi presentino un salto a 1 anno di gap vicino o superiore al 100%, implicando un raddoppio nel numero delle denunce nell'anno successivo all'anno base. In particolare, proprio nel primo anno, Ortopedia triplica le denunce, con un aumento del 210%. Alla fine dei 10 anni, l'impatto cumulato dei sinistri IBNR risulta superiore al 200% per tutte le UO selezionate.

3

ANALISI ECONOMICA

3.1 COSTO DEI SINISTRI

La sezione economica del MedMal report si compone di diverse elaborazioni riguardanti il costo totale dei sinistri, la somma degli importi a riserva e gli importi liquidati ai danneggiati.

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 valori, si è scelto di prediligere le riserve delle Compagnie assicurative al posto di quelle delle singole Aziende.

Ai **sinistri liquidati** è stato applicato, come per le scorse edizioni, un **indice di rivalutazione** volto a confrontare in modo coerente gli importi più remoti con quelli più recenti. Tale rivalutazione consente sia di rendere i totali più accurati e rappresentativi, sia di garantire una valutazione corretta dei dati finanziari. "L'indice, infatti, è calcolato in base all'evoluzione del costo medio di un campione omogeneo di sinistri, considerando gli adeguamenti per l'inflazione.

Selezionando le annualità più significative **dal 2012 al 2022**, si noti come il **costo totale dei sinistri è pari a circa 1 miliardo e 123 milioni di euro**, di cui il 42,8% si riferisce ad importi liquidati al danneggiato o suoi aventi diritto.

Il **costo medio per sinistro** risulta in linea a quanto calcolato nella scorsa edizione del report, superando di poco i **€ 116.000 per singola pratica. Il liquidato medio è di circa € 96.000, in aumento** rispetto alla 13° pubblicazione (€ 84.300 ca.).

Tabella 3.1 Analisi economica – dati generali

Costo totale dei sinistri	1.122.895.019 €
Riservato totale	642.666.054 €
Liquidato totale	480.228.966 €
Costo medio per sinistro	116.266 €
Riservato medio per sinistro	137.645 €
Liquidato medio per sinistro	96.258 €
Costo medio annuo	102.081.365 €
Costo medio annuo per struttura	1.799.511 €

NOTA METODOLOGICA: sono stati esclusi dall'analisi i sinistri non valorizzati e con costo inferiore a € 500, oltre che i danneggiamenti accidentali e i rischi non clinici. All'interno dell'analisi economica, le pratiche parzialmente liquidate - che presentano importi sia a riserva sia liquidati - sono state conteggiate tra gli importi riservati.

L'analisi del **costo medio dei sinistri per anno di denuncia**, raffigurata nel Grafico 3.1, mostra un trend in crescita, raggiungendo i €130.000 nell'ultima annualità.

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

Il Grafico 3.2, invece, mostra una **tendenza decrescente,** con un **costo medio annuo per struttura** in diminuzione nel corso del tempo. Questo andamento tiene conto delle considerazioni fatte nel capitolo 2; il Grafico 2.1 infatti, mostrava come il numero di richieste di risarcimento medie (RRD) per struttura diminuisca in termini di frequenza, che viene qui compensato dall'opposto trend dell'aumento del costo medio per sinistro.

Ciò potrebbe indicare che **i sinistri che si verificano sono più complessi o costosi da risolvere** rispetto al passato, ma potrebbe anche testimoniare un miglioramento nella loro gestione attraverso **l'adozione di misure preventive** per ridurre i costi e incrementare la qualità e la sicurezza delle cure erogate nelle strutture sanitarie.

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

I sinistri analizzati sono stati suddivisi **in fasce di importo** a seconda del loro costo totale (riservato + liquidato), al fine di mettere in evidenza il loro i**mpatto sul campione complessivo**, sia in termini di frequenza sia di perdite economiche.

Le fasce identificate sono le seguenti:

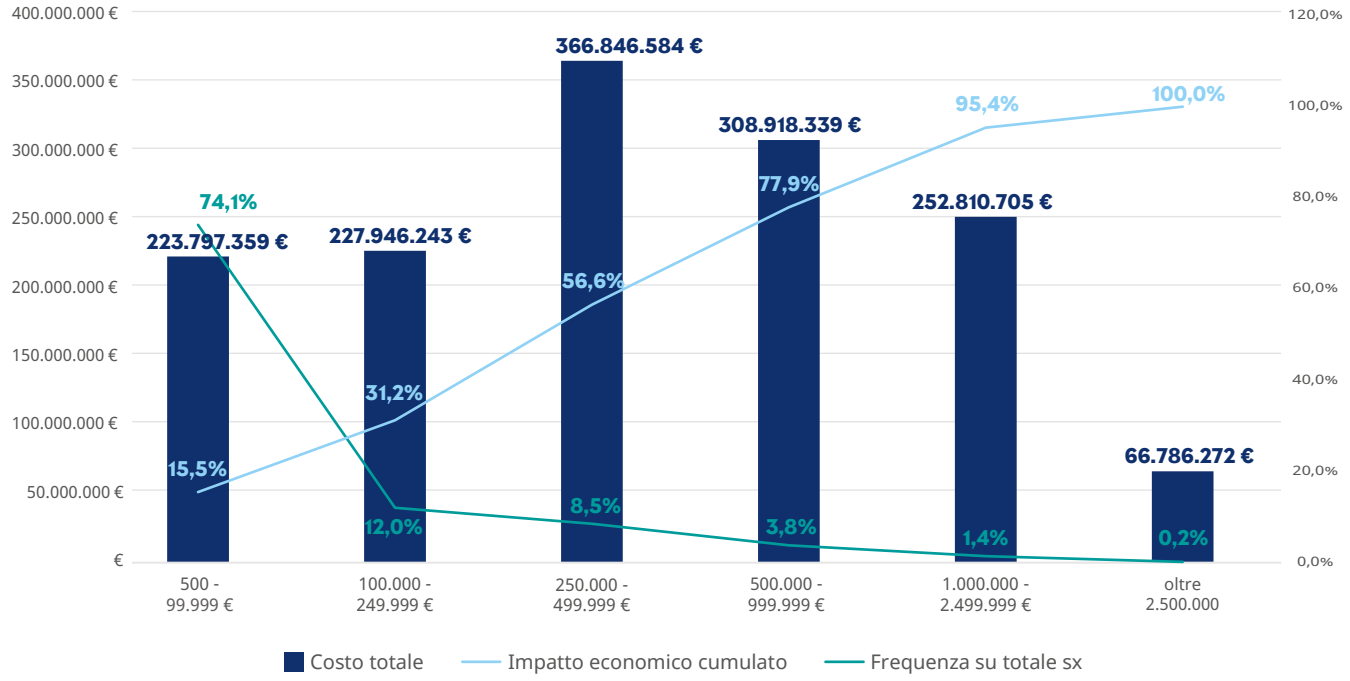
- Costo inferiore a 100.000 €
- Costo compreso fra 100.000 € e 250.000 €
- Costo compreso fra 250.000 € e 500.000 €
- Costo compreso fra 500.000 € e 1.000.000 €
- Costo compreso fra 1.000.000 € e 2.500.000 €
- Costo superiore a 2.500.000 €

Tabella 3.2 Fasce di costo e impatto economico/di frequenza

Fascia di costo	Frequenza su totale sinistri	Impatto economico
€ 500 - 99.999	74,1%	15,5%
€ 100.000 - 249.999	12,0%	15,8%
€ 250.000 - 499.999	8,5%	25,4%
€ 500.000 - 999.999	3,8%	21,3%
€ 1.000.000 - 2.499.999	1,4%	17,5%
oltre € 2.500.000	0,2%	4,6%

Le **perdite maggiori** si riferiscono alla **fascia compresa fra € 250.000** e **€ 500.000,** che da sola impatta per più di 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



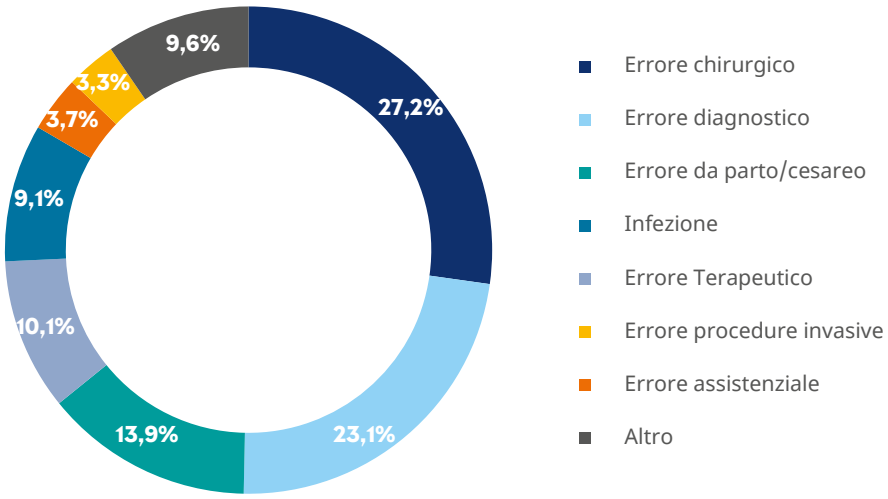
Entrando nel merito degli **eventi denunciati**, si è posta attenzione all'incidenza degli stessi sul costo totale dei sinistri, con lo scopo di individuare **le principali fonti di rischio** non solo per frequenza di accadimento ma anche per impatto economico.

Da questa analisi, che conferma quanto osservato nelle scorse Edizioni del report, emerge che l**e prime tre fonti di errore per impatto sul costo totale dei sinistri** sono rappresentate da:

- Errori chirurgici con il 27,2%;
- Errori diagnostici (23,1%);
- Errori da parto (13,9%).

Dal confronto tra l'incidenza sul costo totale e l'analisi delle frequenze di cui al capitolo 2 (cfr. Grafico 2.9.), si evince che **errori chirurgici e diagnostici** non sono solo gli eventi **a maggior impatto economico**, ma anche quelli con **maggiore incidenza in termini di frequenza**. Fanno eccezione gli errori da parto, che incidono in misura percentualmente ridotta sull'analisi delle frequenze dei sinistri (il 3,8%), ma che gravano per quasi il 14% del costo totale. Giova nuovamente rammentare che il reale impatto di tali errori potrebbe essere sottostimato a causa della presenza di differenti criteri nella loro classificazione.

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



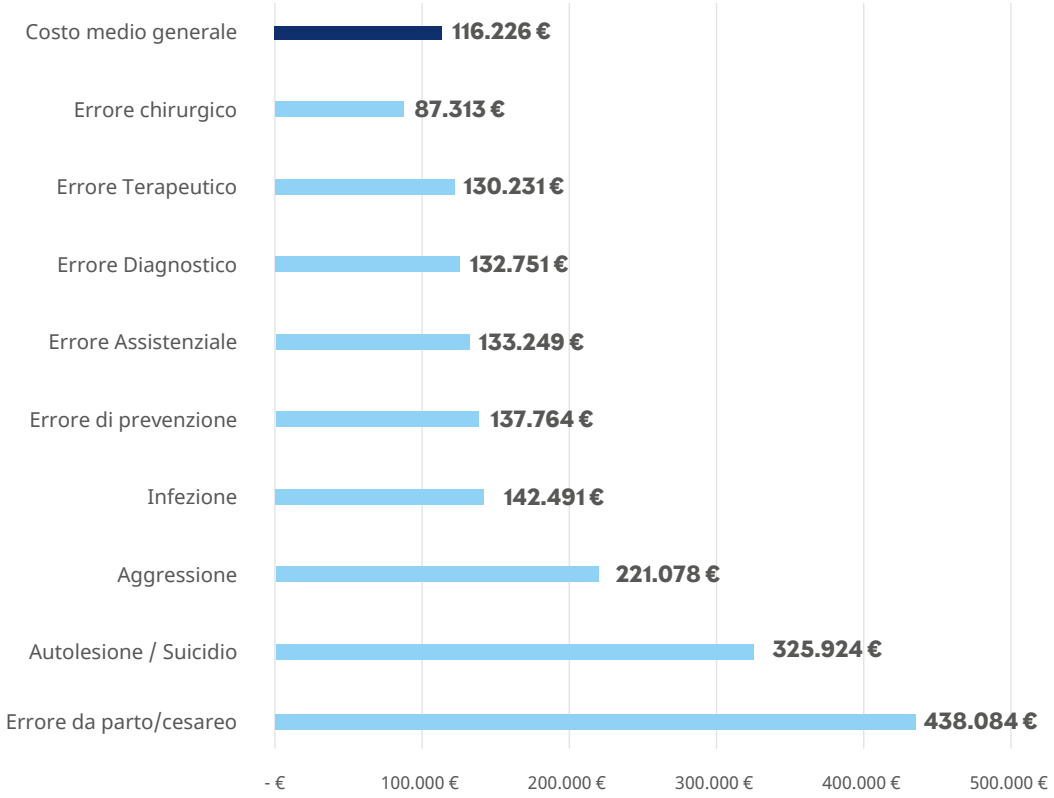
Il grafico sul **costo medio dei sinistri per le principali fonti di errore** (Grafico 3.5.) riporta un valore generale di **oltre € 116.000 a pratica.** Significativi scostamenti possono essere giustificati dalla tipologia di soggetti coinvolti e dalla gravità dell'evento occorso. È ciò che avviene negli **errori da parto,** che spiccano con **un importo medio superiore a € 435.000,** o al contrario negli errori chirurgici, che pur avendo una frequenza elevata (37,2%) presentano costi più contenuti ed inferiori alla media.

Per quanto attiene gli **atti autolesivi e suicidari,** il costo medio è pari a € 325.924 con una frequenza di accadimento dello 0,65%. Si tratta di valori in lieve incremento rispetto alla precedente edizione dello studio, che tuttavia non possono ancora essere considerati come statisticamente rappresentativi dell'andamento del rischio da Medical Malpractice, potendo configurarsi come singole eccezioni del campione analizzato e non come un trend ben definito.

Infine, si è voluto evidenziare come le **aggressioni** siano la terza fonte di rischio in termini economici, con oltre € 220.000 di costo medio. Questo argomento, di grande attualità nell'ambito sanitario, verrà approfondito nel capitolo 4 con un focus apposito.

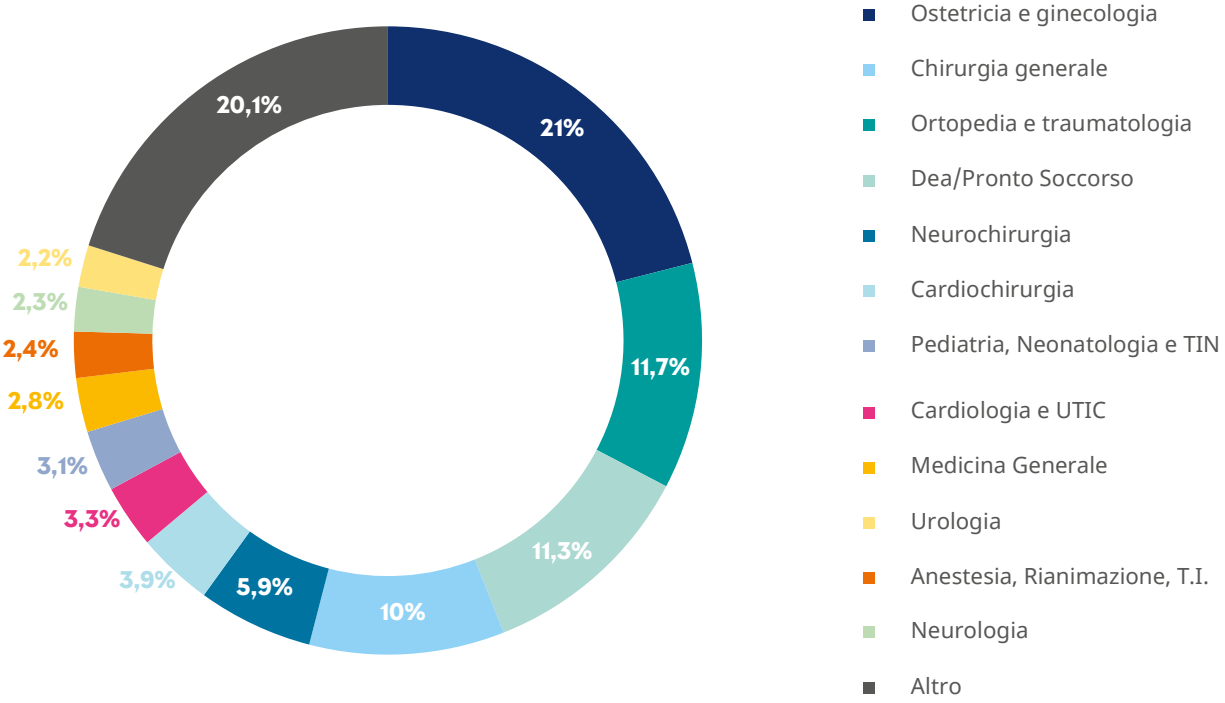
NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore al 3%

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



Le prime quattro **Unità Operative con maggiore impatto economico** sul costo totale dei sinistri coincidono con le prime quattro Unità Operative per frequenza dei sinistri, sebbene con ordine differente. In linea con la scorsa edizione, infatti, la **voce di costo principale** risulta essere la specialità di **Ostetricia e Ginecologia**, con il 21% di incidenza sul costo totale ed una frequenza del 9,8%. Seguono: **Ortopedia e Traumatologia** che assorbe circa il 12% dei costi e presenta il 19,4% di frequenza; **DEA/Pronto Soccorso** con l'11,3% di costi ed il 15,9% di frequenza; **Chirurgia Generale**, con un impatto sul costo totale del 10% ed una frequenza del 9%.

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

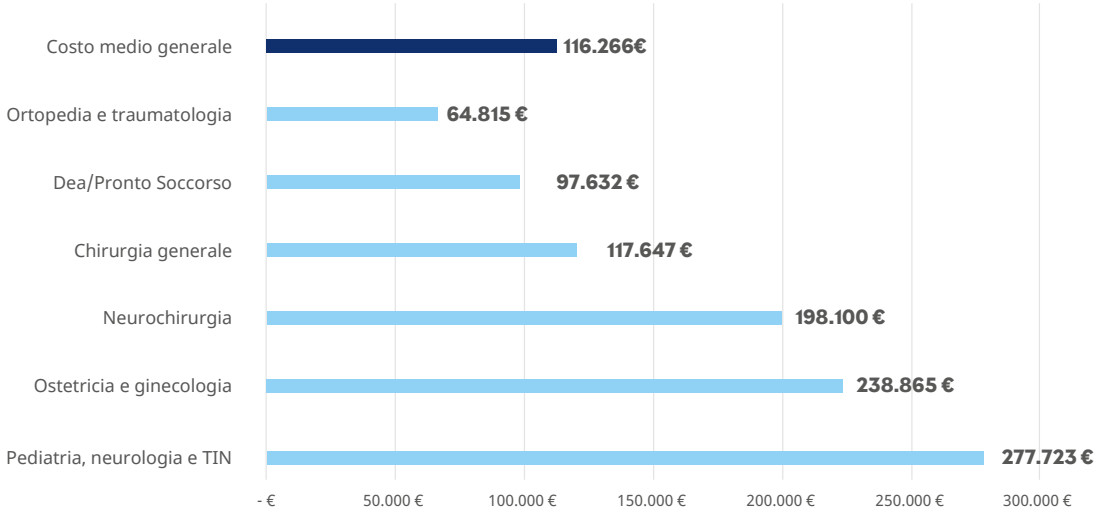


*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 2%.

Analizzando **i costi medi per sinistro nelle principali Unità Operative**, si evidenzia si evidenzia come eventuali scostamenti dal costo medio possano essere imputabili alla tipologia di utenza prevalente ed alle possibili conseguenze delle prestazioni e/o interventi effettuati in ciascuna UO. Le Unità Operative dal **costo medio più elevato** appartengono **all'Area Materno-infantile**: Pediatria, Neonatologia e TIN e Ostetricia e Ginecologia, ove si registrano importi nettamente superiori alla media, rispettivamente di € 278.000 ed € 239.000.

Analogo discorso vale per l'UO di Neurochirurgia, che presenta un costo medio di € 198.000, pur con una frequenza di sinistri pari al 3,2%. **Chirurgia Generale, Pronto Soccorso e Ortopedia e Traumatologia**, sebbene abbiano una **elevata frequenza** di sinistri (complessivamente rappresentano il 44,3%), si assestano su **valori più contenuti** rispetto al costo medio complessivo.

Grafico 3.7 Costo medio per sinistro per le principali Unità Operative

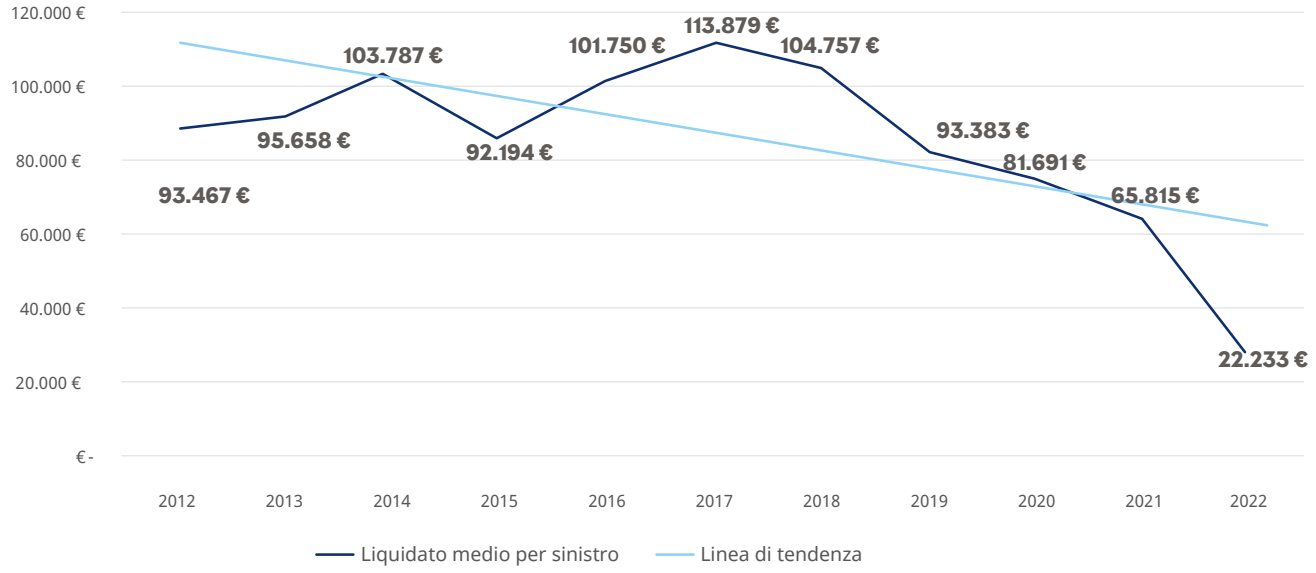


3.2 IMPORTO LIQUIDATO

Focalizzando la nostra attenzione solo sulle pratiche oggetto di liquidazione al danneggiato o suoi aventi causa, si nota un **valore liquidato medio per sinistro pari a € 96.258**, in aumento rispetto alla precedente edizione.

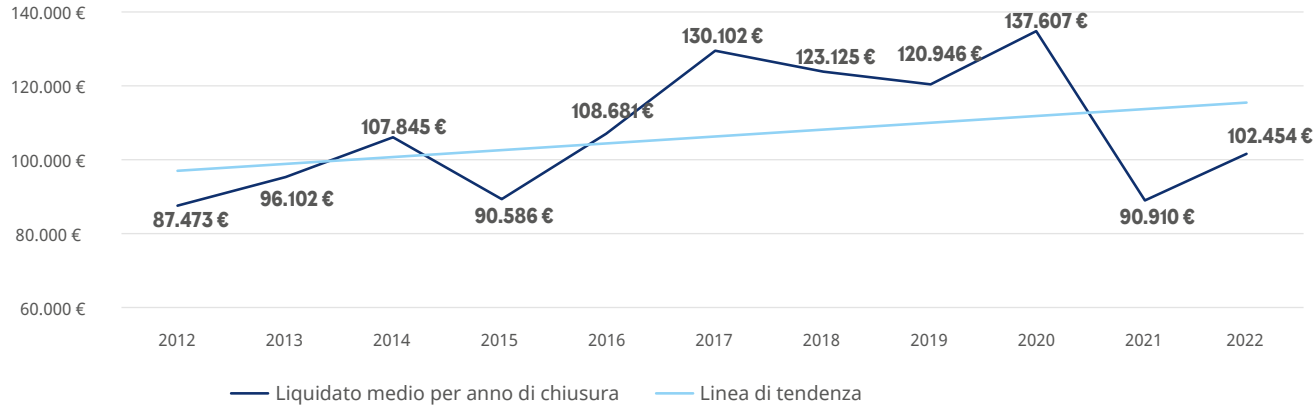
Il grafico sottostante ne illustra l'andamento **per anno di denuncia** dal 2012 al 2022, ed evidenzia una **tendenza in diminuzione**, dovuta in parte alla **maggiore velocità di liquidazione di sinistri con importi inferiori** (cfr. Tabella 3.3) e in parte alla presenza di posizioni ancora aperte, specie nelle ultime annualità, che sono tutt'ora in fase istruttoria.

Grafico 3.8 Liquidato medio per sinistro per anno di denuncia



L'andamento del **liquidato medio per anno di chiusura** delle pratiche conferma, invece, il **trend in crescita** osservato nel corso delle diverse edizioni di questo report. L'importo in lieve calo associato agli anni 2021 e 2022 può essere correlato alla non adeguata consolidazione dei dati dovuta alla vicinanza temporale con l'anno di denuncia ed alle tempistiche di istruttoria dei sinistri, che richiedono un tempo medio di due anni e mezzo per giungere a definizione.

Grafico 3.9 Liquidato medio per anno di chiusura



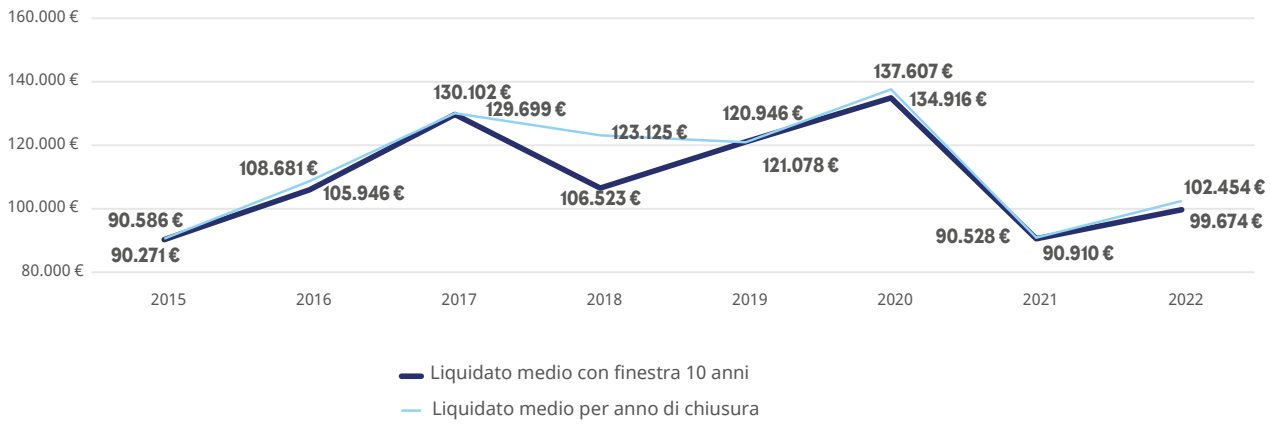
La Tabella 3.3, come anticipato, contiene **i tempi medi di liquidazione delle pratiche** calcolati per anno di chiusura per fasce di importo. A conferma di quanto sopra affermato, si assiste a **un'espansione dei tempi di gestione delle pratiche** in misura proporzionale al loro valore economico; tale fenomeno può essere considerato un indice della complessità dei casi da gestire e/o 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 €	3,5
Sinistri > 500.000 €	3,8
Sinistri > 1.000.000 €	4,3

In linea con quanto effettuato nelle scorse edizioni, al fine di rendere omogeneo il campione dei sinistri liquidati si è osservato 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 si è evitato di sottostimare alcune annualità a causa del fatto che possano includere o meno sinistri denunciati in periodi più remoti. Come si evince dal grafico sotto riportato, i valori rimangono stabili per tutto il periodo considerato.

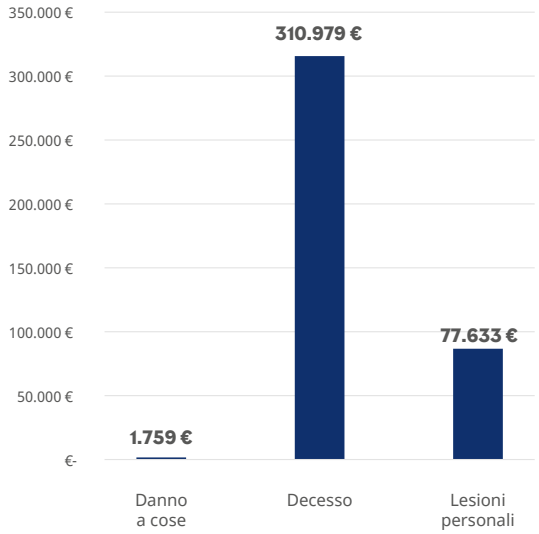
Grafico 3.10 Liquidato medio per anno di chiusura con finestra temporale di 10 anni



A seconda della **tipologia di danno** arrecata al reclamante, l'importo liquidato medio per sinistro è sensibilmente differente: i casi di **decesso** avvenuti a causa di errori nel percorso di cure, data la gravità del fatto e la variabilità degli eredi coinvolti, registrano un valore liquidato **medio di quasi € 311.000** a pratica.

Per le **lesioni personali**, invece, l'importo è pari a € 77.633. Si attesta su cifre decisamente inferiori il valore medio liquidato per **danni occorsi a beni materiali di proprietà dei pazienti** e portati in struttura dagli stessi, quali a titolo esemplificativo ma non esaustivo, protesi mobili, apparecchi acustici, occhiali da vista.

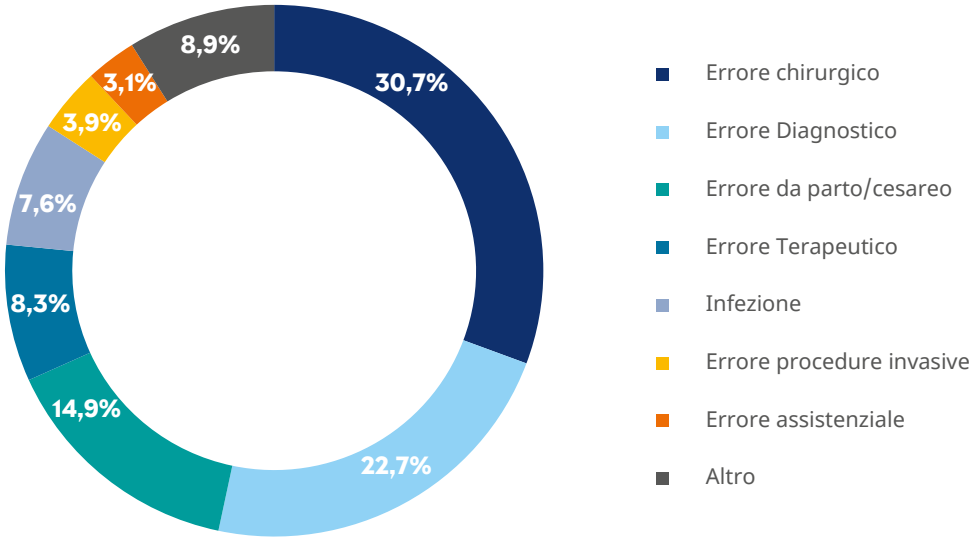
Grafico 3.11 Liquidato medio per tipologia di danno



Parallelamente a quanto calcolato per il costo totale, anche per l'analisi degli importi liquidati si è proceduto a verificare **l'impatto economico per le principali tipologie di errore** e per le **principali Unità Operative**.

L'analisi per tipologia di errore ricalca quanto emerso in sede di analisi sul costo totale, confermando una prevalenza di posizioni liquidate riconducibili agli **errori chirurgici** (31%) seguiti dagli **errori diagnostici** (23%) dagli **errori da parto/cesareo** (15%) e da quelli **terapeutici** (8%).

Grafico 3.12 Incidenza degli eventi denunciati sul liquidato totale*

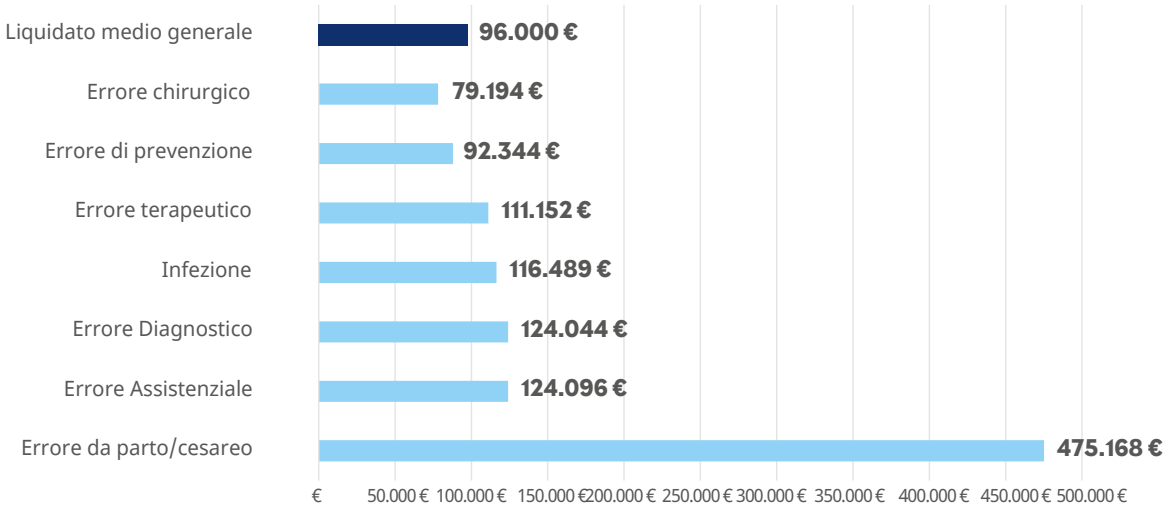


Anche nell'analisi delle somme liquidate, **l'importo medio per sinistro** è più elevato per gli **errori da parto/cesareo**, che **superano i € 475.000**, confermando l'**alto impatto economico** di tali eventi sulle strutture sanitarie (senza considerarne le implicazioni umane, professionali e reputazionali).

A fronte di un valore medio generale di circa € 96.000, errori assistenziali diagnostici, infezioni ed errori terapeutici vengono liquidati con importi superiori alla media, mentre, gli errori connessi alle procedure chirurgiche, sebbene abbiano una frequenza elevata, vengono liquidati con importi inferiori.

*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 3%.

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

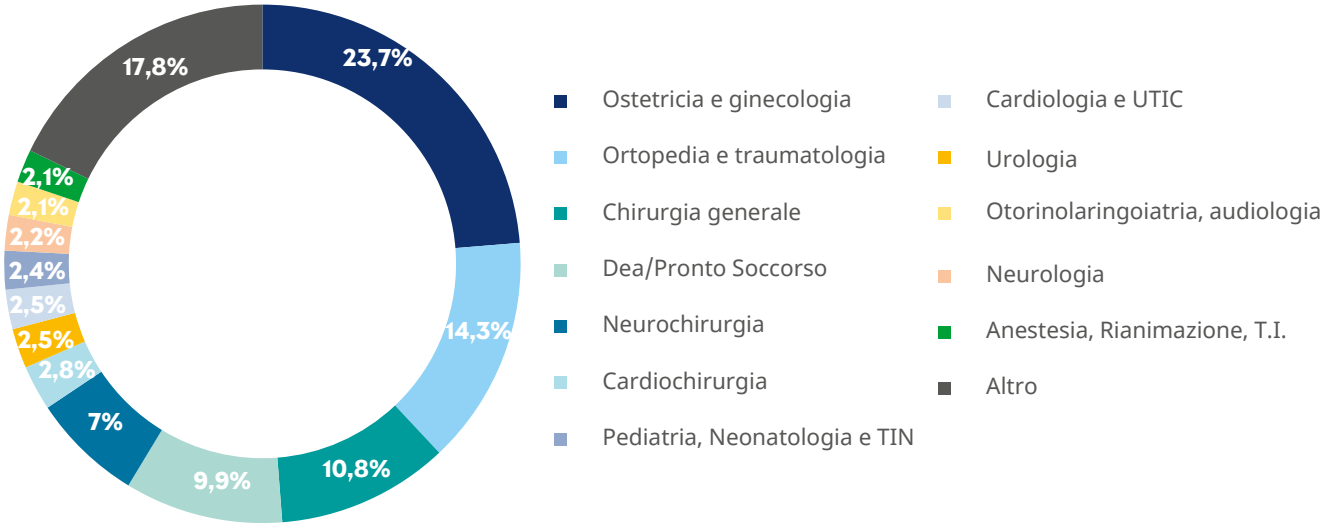


Quasi un quarto del liquidato totale proviene dalla specialità di **Ostetricia e Ginecologia** (23,7%), che si riconferma come **l'Unità Operativa ad impatto economico più alto anche in termini di esborsi effettivi** (€ 240.487), in linea con quanto osservato nelle precedenti edizioni del report.

Seguono per incidenza sul totale dei sinistri liquidati le due principali Unità Operative chirurgiche già osservate in precedenza: Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia Generale e, al quarto posto, il Pronto Soccorso con il 10%.

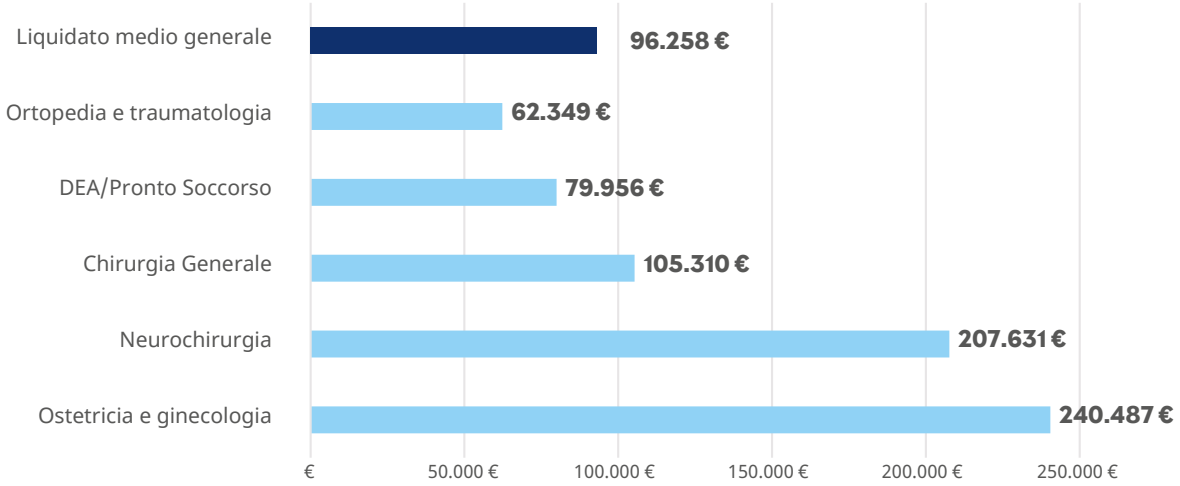
L'unità Operativa di Neurochirurgia incide sul liquidato totale per il 7% ma con un valore medio di € 207.631.

Grafico 3.14 Incidenza delle Unità Operative sul liquidato totale*



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

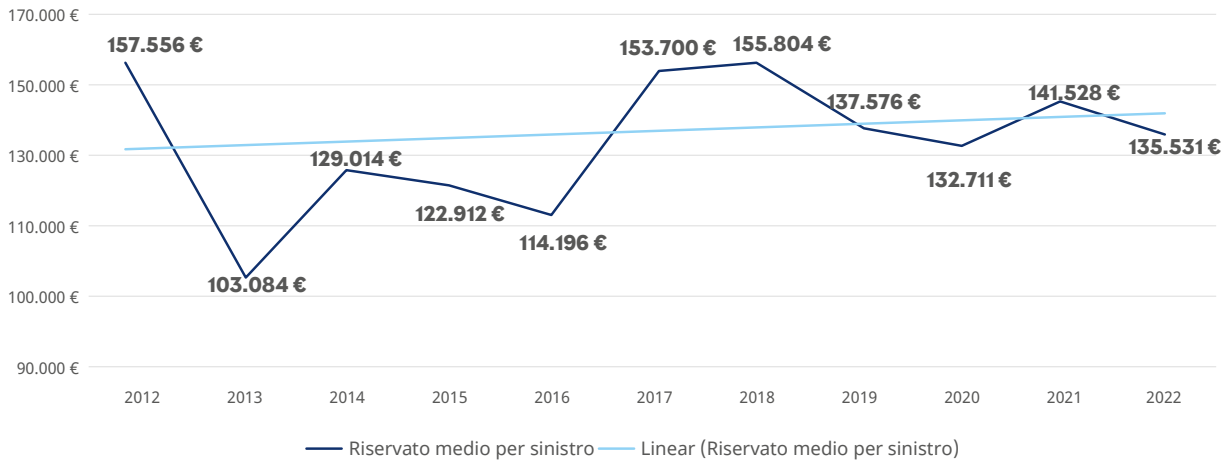
Grafico 3.15 Liquidato medio per sinistro per le principali Unità Operative



3.3 IMPORTO RISERVATO

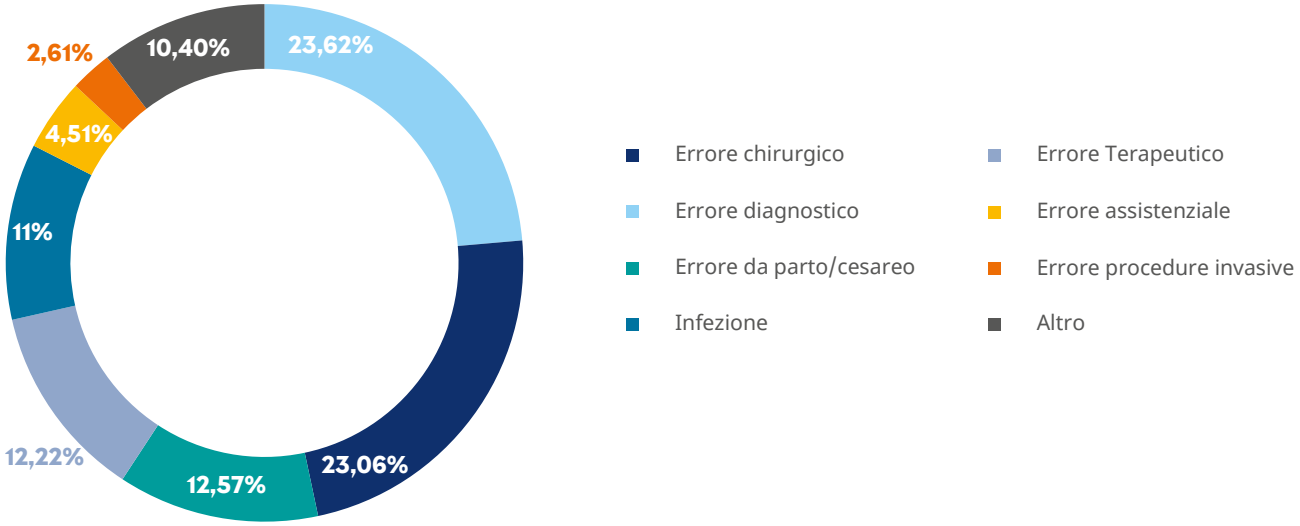
Il presente paragrafo analizza le **somme allocate a riserva** per i sinistri ancora aperti. In linea generale si conferma i**l trend in lieve crescita** osservato sul campione Medmal negli anni, con un importo riservato medio per sinistro pari a **€ 137.645**.

Grafico 3.16 Riservato medio per sinistro per anno di denuncia



L'incidenza delle diverse **fonti di errore** sul riservato totale mostra valori analoghi a quelli riscontrati nel paragrafo 3.2, dove viene esaminata l'incidenza degli errori sulle somme liquidate. Pur con percentuali inferiori a quelle del capitolo che precede, le prime tre tipologie di errore risultano essere: errore diagnostico (23,6%), chirurgico (23,1%), e da parto/cesareo (12,6%). Emerge invece un maggiore peso di errori terapeutici, che incidono sul riservato con il 12%, e di infezioni, che si attestano all'11%.

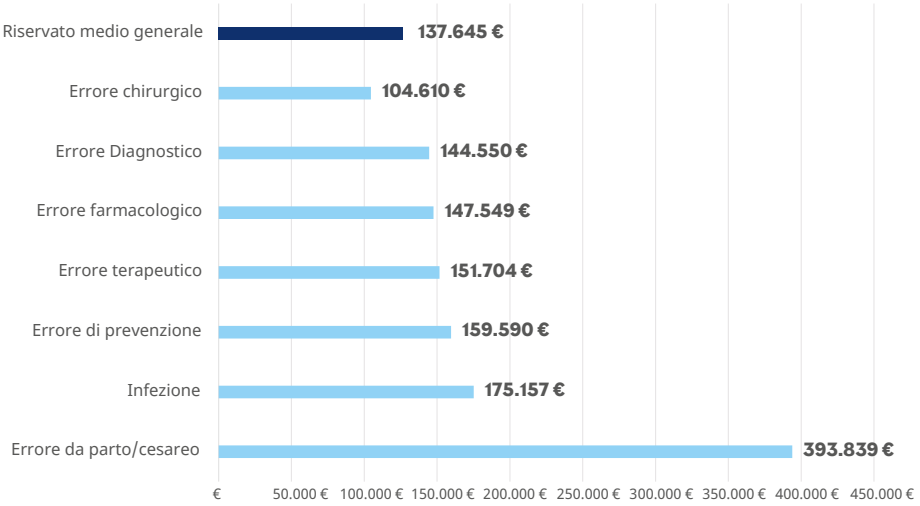
Grafico 3.17 Incidenza degli eventi denunciati sul riservato totale*



*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 2,5%.

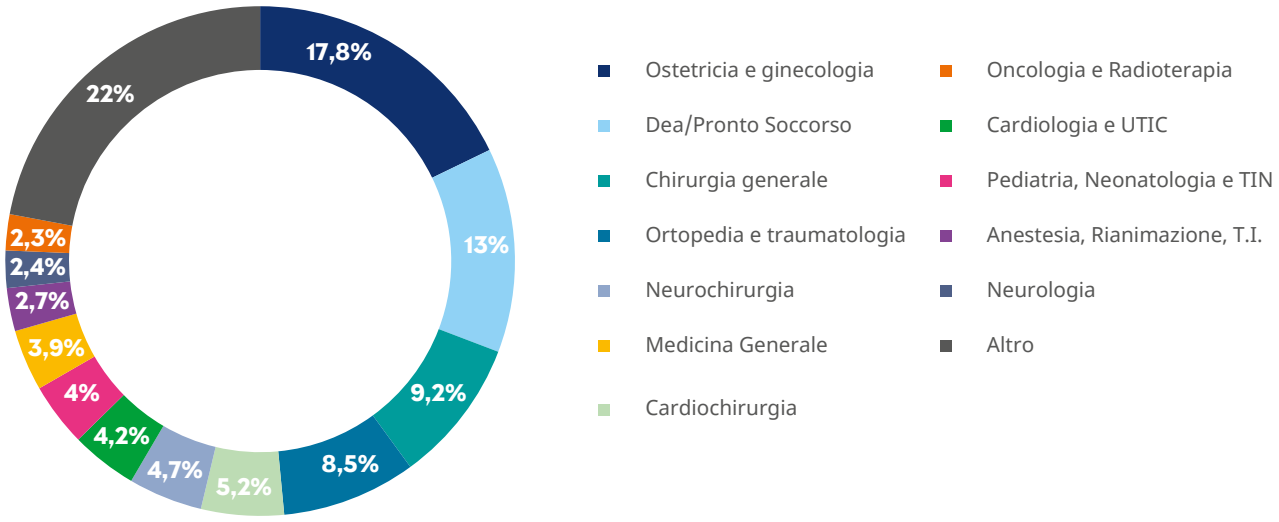
Il grafico sul **riservato medio** dei sinistri per le principali fonti di errore (Grafico 3.18) mostra come agli **errori da parto** corrisponda **l'importo riservato medio più elevato** e pari a € 393.839. Si noti come, per questa tipologia di errore, a fronte di un riservato di quasi € 395.000 corrisponda un liquidato medio di oltre € 475.000 (*cfr.* Grafico 3.13). Tale divario tra importi riservati e liquidati potrebbe dipendere dalle differenti tecniche di riservazione adottate o dal **maggior ricorso all'autorità giudiziaria** (civile e penale). Difatti, rispetto a quanto osservato nel capitolo 2 (cfr. grafico 2.6) ove il ricorso all'autorità giudiziaria incide per il 19,4% sul campione totale, per gli errori da parto si ricorre ad una chiusura in giudizio nel 26,9% dei sinistri.

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



Analizzando l'impatto delle **Unità Operative sul totale del riservato,** Ostetricia e Ginecologia rappresenta quasi il 18% del campione, seguita dal DEA/Pronto Soccorso (13%) e dalla Chirurgia Generale (9,2%).
Da notare l'UO di **Ortopedia e Traumatologia** che, pur con un'incidenza dell'8,5% sul riservato totale, grava per il 14,3% del liquidato, posizionandosi al secondo posto dietro Ostetricia e Ginecologia.

Grafico 3.19 Incidenza delle Unità Operative sul riservato totale*

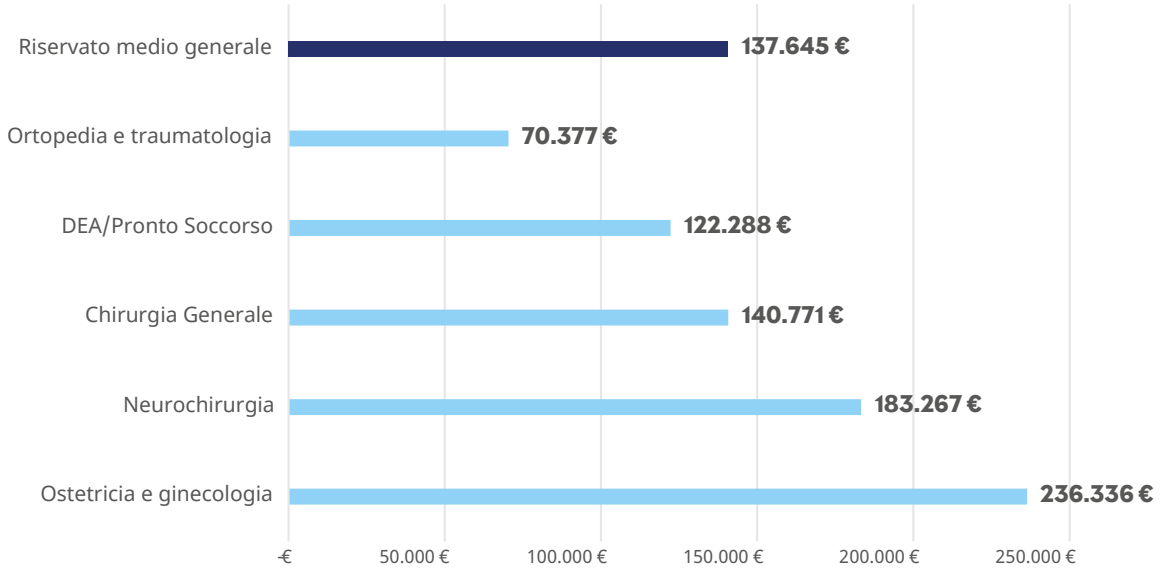


L'analisi del **riservato medio per Unità Operativa** risulta pressoché sovrapponibile al valore medio liquidato per la maggior parte delle UUOO selezionate; emerge infatti come al primo posto si confermi Ostetricia e Ginecologia, con un riservato medio di € 236.336 (in rapporto di un liquidato medio di circa € 240.000).

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

I sinistri MedMal di Neurochirurgia vengono riservati in media a € 183.300, ma si liquidano importi mediamente superiori (circa € 208.000). Al contrario, le Unità Operative di Chirurgia Generale e Pronto Soccorso presentano riserve maggiori, in confronto agli importi liquidati.

Grafico 3.20 Riservato medio per sinistro per le principali Unità Operative



3.3 COSTO PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

Considerando le diverse tipologie di Aziende Sanitarie presenti nel campione, analogamente a quanto osservato nella precedente edizione del report, **gli importi medi più elevati** in termini di costo e liquidato per sinistro si riferiscono **alle strutture di tipo Universitario e IRCCS**. Queste, trattando casi ad elevata complessità, risultano essere maggiormente esposte a rischi.

In termini di importo riservato medio, contrariamente a quanto emerso nella scorsa edizione, prevalgono le **strutture di secondo livello**.

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
Primo Livello	€ 106.257	€ 87.058	€ 98.885
Secondo livello	€ 115.538	€ 107.382	€ 125.227
Universitario e IRCCS	€ 137.769	€ 138.465	€ 113.918

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 **5,4% del totale**, mentre il loro **impatto** sul costo è del **43,4%** (quest'ultimo con un incremento di tre punti percentuali rispetto alla scorsa edizione).

Tabella 3.5 Top Claims – dati generali

TOP CLAIMS	
N. RRD	671
Costo totale	€ 628.515.317
di cui riservato	€ 248.851.563
di cui liquidato	€ 379.663.754

Suddividendo i Top Claims per **fasce di costo** notiamo come la maggior parte di essi, il 70,5%, possa essere collocato nella prima fascia (500.00€ - 999.999€). Soltanto **10 richieste** risarcitorie su tutto il campione hanno generato costi con **importi superiori ai 3 milioni di €.**

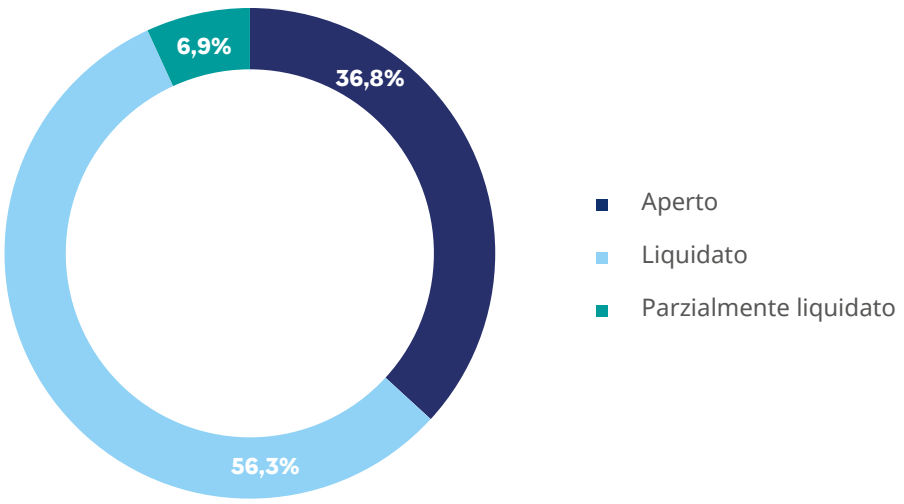
Tabella 3.6 Distribuzione dei Top Claims per fasce di costo

Fascia di costo	Numero sinistri	% su totale Top Claims
500.000 € - 999.999 €	473	70,5%
1.000.000 € - 1.999.999 €	156	23,3%
2.000.000 € - 2.999.999 €	32	4,8%
Uguale o superiore a 3.000.000 €	10	1,5%

La distribuzione per stato delle pratiche dei sinistri Top Claims presenta lievi differenze con quanto osservato nella precedente edizione del MedMal report. In particolare, **i sinistri aperti,** che nella scorsa edizione costituivano il 40% del campione, hanno registrato un **calo di circa 3 punti percentuali** in favore delle posizioni parzialmente liquidate, che dal 4% hanno raggiunto il 7%.

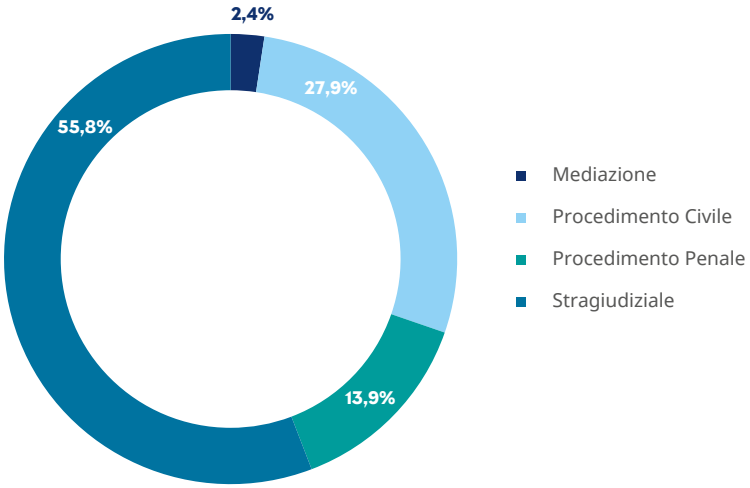
Non si evidenziano variazioni per le pratiche liquidate che rappresentano il 56% del campione.

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



L'analisi delle diverse **tipologie di procedimento** vede un aumento della frequenza **dei procedimenti civili**, che coinvolgono quasi il 28% dei Top Claims (ricordiamo che i procedimenti civili pesano per il 12,8% sul totale dei sinistri, come analizzato nel Grafico 2.6). Da segnalare anche la crescita dei **procedimenti penali**, che riguardano il 13,9% dei Top Claims (ricordiamo che i procedimenti penali pesano per il 6,6% sul totale sinistri, come analizzato nel Grafico 2.6). L'aumento del riscorso a queste procedure avviene ovviamente a discapito dei meno complessi procedimenti stragiudiziali e delle mediazioni.

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



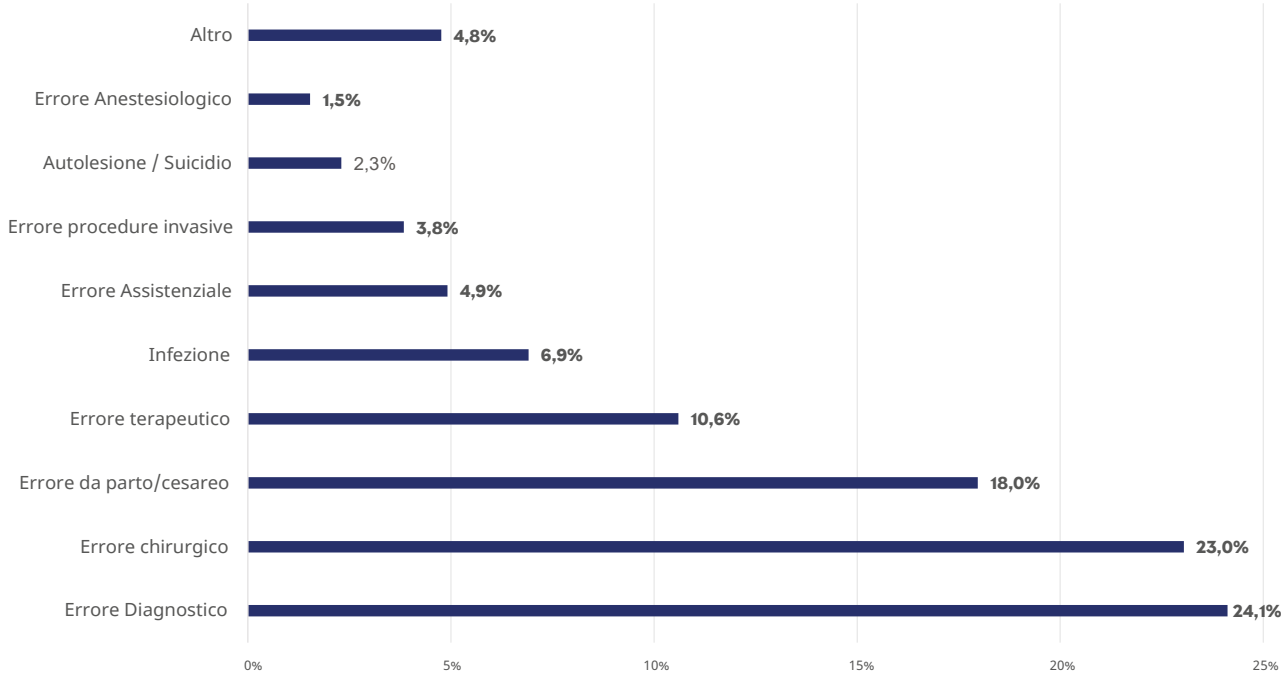
Osservando le **tipologie di lesioni** riportate, pur confermando la prevalenza di lesioni personali (50,2%) si assiste ad una maggiore incidenza dei decessi (49,8% a fronte della frequenza del 17,3% del campione totale).

Tabella 3.7 Esito degli eventi avversi

Esito	% Top Claims	% campione generale
Decesso	49,8%	17,3%
Lesioni personali	50,2%	82,6%

Le **fonti di errore** principali dei Top Claims sono analoghe a quanto osservato nell'analisi generale, con una prevalenza di **errori diagnostici e chirurgici.** Inoltre, gli errori da parto esibiscono importi più elevati rispetto alla media, presentandosi così come il terzo evento più frequente all'interno dei Top Claims.

Grafico 3.23 Eventi denunciati nel campione dei Top Claims



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

4 APPROFONDIMENTI

Oltre a fornire un'analisi aggiornata sull'andamento del rischio da Medical Malpractice nel nostro Paese, ogni edizione del MedMal report approfondisce alcuni temi di interesse nazionale, cruciali per la sicurezza del paziente e per la qualità delle cure.

L'obiettivo dello studio, infatti, non è solo quello di presentare e descrivere i principali scenari di rischio presenti nelle strutture sanitarie, ma anche di approfondire le cause profonde e i fattori che contribuiscono al verificarsi di tali eventi dannosi, le cui conseguenze gravano sia sui pazienti sia sull'organizzazione sanitaria.

La quattordicesima edizione del MedMal report dedica degli approfondimenti ai seguenti temi:

1. **Infezioni correlate all'assistenza (ICA) -** Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) costituiscono la **complicanza più frequente e grave** dell'assistenza sanitaria. Si tratta di infezioni acquisite che possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, incluso gli ospedali per acuti, il *day-hospital/day-surgery*, le strutture di lungodegenza, gli ambulatori, l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali territoriali. Queste infezioni hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo il primo rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità[1], le ICA possono causare 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 e una significativa mortalità in eccesso. Data l'incidenza e la rilevanza delle ICA nel panorama della sanità, il loro studio rappresenta un elemento di continuità in tutte le edizioni del report: l'obiettivo è permettere un **monitoraggio annuale** di un fenomeno in crescita che, malgrado costituisca una fonte di rischio importante per le Aziende Sanitarie, è in molti casi facilmente prevenibile.

2. **Correlazione sinistri ed eventi sentinella -** Sono definiti "eventi sentinella" quegli **"eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario"**. Ormai da diversi anni il Ministero della Salute ha avviato la sorveglianza per questa tipologia di eventi (in linea con quanto avviene in altri Paesi) nella prospettiva di un consolidamento dell'attività di prevenzione e della sicurezza dei pazienti.
Nel terzo approfondimento del nostro report vengono estratte dal database di sinistri Medmal e analizzate tutte le richieste di risarcimento riconducibili alla lista di **eventi sentinella** elaborata dal Ministero. L'obiettivo è porre l'attenzione su quei processi clinico-assistenziali e organizzativi che rappresentano una criticità per le organizzazioni sanitarie e che possono essere migliorati grazie ad una loro revisione e al ricorso alle best practice e alle Raccomandazioni Ministeriali, documenti specifici pensati per offrire strumenti di prevenzione degli eventi avversi, per promuovere l'assunzione di responsabilità e per favorire il cambiamento di sistema.

3. **Aggressioni -** In un'ottica globale dell'intervento, che riconosce aspetti clinici e organizzativi come in egual misura fondamentali per il rapporto di cura, i concetti di sicurezza del lavoratore e sicurezza del paziente sono interconnessi ed integrati. Qualsiasi tipo di violenza sull'operatore o sul paziente compiuta all'interno delle strutture sanitarie può mettere in evidenza possibili **carenze organizzative** e può indicare un'insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo. Lo stesso Ministero della Salute inserisce tali circostanze tra gli **eventi sentinella** – definiti come eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario - e di cui parleremo in modo più approfondito nella sezione dedicata.

[1]https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=28A557F2165A51C61676EC0C9C645FEB?sequence=1

4.1 LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono **la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria.** Si definiscono come infezioni dovute a batteri, funghi, virus o altri agenti patogeni meno comuni e possono verificarsi **in ogni ambito assistenziale**, incluso gli ospedali per acuti, il *day-hospital/day-surgery*, le strutture di lungodegenza, gli ambulatori, l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali territoriali.

Le ICA includono: infezioni **esogene**, ossia trasmesse dall'esterno, come nel caso della trasmissione da persona a persona o tramite gli operatori e l'ambiente; infezioni **endogene**, ossia causate da batteri presenti all'interno del corpo.

Le **cause** sono molteplici:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi, nonché gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunosoppressione) o gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

L'**incidenza** delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresenta una criticità emergente nel panorama sanitario internazionale e nazionale. Il tema delle ICA è oggetto di notevole attenzione e di ricerche con l'obiettivo di garantire ai pazienti la sicurezza delle cure e controllare il fenomeno delle infezioni sostenute da microrganismi multi-resistenti agli antibiotici. Ogni anno, nell'**Unione Europea** circa **3,2 milioni di pazienti** si ammalano per infezioni contratte durante la permanenza in strutture ospedaliere[2]. Di questi, circa **37.000 muoiono** a causa di conseguenze correlate a tali infezioni. Il rischio infettivo non coinvolge solo i ricoveri ospedalieri ma anche quelli presso strutture residenziali territoriali e l'assistenza domiciliare. Un problema assistenziale rilevante, quindi, che occupa un posto rilevante nell'ambito dei rischi sanitari in ragione delle sue peculiarità, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento.

L'analisi dei database oggetto dello studio Marsh, pur considerando le diverse tipologie di soggetti coinvolti, come emerge dalla tabella sotto riportata, sottolinea come **la percentuale più rilevante di ICA vede come soggetto danneggiato il paziente.** Per tale ragione, il focus sviluppato nel MedMal report si focalizzerà proprio su questo cluster.

Tabella 4.1 Tipologia danneggiato ICA

Danneggiato	Frequenza
Paziente	98,1%
Operatore	1,9%

[2]https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica

La percentuale sopra rappresentata si modifica, però, se si considerano i dati relativi al **Covid-19** (*cfr*. tabella 4.2). Il personale sanitario, fin dall'inizio, ha svolto un ruolo cruciale nella gestione dell'epidemia, sia perché ha dovuto affrontare in prima linea la cura dei pazienti infetti con il conseguente maggior rischio a cui è esposto, sia perché ha dovuto assicurare la piena implementazione delle misure di prevenzione e controllo per il contenimento del contagio. Tali elementi hanno fatto sì che **l'inizio dell'epidemia** sia stato caratterizzato da un'elevata diffusione di contagi tra gli operatori sanitari come rappresentato dalla tabella seguente.

Tabella 4.2 Tipologia danneggiato Covid

Danneggiato	Frequenza
Paziente	86,8%
Operatore	13,2%

Le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo il primo rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, possono portare a 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 e una significativa mortalità in eccesso. Come 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[3], 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.

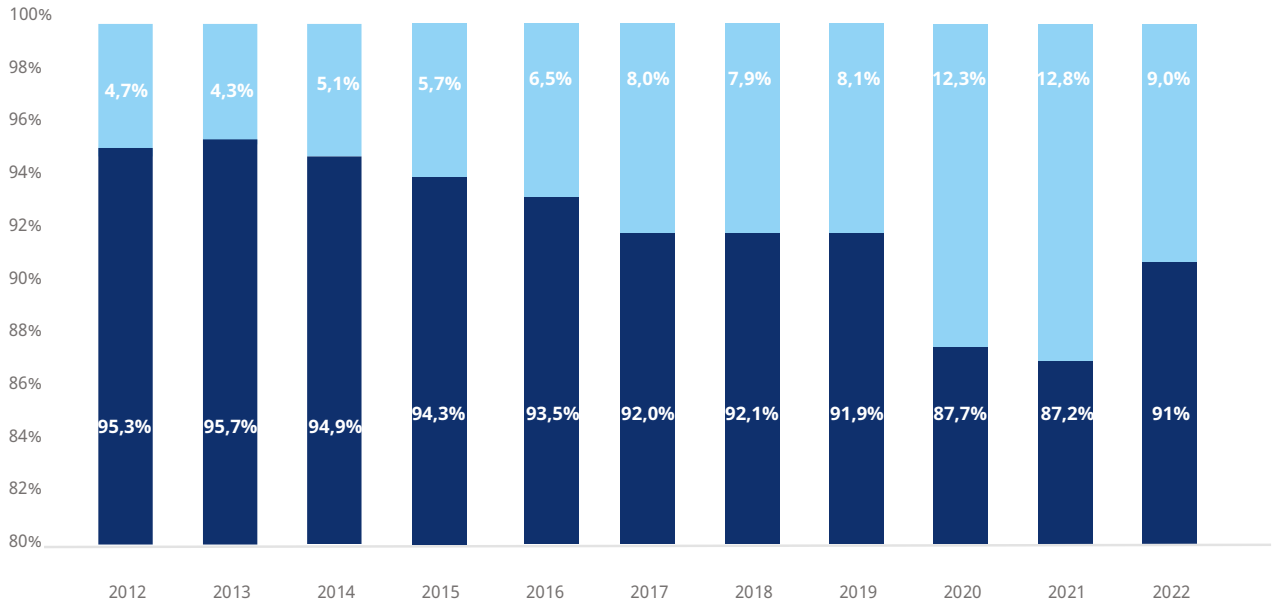
Prendendo in esame i dati MedMal, le ICA rappresentano una voce di rischio considerevole. Nelle **analisi di costo e frequenza** precedentemente presentate, infatti, è emerso che le infezioni correlate all'assistenza incidono sul numero totale dei sinistri per il 6,5% (cfr. capitolo 2.5, grafico 2.9) e per il 9% (cfr. capitolo 3.1, grafico 3.4) sul costo totale, rivelandosi inoltre come un fenomeno a cui è associato uno dei costi medi più elevati per singola pratica, che supera i 142.000 € (*cfr.* capitolo 3.1, grafico 3.5). 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 (3 anni).

In un'ottica di coerenza con le analisi dei capitoli precedenti, il focus riguarderà gli eventi infettivi relativi ai **pazienti** e di conseguenza al solo rischio clinico.

[3]https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica

Come si osserva nel grafico sotto, **l'incidenza delle infezioni ospedaliere** sul totale dei sinistri analizzati (circa 1.750 sinistri) segue, negli anni presi in esame, un trend costante, per poi subire, anche per l'effetto del Covid, un **incremento** nel corso del 2020 e del 2021.

Grafico 4.1 Incidenza delle infezioni ospedaliere sul totale dei sinistri



Come anche riporta il Ministero della Salute, l'ECDC rileva che ogni anno si verificano più di **2,5 milioni di ICA in Europa** e che le **6 ICA più frequenti** (infezioni urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni respiratorie, batteriemie, sepsi neonatale, infezioni da Clostridium difficile) siano responsabili ogni anno di **501 DALY/100.000** abitanti (anni di vita persi per morte prematura e/o disabilità dovuta alla malattia).

Nell'elaborazione della quattordicesima Edizione del Medmal report, si è poi proceduto a riclassificare i casi a seconda **della tipologia di infezione contratta dal paziente.** Partendo da quei casi in database in cui fosse disponibile anche una descrizione dettagliata della dinamica dell'evento lesivo (oltre ovviamente alla classificazione), è stato possibile isolare un campione di 1346 sinistri sui quali è stata condotta un'analisi approfondita.

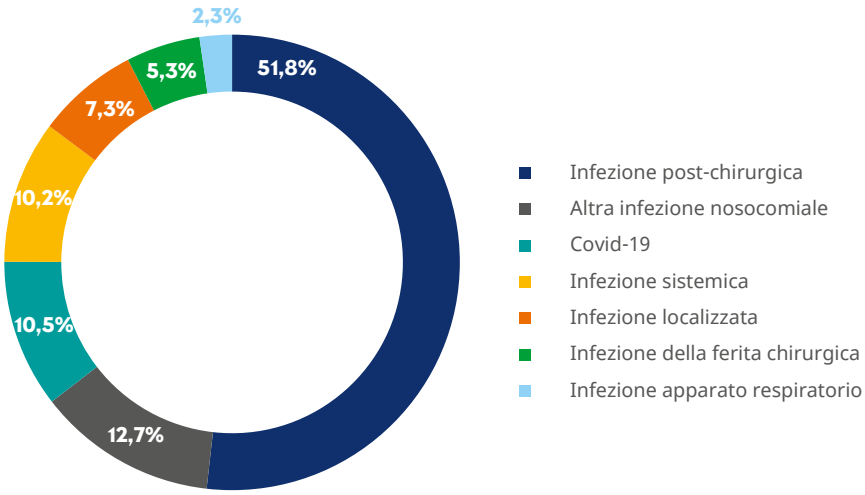
Di seguito il dettaglio della classificazione:

Tabella 4.3 Classificazione di dettaglio dei sinistri da infezione correlata all'assistenza

Infezione post-chirurgica	Infezione sviluppata in diretta conseguenza di un intervento chirurgico, esclusa l'infezione localizzata della ferita chirurgica
Covid -19	Infezione legata al virus SARS-CoV-2
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

Il Grafico 4.2 dettaglia la frequenza delle diverse categorie di infezioni:

Grafico 4.2 Classificazione dei sinistri da infezione ospedaliera

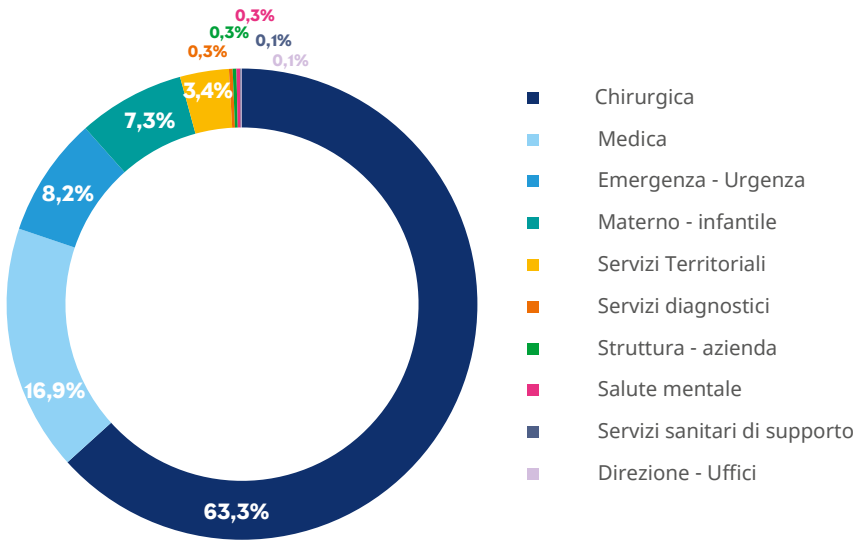


Rispetto alla precedente Edizione del MedMal report, si osserva un n**otevole incremento delle infezioni post-chirurgiche**, che rappresentano oltre la metà dei sinistri analizzati.

A conferma di ciò, analizzando le Aree di rischio maggiormente coinvolte nelle richieste di risarcimento danni da ICA (cfr. Grafico 4.3), si noti come è proprio l'**Area Chirurgica** che genera più del **63% delle richieste risarcitorie.**

Seguono l'Area Medica (17%), l'Area di Emergenza – Urgenza (8%) e l'Area Materno-infantile (7%).

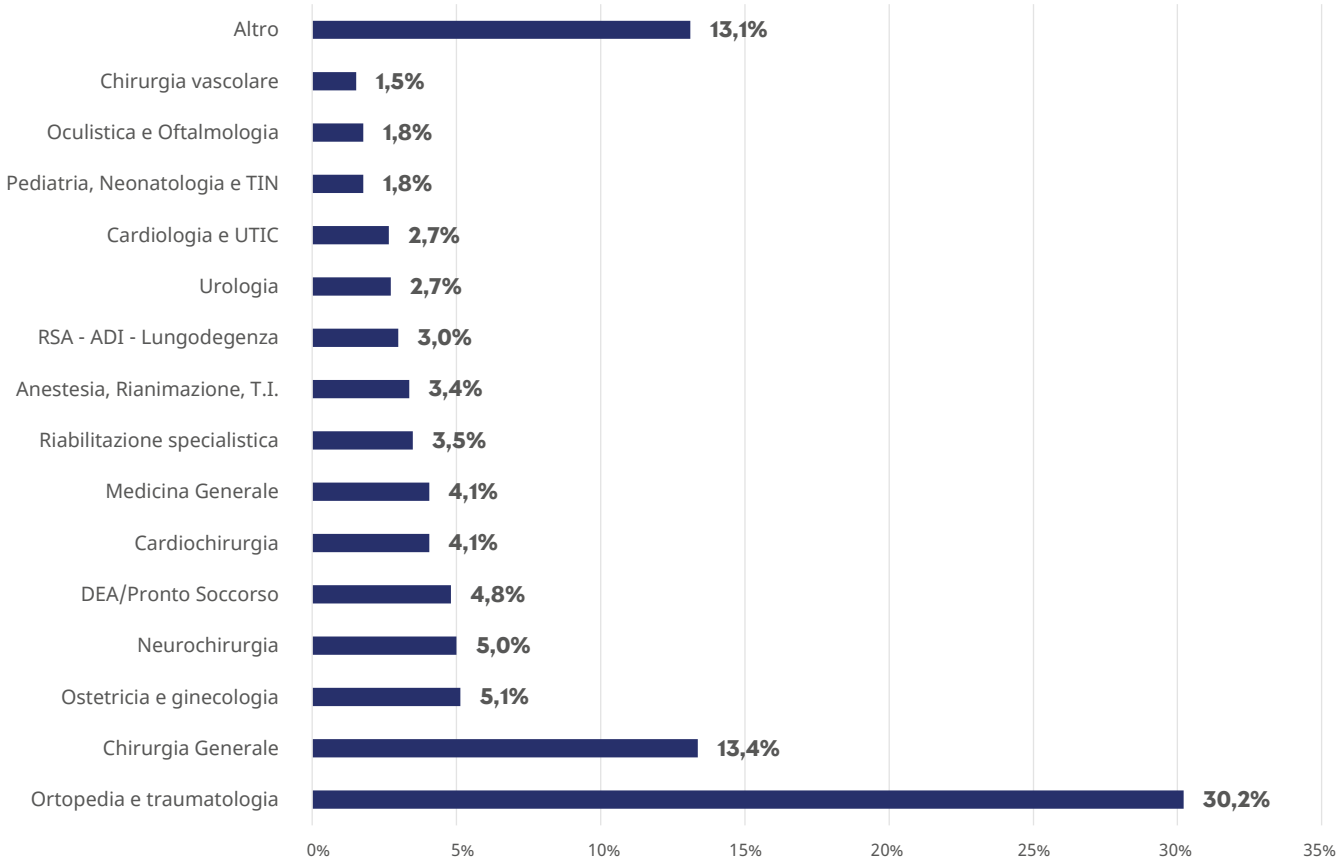
Grafico 4.3 Area di rischio ICA



All'interno dell'**Area Chirurgica**, le prime due Unità Operative che registrano un numero maggiore di sinistri sono l'Ortopedia e Traumatologia, a cui è associato quasi un terzo dei sinistri da infezione, seguita da **Chirurgia Generale**, che incide per un 13,4%.

Al terzo posto, diversamente dalla scorsa Edizione del report dove prevaleva l'UO di Cardiochirurgia, si trova l'**UO di Ostetricia e Ginecologia**, mentre Neurochirurgia si conferma quarta per frequenza di sinistri da infezione.

Grafico 4.4 Unità Operative maggiormente coinvolte in sinistri da infezione



Un approfondimento aggiuntivo sulla tematica viene restituito incrociando i dati tra le diverse tipologie di infezioni e le Unità Operative maggiormente coinvolte.

*NOTA TECNICA: nella voce "Altro" sono riportate le Unità Operative corrispondenti a una percentuale di incidenza inferiore a 1,5%. Nello specifico si tratta di: Chirurgia Plastica, Malattie Infettive e Tropicali, Odontoiatria e stomatologia, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Chirurgia Maxillo-Facciale, Nefrologia e Dialisi, Pneumologia, tisiologia e fisiopatologia respiratoria, Otorinolaringoiatria e Audiologia, Chirurgia Toracica, Oncologia e Radioterapia, Neurologia, Ematologia – Immunoematologia, Reumatologia e Geriatria, Diabetologia – Endocrinologia, Dermatologia – Allergologia, Servizi di assistenza territoriale/MMG, Struttura/Parti comuni, Chirurgia Pediatrica, Psichiatria, Radiologia e diagnostica per immagini, Oncoematologia Pediatrica, Laboratorio analisi, Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa, Ssuem 118, Day Hospital/Day Surgery, Altri servizi di supporto sanitari e Medicina Trasfusionale.

Le **infezioni post-chirurgiche** prevalgono **in tutte le Unità Operative**, con un picco di oltre il **77%** in Ortopedia e Traumatologia.

Tabella 4.4 Tipologie di infezioni nelle principali UO analizzate

Ortopedia e traumatologia	
Tipologia infezione	%
Infezione post-chirurgica	77,5%
Infezione della ferita chirurgica	9,2%
Altra infezione nosocomiale	6,2%
Infezione localizzata	4,1%
Infezione sistemica	2,4%
Infezione apparato respiratorio	0,6%

Chirurgia generale	
Tipologia infezione	%
Infezione post-chirurgica	66,7%
Infezione della ferita chirurgica	10,3%
Altra infezione nosocomiale	9,3%
Infezione localizzata	6,9%
Infezione sistemica	5,4%
Infezione apparato respiratorio	1,5%

Ostetricia e Ginecologia	
Tipologia infezione	%
Infezione post-chirurgica	56,0%
Altra infezione nosocomiale	21,3%
Infezione sistemica	9,3%
Infezione localizzata	9,3%
Infezione della ferita chirurgica	2,7%
Infezione apparato respiratorio	1,3%

DEA/Pronto Soccorso	
Tipologia infezione	%
Infezione post-chirurgica	41,7%
Altra infezione nosocomiale	20%
Infezione sistemica	18,3%
Infezione localizzata	16,7%
Infezione apparato respiratorio	1,7%
Infezione della ferita chirurgica	1,7%

Neurochirurgia	
Tipologia infezione	%
Infezione post-chirurgica	69,9%
Altra infezione nosocomiale	9,6%
Infezione della ferita chirurgica	9,6%
Infezione sistemica	6,8%
Infezione apparato respiratorio	4,1%

Si noti come le Tabelle 4.4 non menzionino le infezioni causate dal **Coronavirus**. Si tratta di casi presenti in database solo nel biennio 2020-2021, e come tali non confrontabili con altri sinistri il cui orizzonte temporale di analisi è ben più ampio.

È comunque interessante sottolineare che, per il biennio gravato dagli effetti del Covid-19, la frequenza di questi sinistri è significativa; ad esempio, le infezioni causate dal virus Sars Cov-2 rappresentano il **45% di tutte le infezioni avvenute nella UO di DEA e Pronto Soccorso** tra 2021 e 2022, collocandosi come prima fonte di ICA.

Si ricordi come infatti, durante la pandemia, il Servizio di Assistenza Sanitaria Nazionale abbia dovuto affrontare un aumento delle richieste di cura nei reparti emergenziali e di terapia intensiva, che alle volte hanno portato anche al superamento delle capacità aziendali. Oltre ad un aumento degli accessi in Pronto Soccorso dovuto al Covid-19, abbiamo assistito a una **diminuzione di accessi per altre patologie.**

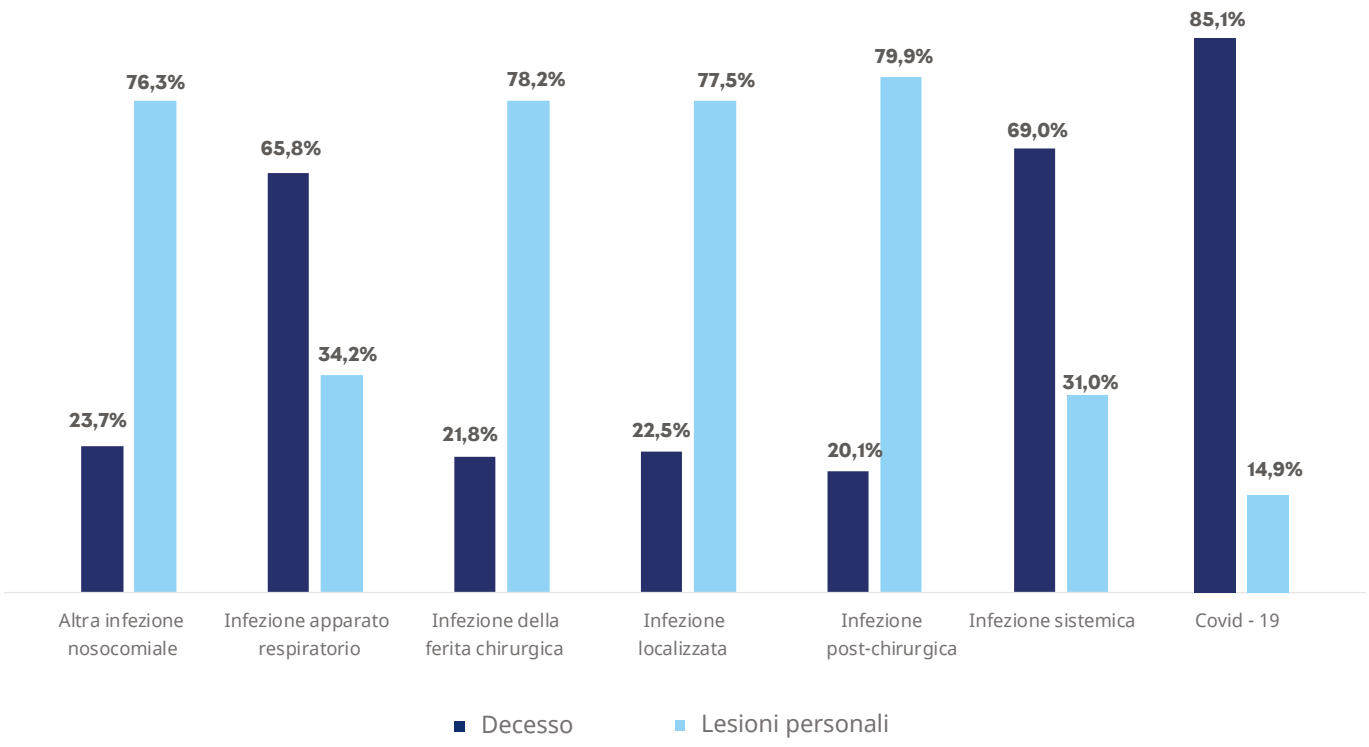
Altra informazione di rilevo nell'analisi sui sinistri derivanti da ICA è relativa alle **conseguenze delle infezioni.** Sul totale delle ICA presenti nel database, un terzo delle richieste di risarcimento per infezioni correlate all'assistenza conducono al decesso, mentre due terzi ad una disabilità che ne compromette la qualità di vita (cfr. Tabella 4.5).

Tabella 4.5 Esito dei sinistri da Infezione correlata all'assistenza

Esito	%
Decesso	33,9%
Lesioni personali	66,1%

Un dettaglio interessante è dato dal Grafico 4.5, che mostra le **conseguenze delle diverse tipologie di infezioni** sui pazienti: il maggior numero di decessi è associato alle **infezioni sistemiche**, con una casistica del 69% sul totale del campione.

Grafico 4.5 Esito per tipologia di infezione

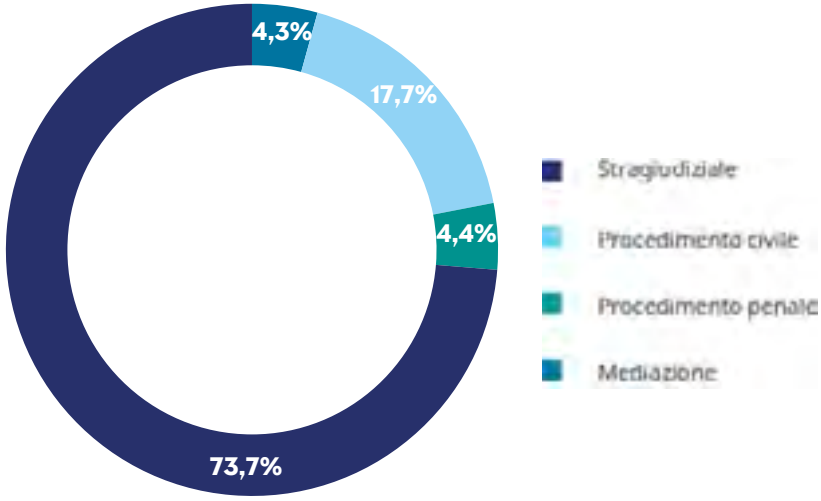


Ponendo il focus sulle **tipologie di pratica**, in linea con la precedente edizione del report, sulle ICA il ricorso alla **mediazione** e ai **procedimenti penali** si riscontra in **minima parte**, solo nel 4% dei casi. **I procedimenti civili aumentano** invece del 38% rispetto al campione totale analizzato nel Capitolo 2 (cfr. grafico 2.6).

Prevalgono comunque le pratiche gestite in **via stragiudiziale,** in modo analogo alle altre fonti di rischio

analizzate.

Grafico 4.6 Tipologia di pratica per i sinistri da infezione



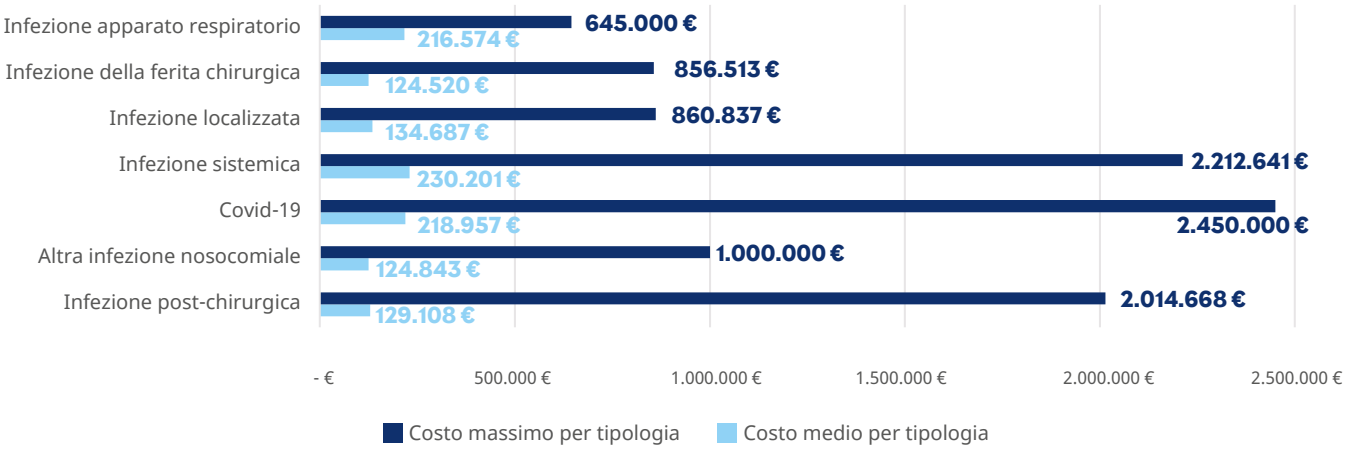
Come abbiamo anticipato, da un punto di vista **economico** le ICA provocano ogni anno **16 milioni di giornate aggiuntive di degenza**, con costi stimati in circa **7 miliardi di euro**[4].

Nel nostro studio si evince inoltre come il **costo medio dei sinistri da infezione** sia fra i più alti del campione. Inoltre, come già evidenziato nel Capitolo 2 (cfr. Tab. 2.4), le infezioni sono soggette a tempi di denuncia e chiusura più lunghe rispetto alla media e rispetto agli altri errori analizzati: questa dilatazione delle tempistiche si traduce in un **aumento dei costi dei sinistri**.

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

Dall'analisi emerge come il **costo massimo** più alto si riferisca ad un **sinistro da Covid-19**, seguito da un altro Top Claim nelle infezioni sistemiche, che registrano anche il costo **medio maggiore per singola pratica**. Coerentemente, sono proprio queste due categorie di infezioni che registrano il maggior numero di decessi.

Grafico 4.7 Costo massimo e costo medio per tipologia di infezione

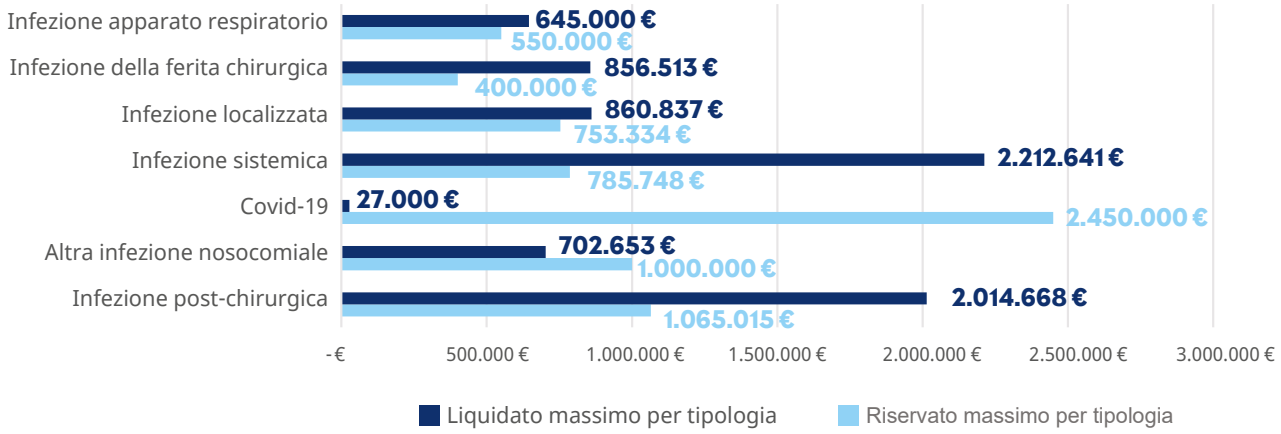


https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica

Il grafico 4.8 evidenzia il dettaglio del liquidato e riservato massimo per ogni tipologia di infezione. Emerge che il massimo esborso si riferisce proprio alle infezioni sistemiche, con importo liquidato superiore a 2.2 milioni di euro.

È invece interessante notare la differenza di importi tra liquidato e riservato per quanto riguarda il Coronavirus: la maggior parte dei sinistri sono ancora riservati, mentre i chiusi sono solo il 7,5%, con un liquidato massimo di 27.000 €. Questo dato è in linea con quanto mostrato nel secondo capitolo di questo report. In particolare, il Grafico 2.4, che evidenzia la velocità di apertura dei sinistri, ribadisce che ancora manca un 30% delle richieste di risarcimento, corrispondente a sinistri ancora non denunciati. Per quanto riguarda la bassa frequenza degli importi liquidati, si ricordi quel che è collegato al Grafico 2.5, ovvero che solo *"il 50% delle pratiche viene chiuso tra i 2 ed i 3 anni dalla denuncia".* Inoltre, vista la natura singolare della pandemia, possiamo assicurare che questi numeri possano essere sottostimati.

Grafico 4.8 Importo massimo liquidato e riservato 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 dei posti letto, mentre per l'indicatore economico viene considerato il costo associato ai sinistri denunciati in seguito allo svilupparsi di infezioni ospedaliere.

Si evidenzia un lieve aumento sia in termini di costo che di frequenza.

Tabella 4.6 Indicatori di frequenza e costo dei sinistri da infezione ospedaliera

Infezioni

Frequenza sx	Indicatore di attività	Costo per indicatore di attività	Indicatore di attività
0,14	Per 1000 ricoveri	22,97 €	Per ricovero
0,15	Per 1000 ricoveri ponderati	25,22 €	Per ricovero ponderato
0,36	Per 100 posti letto	576,17 €	Per posto letto

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.

NOTA METODOLOGICA: per calcolare i tassi si è utilizzato al numeratore il numero dei sinistri da infezione ospedaliera per ogni anno di analisi e al denominatore il totale dei ricoveri*1000 e dei posti letto*100 (relativi alle aziende che nei diversi anni fanno parte del campione). Analogamente, per l'indicatore di costo è stato considerato il costo totale dei sinistri da infezione suddiviso rispettivamente per il numero totale dei ricoveri e dei posti letto.

Concludendo, è importante sottolineare che **non tutte le ICA sono prevenibili**, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza dell'infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite. Studi recenti[4] hanno tuttavia dimostrato come la **quota prevenibile sia molto più ampia di quanto stimato**, mentre alcuni autori[5] hanno addirittura ipotizzato la necessità di considerare ogni singola infezione come un evento avverso non più tollerabile e di mettere in atto misure per la prevenzione di tutte le infezioni.

Il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza 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 non solo per le cause sopra descritte ma anche in termini di cure necessarie alla gestione del fenomeno infettivo e rischio aggiuntivo di potenziale altro evento avverso. Diventa quindi fondamentale attivare azioni e strategie di prevenzione e controllo delle ICA che possano permettere una riduzione di tale fenomeno ormai in crescita da tanto tempo.

Il Ministero della Salute suggerisce delle **misure chiave** per la prevenzione e il controllo delle ICA, quali:

- il lavaggio corretto delle mani (che rimane una delle più importanti ed efficaci);
- la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie;
- il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti;
- la sterilizzazione dei presidi;
- il rispetto della asepsi nelle procedure invasive;
- il controllo del rischio di infezione ambientale
- la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica e la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate (quando possibile con adeguato anticipo per consentire una buona risposta immunitaria);
- le vaccinazioni degli operatori sanitari;
- le attività di sorveglianza delle infezioni;
- l'identificazione e il controllo delle epidemie;
- l'eventuale isolamento dagli altri pazienti;
- il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti.

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, dunque, 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. Diventa fondamentale svolgere **attività di comunicazione** alla popolazione e formazione agli operatori sanitari, anche per mantenere la fiducia dei cittadini nelle istituzioni sanitarie.

[4]https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica

[5]https://www.epicentro.iss.it/prevenzione-controllo-infezioni/informazioni-generali

4.2 CORRELAZIONE SINISTRI ED EVENTI SENTINELLA

La gestione del rischio sanitario può concorrere al miglioramento della qualità delle cure, insieme ad altri strumenti e metodologie quali linee guida, percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, informatizzazione della documentazione sanitaria, formazione ed aggiornamento continuo, integrazione disciplinare e multiprofessionale e valutazione sistematica delle performance. La sinergia tra questi elementi può supportare la strutturazione di un percorso di terapia più sicuro, oltre a favorire un utilizzo più efficiente delle risorse.

La complessità assistenziale sempre più elevata e l'alto numero di prestazioni erogate sono però fattori che favoriscono il verificarsi di errori. Il miglioramento della qualità deve necessariamente passare attraverso la **riduzione degli errori** e ciò si può ottenere con piani multidisciplinari, che presuppongono un forte cambiamento culturale.

La gestione del rischio sanitario richiede un approccio di sistema e comprende un insieme di iniziative che considerano l'errore come un'occasione di crescita e apprendimento, con l'obiettivo di adottare misure protettive e preventive mirato a ridurre gli **eventi avversi** e danni correlati alle prestazioni sanitarie. Per questo è di particolare importanza identificare e notificare ogni tipologia di errore, sia near miss sia evento avverso e/o evento sentinella, attivando un meccanismo di segnalazione che vede coinvolti sistemi locali, regionali e nazionali in un approccio integrato, l'unico a permettere un'efficace prevenzione degli errori in Sanità.

Gli **eventi avversi** sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al principio "dell'imparare dall'errore".

Gli **eventi sentinella**, in particolare, sono eventi di particolare gravità, **potenzialmente evitabili**, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. La sorveglianza di tali eventi costituisce un'importante azione di sanità pubblica, rappresentando uno strumento indispensabile per la prevenzione di tali evenienze e per la promozione della sicurezza dei pazienti. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad **un'indagine conoscitiva** diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e ad attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Le politiche sanitarie del nostro Paese pongono la prevenzione degli eventi avversi e la sicurezza delle cure tra gli interventi necessari e prioritari ed è proprio in questa ottica che si pone l'attività di monitoraggio degli eventi sentinella avviata dal Ministero della Salute nel 2005 e guidata da uno **specifico protocollo**, indirizzato alle Aziende Sanitarie, che si pone l'obiettivo di giungere alla definizione di una modalità univoca e condivisa di sorveglianza sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il monitoraggio degli eventi sentinella comprende, oltre alla raccolta e all'analisi delle informazioni, anche la produzione e la successiva implementazione delle Raccomandazioni specifiche per prevenire o minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi, nonché il ritorno informativo alle strutture del SSN per accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti.

Il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella che il Ministero della Salute pubblica periodicamente fornisce un quadro delle tipologie di eventi sentinella, del contesto e delle modalità di accadimento. Trai suoi principali obiettivi vi sono:

1. dividere in categorie gli eventi sentinella che si sono presentati nelle strutture sanitarie;
2. analizzare le cause e i fattori che hanno contribuito al verificarsi degli eventi sentinella, con particolare attenzione ai processi e ai sistemi;
3. creare una rete informativa con le strutture del SSN e con le Regioni;
4. elaborare ed implementare raccomandazioni specifiche per poter erogare cure sicure e di elevata qualità.

Anche la quattordicesima Edizione del MedMal report presenta un focus sugli eventi sentinella con l'obiettivo di approfondire tutte le **richieste di risarcimento danni** che possono essere **classificate come eventi sentinella**. A partire dalla descrizione dei sinistri presenti nei vari database, sono stati estratti ed analizzati quelli **riconducibili alla lista di eventi sentinella** elaborata dal Ministero, al fine di porre l'attenzione sui quei processi clinico-assistenziali e organizzativi che rappresentano una criticità per le organizzazioni sanitarie.

La Tabella 4.7 riporta gli Eventi Sentinella (ES) descritti nella Comunicazione del Ministero della Salute, con una sintetica descrizione dell'evento e, ove prevista, l'indicazione della raccomandazione ministeriale atta a prevenire il verificarsi dell'evento.

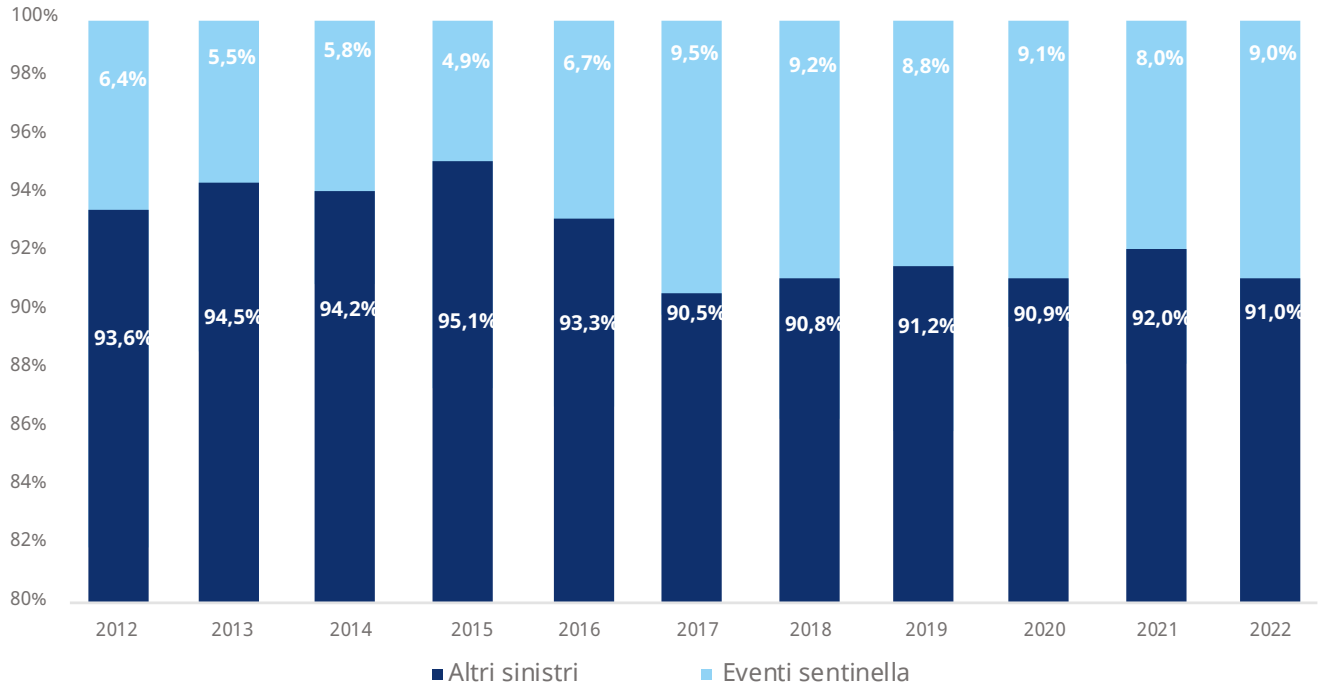
Tabella 4.7 Classificazione degli Eventi Sentinella

	Evento Sentinella	Descrizione	Raccomandazione Ministeriale
N.1	Procedura in paziente sbagliato	Esecuzione di procedura chirurgica o invasiva su un paziente diverso da quello che necessita l'intervento. Sono inclusi tutti gli interventi chirurgici o le procedure invasive (ad esempio radiologia interventistica), eseguiti in urgenza, in regime di ricovero (ordinario e day surgery) e ambulatoriale, indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.	Raccomandazione n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.
N.2	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	Esecuzione di una procedura chirurgica sul paziente corretto, ma su un lato, organo o parte del corpo sbagliata. Sono inclusi tutti gli interventi chirurgici eseguiti in urgenza, in regime di ricovero (ordinario e day surgery) e ambulatoriale, indipendentemente dalla complessità della prestazione sanitaria.	Raccomandazione n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.
N.3	Errata procedura su paziente corretto	Esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta al paziente.	Raccomandazione n.3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura.
N.4	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico nel corso di un intervento che richiede un successivo intervento. Sono compresi tutti gli strumenti chirurgici, connessi all'esecuzione dell'intervento, ma non intenzionalmente lasciati nella sede chirurgica.	Raccomandazione n.2 per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico.
N.5	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	Reazione trasfusionale causata da incompatibilità AB0. Dovuta ad errata compilazione, trasferimento e scambio della documentazione clinica, difficoltà nella comprensione della richiesta, scambio di provette o sacche di sangue, disattenzione da parte dell'operatore sanitario.	Raccomandazione n.5 per la prevenzione della reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0.
N.6	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	Morte, coma, alterazioni funzionali e qualsiasi altro grave danno, conseguenti ad errore nel corso di terapia farmacologica in ospedale. Con inclusione dello shock anafilattico in paziente con anamnesi positiva per allergia al farmaco che lo ha determinato; ed esclusine delle reazioni avverse da farmaco, degli effetti collaterali o di altre reazioni non determinate da errori.	Raccomandazione n.7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
N.7	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio (spontaneo o indotto) e/o al parto e puerperio.	Raccomandazione n.6 per la prevenzione della Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.
N.8	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	Morte o grave condizione clinica, che potrebbe esitare in disabilità permanente, in neonato sano di peso >2500 grammi, non affetto da patologie congenite o di altro tipo non compatibili con la vita. L'evento può essere dovuto a ritardi/omissioni terapeutiche e assistenziali gravi durante il parto o la vita perinatale.	n.d.
N.9	Morte o grave danno per caduta di paziente	Morte o grave danno conseguente a caduta di paziente in strutture sanitarie. L'evento può essere dovuto ad una sottovalutazione dei fattori di rischio legati ai pazienti o all'ambiente.	n.d.
N.10	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	Morte per suicidio o tentato suicidio di paziente all'interno della struttura sanitaria, inclusi anche i Servizi Territoriali di Salute Mentale.	Raccomandazione n.4 per la prevenzione del suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale.
N.11	Violenza su paziente	Qualsiasi tipo di violenza (commissiva od omissiva) su paziente da chiunque (operatore sanitario, altro paziente, familiare, visitatore) compiuta all'interno di strutture sanitarie	n.d.
N.12	Atti di violenza a danno di operatore	Violenza ad operatore all'interno di strutture sanitarie compiuta da pazienti, da loro parenti o accompagnatori e visitatori.	Raccomandazione n. 8 per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
N.13	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	Morte o grave danno del paziente conseguente a malfunzionamento del sistema di trasporto intra o extraospedaliero, sia nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza 118 che riguardo all'assistenza programmata.	n.d.
N.14	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso	Morte o grave danno del paziente conseguente ad errata assegnazione del codice di gravità a seguito dell'applicazione del triage sul luogo dell'evento, su mezzi di soccorso, nella Centrale operativa 118, all'interno dei pronto soccorso di ospedale.	n.d.
N.15	Morte o grave danno imprevisti conseguenti ad intervento chirurgico	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico, indipendentemente dalla complessità dell'intervento. Sono esclusi tutti gli eventi avversi conseguenti alle condizioni cliniche del paziente ed attribuibili ad una quota di rischio intrinseco.	n.d.
N.16	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	Ogni altro evento avverso, dovuto ad errore e/o substandard care (livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti), non compreso tra gli eventi sentinella considerati nelle schede da 1 a 15 che causa morte o grave danno al paziente.	n.d.

I grafici di seguito riportati, che descrivono l'andamento e il dettaglio delle richieste di risarcimento riconducibili ad eventi sentinella, sono stati elaborati sulla base delle descrizioni dei sinistri fornite dalle Aziende Sanitarie nei loro database. In caso di assenza e/o incompletezza delle informazioni (tipologie di errore, danneggiato e aree di rischio, tipologia di danno e altre voci) non è stato, pertanto, possibile procedere ad una riclassificazione dei sinistri e associazione all'evento sentinella corrispondente. Si può dunque ipotizzare che la loro **percentuale** sia **leggermente sottostimata**.

Partendo dal grafico 4.9, è stata analizzata **l'incidenza degli eventi sentinella sul totale dei sinistri**. Il trend per le annualità considerate **è in aumento**, con una media del 7,5%.

Grafico 4.9 Andamento delle richieste di risarcimento danni per Eventi Sentinella



Suddividendo il campione per singolo Evento Sentinella (cfr. grafico 4.10), **prevale l'ES. 15**, "Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico", con un valore pari al **28,3%**.

Se prendiamo invece in esame il quinto Rapporto pubblicato dal Ministero della Salute, tale evento non risulta il più segnalato, registrando infatti una percentuale pari al **7,4%**. Come emerge da tale documento, i primi 5 eventi sentinella che risultano maggiormente segnalati attraverso il sistema SIMES[7] sono:

- ES. 9 "Morte o grave danno per caduta di paziente" (24,6%);
- ES. 10 "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" (15,4%);
- ES. 16 "Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente" (14,3%);
- ES. 12 "Atti di violenza a danno di operatore" (8,6%);
- ES. 4 "Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure" (8,2%).

[7]SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità che si pone l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

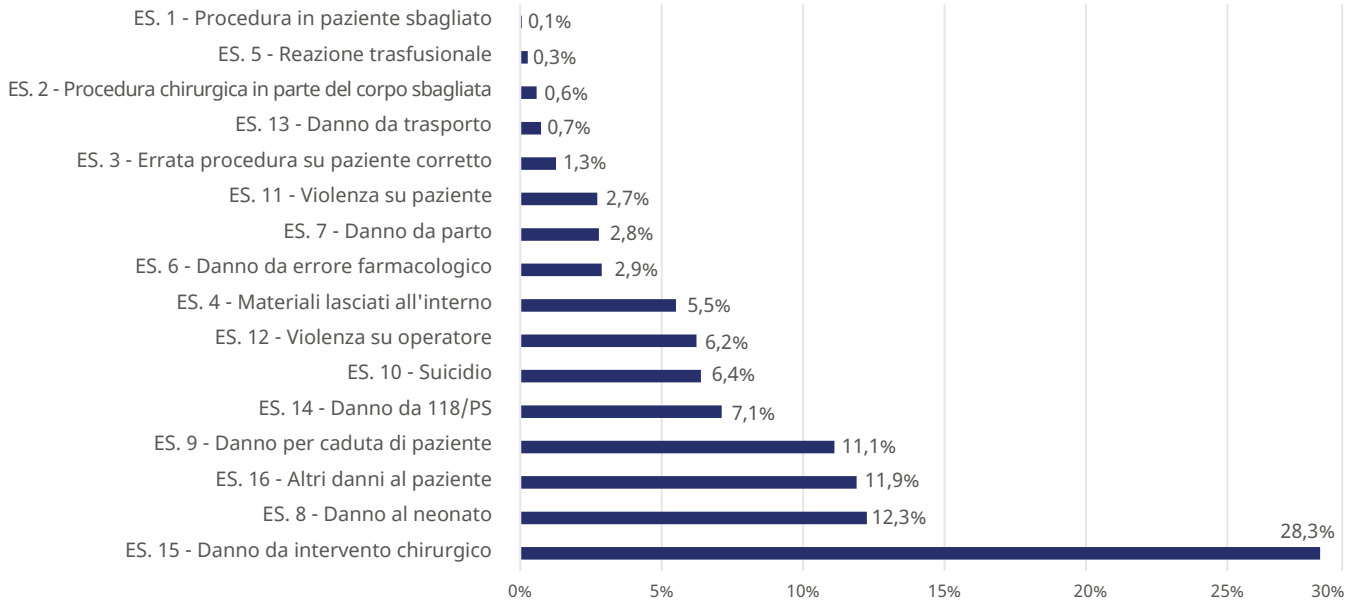
È necessario quindi fare alcune **precisazioni.**

In primis, c'è da considerare che **l'ultimo rapporto** del Ministero della Salute relativo al monitoraggio degli Eventi Sentinella **si riferisce al periodo 2005 – 2012**. La fonte dati utilizzata per l'elaborazione di tale rapporto è rappresentata dalle segnalazioni di Eventi Sentinella provenienti dalle Aziende Sanitarie e convalidate dalle Regioni. È necessario, pertanto, sottolineare che la **cultura e la formazione** relative alla gestione del rischio non fossero così diffuse da permettere una classificazione dettagliata degli ES. Questo spiegherebbe perché sul podio della classificazione del quinto Rapporto ministeriale troviamo **ai primi due posti gli Eventi più facilmente identificabili**, il cui danno è tangibile; al terzo posto invece, la classificazione più generica degli ES che racchiude al suo interno danni di varia natura, ad oggi potenzialmente classificabili nelle altre tipologie di Eventi Sentinella.

L'altra precisazione è relativa alla differente natura dei due report: mentre il MedMal report di Marsh viene elaborato partendo **dalle richieste di risarcimento danni** avanzate da pazienti/familiari alle Aziende Sanitarie, il report del Ministero della Salute viene sviluppato grazie alle **segnalazioni ricevute dalle stesse Aziende Sanitarie**.

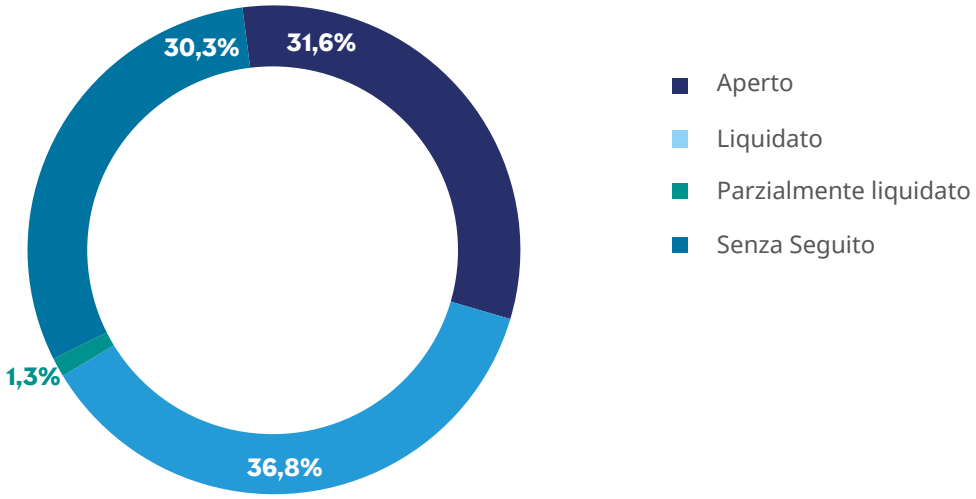
Alla luce di quanto detto, un benchmark tra i due documenti sarebbe improprio, ma si ritiene comunque interessante per le Aziende Sanitarie l'analisi e il confronto come fonte di crescita culturale e input per la prevenzione del rischio.

Grafico 4.10 Andamento delle richieste di risarcimento danni per Eventi Sentinella: numero medio per struttura



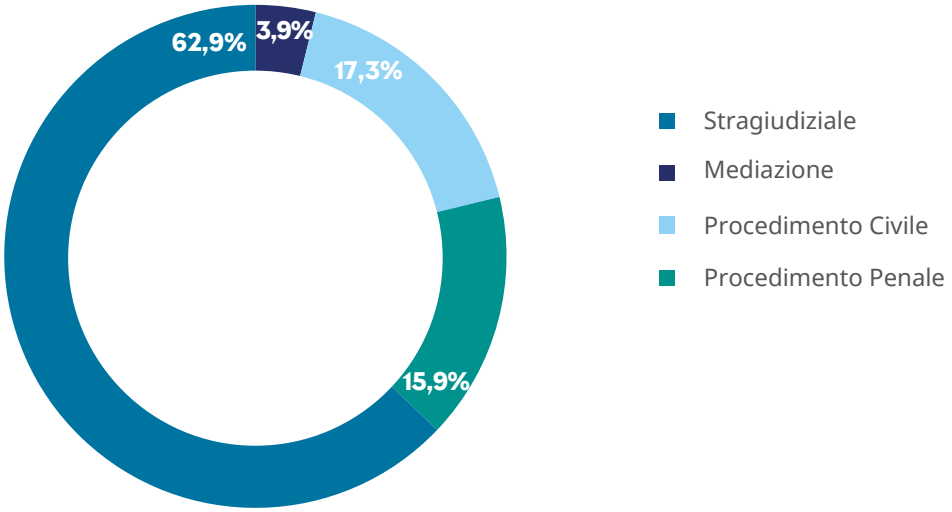
In linea con l'analisi della precedente edizione, si rileva una maggiore presenza di pratiche definite (ovvero liquidate) rispetto a quelle aperte (ovvero con importo a riserva); quasi il **37%** dei sinistri analizzati corrisponde infatti a **pratiche concluse con liquidazione** di un importo al danneggiato. Si evidenzia una **percentuale elevata di sinistri senza seguito** (30,3%) ed una piuttosto bassa, pari all'1,3%, di **sinistri parzialmente liquidati.** Come specificato nel capitolo 2, per sinistri parzialmente liquidati si intendono quelle posizioni per le quali si è provveduto ad anticipare una somma di denaro, a titolo di risarcimento del danno, presumibilmente inferiore a quella che potrà risultare dovuta all'esito degli accertamenti e che viene accantonata a riserva.

Grafico 4.11 Stato pratiche sinistri da eventi sentinella



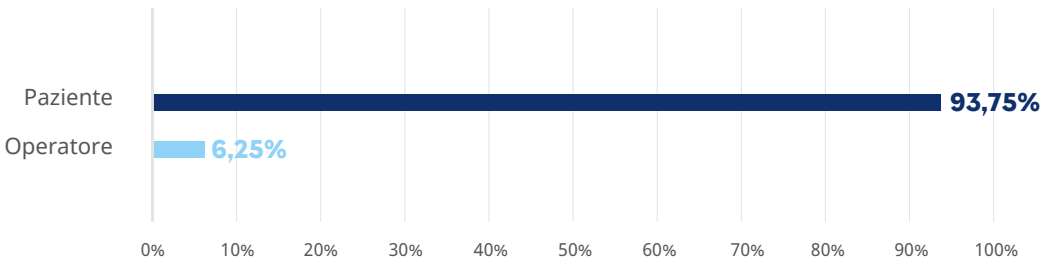
Relativamente alle tipologie di pratica, prevale la gestione in via stragiudiziale, in modo analogo al campione totale. Si evidenzia però un maggiore ricorso ai procedimenti civili piuttosto che a quelli penali, ma entrambi sono presenti in percentuali significative, componendo un terzo del totale dei sinistri.

Grafico 4.12 Tipologia di pratica per sinistri da eventi sentinella



Relativamente ai **soggetti coinvolti**, l'analisi condotta mette in luce una **prevalenza di eventi a danno di pazienti** (94%), mentre gli eventi sentinella che coinvolgono gli operatori corrispondono solo al 6% e si riferiscono all'ES. 12 "Atti di violenza a danno di operatore".

Grafico 4.13 Soggetti coinvolti



Avuto riguardo alle conseguenze riportate dai soggetti coinvolti, l'analisi rileva che gli **Eventi Sentinella** denunciati provocano **decessi in oltre il 62%** dei casi e altre lesioni per il 35% dei sinistri. I danni a beni materiali rappresentano solo il 2% degli eventi, spesso riconducibili ad aggressioni a danno di operatori sanitari.

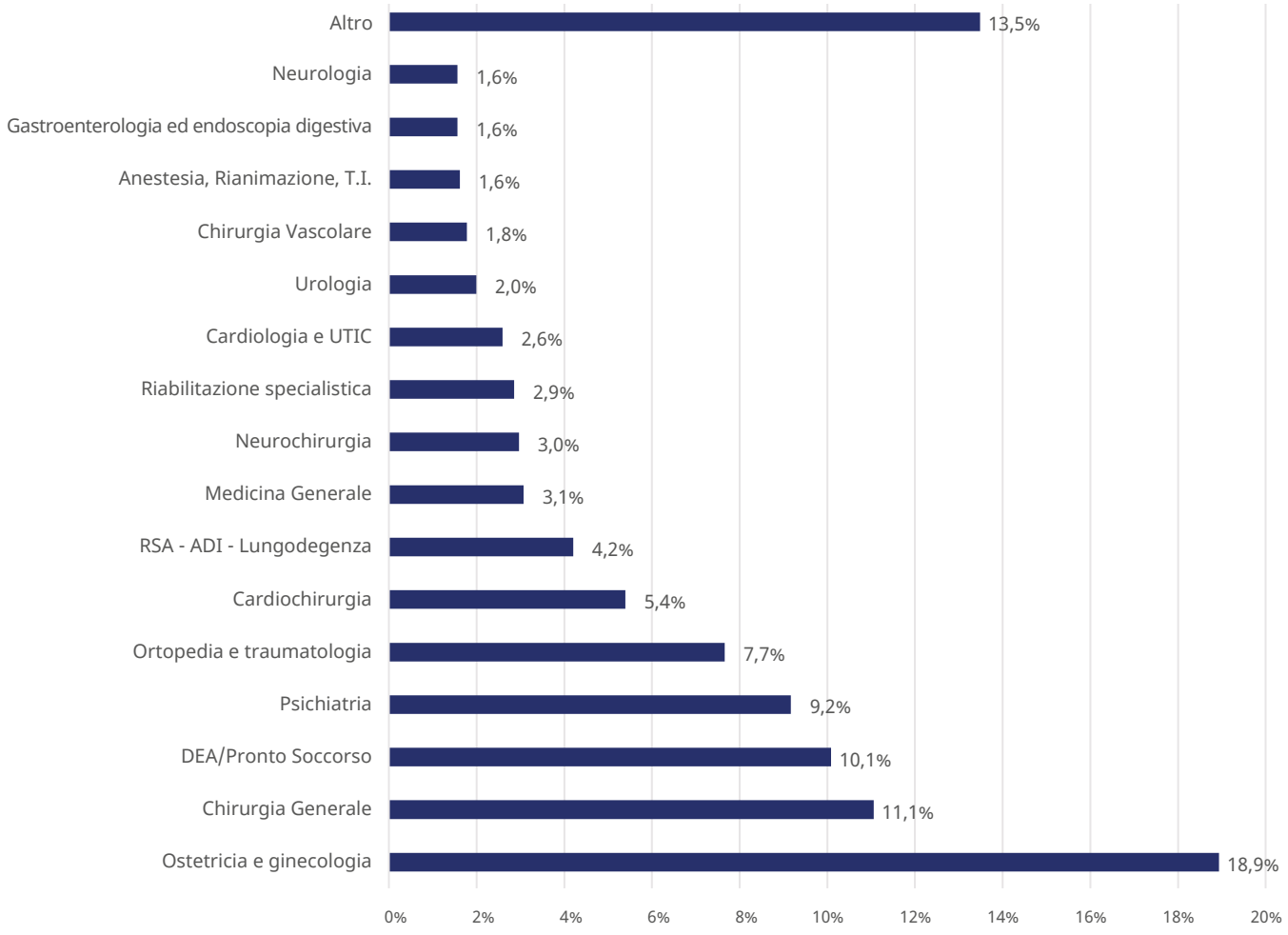
Tabella 4.8 Esito dei sinistri da eventi sentinella

Esito	%
Lesioni personali	62,7%
Decesso	35,1%
Danno a cose	2,2%

Il grafico che segue mostra la percentuale di eventi sentinella complessivamente considerati **all'interno delle Unità Operative.** L'U.O. che risulta più interessata è **Ostetricia e Ginecologia** con una preponderanza di eventi correlabili a **ritardi/omissioni terapeutiche e assistenziali durante il parto o la vita perinatale**.

Segue poi l'Unità Operativa di **Chirurgia Generale** con l'11% di eventi. Al terzo posto, con il 10%, il **Pronto Soccorso** dove prevalgono errori correlati ad una **non corretta attribuzione del codice triage** che, risultando spesso **sottostimato** rispetto alla reale severità clinica, provoca nei casi più gravi il decesso del paziente o in altri grave danno a causa del mancato o ritardato intervento medico o avvio del paziente ad un percorso diagnostico-terapeutico appropriato.

Grafico 4.14 Principali unità operative coinvolte



*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono comprese le UO con frequenza minore dell'1,5%

Un approfondimento aggiuntivo sulla tematica viene restituito analizzando il dettaglio dei **principali eventi sentinella** presenti nelle principali specialità coinvolte in sinistri.

Tabella 4.10 Principali Eventi Sentinella riscontrati nelle prime tre Unità Operative

Ostetricia e Ginecologia	
Tipologia evento sentinella	%
ES. 8 - Danno al neonato	62,39%
ES. 7 - Danno da parto	14,81%
ES. 4 - Materiali lasciati all'interno	7,41%
ES. 16 - Altri danni al paziente	6,27%
ES. 15 - Danno da intervento chirurgico	6,27%

Chirurgia generale	
Tipologia evento sentinella	%
ES. 15 - Danno da intervento chirurgico	68,32%
ES. 4 - Materiali lasciati all'interno	12,87%
ES. 16 - Altri danni al paziente	5,94%

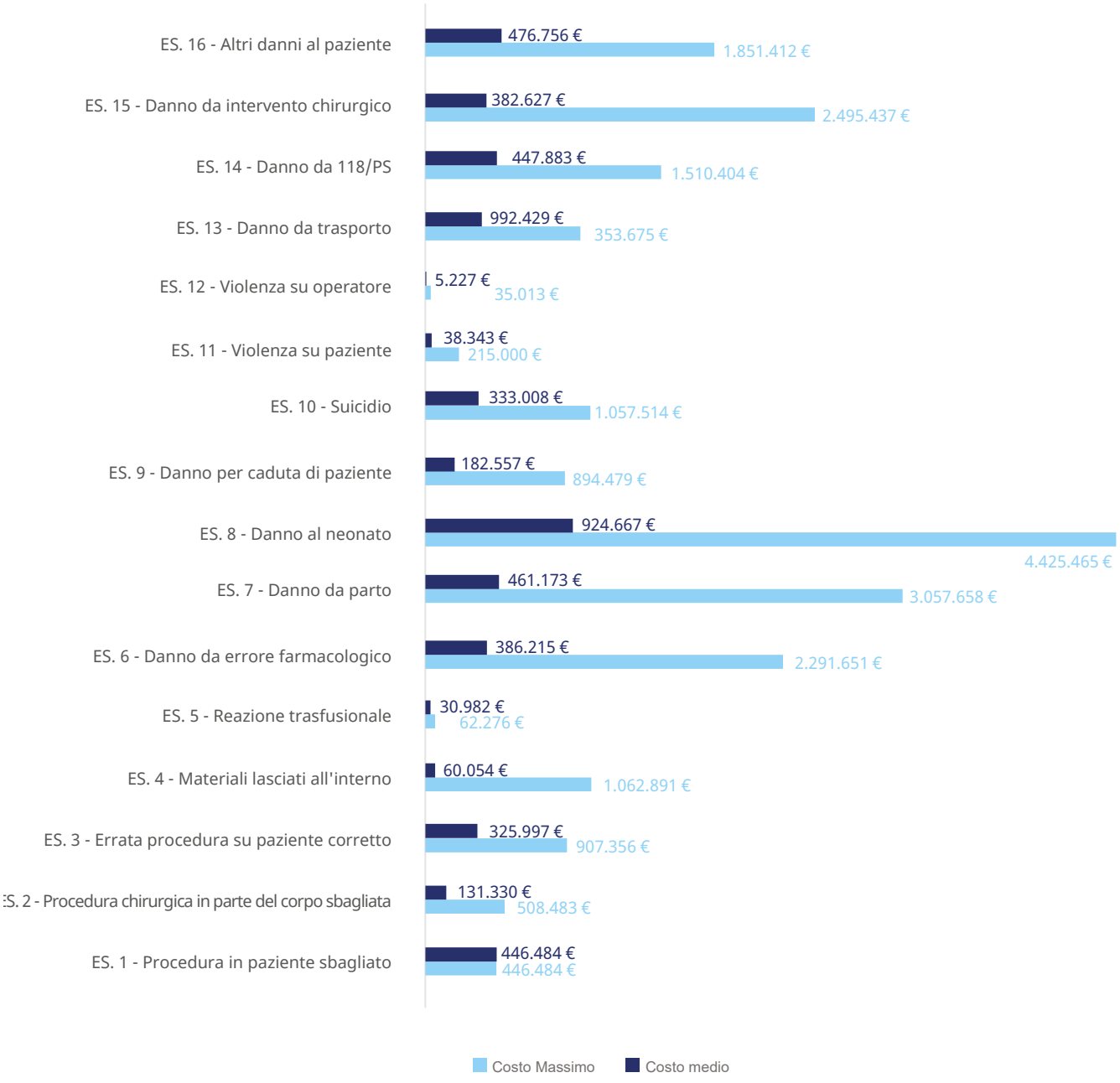
DEA/Pronto Soccorso	
Tipologia evento sentinella	%
ES. 14 - Danno da 118/PS	51,34%
ES. 12 - Violenza su operatore	9,63%
ES. 9 - Danno per caduta di paziente	9,09%
ES. 16 - Altri danni al paziente	9,09%
ES. 10 - Suicidio o tentato suicidio	7,49%

NOTA METODOLOGICA: Le Tabelle 4.10 riportano solo gli Eventi Sentinella con frequenza > 4%

Per ogni tipologia di Evento Sentinella analizzato 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 **all'Evento Sentinella nr. 8** "Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > a 2500 grammi non correlata a malattia congenita", seguito da un altro Evento Sentinella nella stessa Area di rischio, il nr. 7 "Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o al parto". L'ES nr. 8 si conferma al prima posto anche per quanto attiene al **costo medio più elevato** per singola praticacon quasi € 925.000.

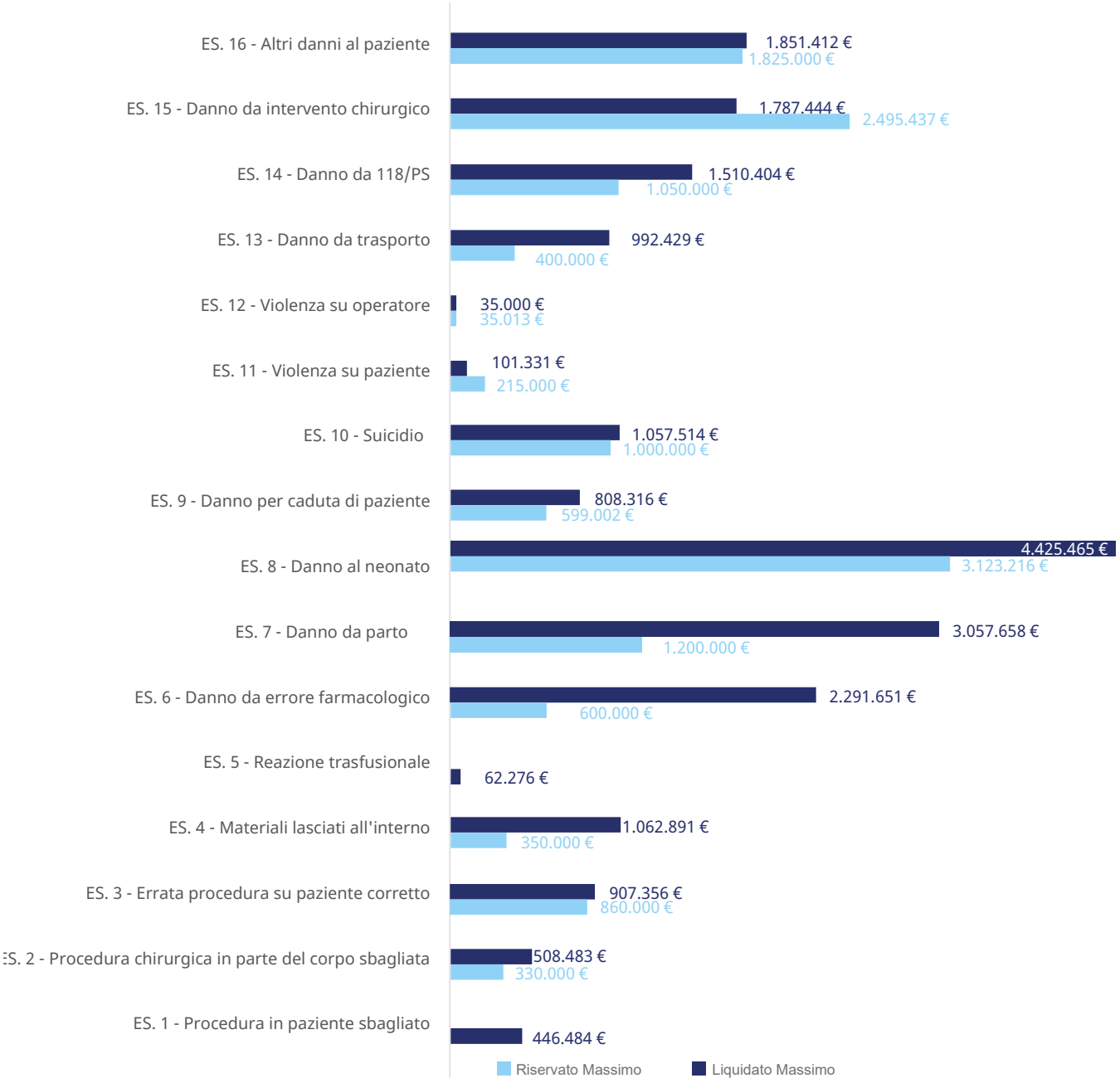
Grafico 4.15 Costo massimo e costo medio per tipologia di Evento Sentinella



*Art 3 bis introdotto con L. 28.05.2021, n. 76 di conversione del DL 01.04.2021, n. 44.

Il dettaglio del costo è sviluppato nel Grafico 4.16, nel quale vengono visualizzati liquidato e riservato massimo per ogni tipologia di Evento Sentinella. Emerge che il Top Claim visto in precedenza che si riferisce all'ES nr. 8 è un sinistro liquidato, con un esborso di quasi **4.5 milioni di euro**.

Grafico 4.16 Importo massimo liquidato e riservato per tipologia di evento sentinella



Ogni Organizzazione Sanitaria dovrebbe tendere alla realizzazione di un sistema assistenziale in grado di garantire ad ogni paziente una prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, con il minor consumo di risorse, il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e con la massima soddisfazione per il paziente. La **centralità del paziente** e la **sicurezza** rappresentano dunque due obiettivi a cui tendere.

È necessario considerare l'errore una componente ineliminabile della realtà umana, fonte di conoscenza e miglioramento, per evitare il ripetersi di circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare e mettere in atto iniziative che riducano l'incidenza di errori.

In quest'ottica, come prevede anche la Legge 8 marzo 2017 n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonche' in materia di responsabilita' professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", ogni organizzazione sanitaria deve dotarsi di un **sistema interno per la gestione del rischio**. Tale sistema, per essere efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare, e solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori, contribuire indirettamente ad una diminuzione dei costi legati sia alle prestazioni sia alle richieste risarcitorie e, infine, favorire la destinazione di risorse su interventi che rendano la struttura sanitaria più efficiente e sicura.

Dal momento che l'errore e la possibilità di un evento non sono eliminabili, devono essere utilizzati tutti gli interventi possibili perché siano almeno identificati e per lo meno mitigati. Il punto di partenza risiede nella creazione e diffusione capillare di una **cultura del rischio**. La segnalazione di near miss/eventi avversi/ eventi sentinella, il confronto sulle richieste di risarcimento danni pervenute, l'analisi dei reclami costituiscono di per sé, con tutti i relativi limiti, **indicatori di qualità dell'organizzazione sanitaria**.

Malgrado abbia come fonte le richieste di risarcimento danni e non le segnalazioni volontarie di eventi, l'approfondimento dedicato agli eventi sentinella che abbiamo fino a qui sviluppato vuole proprio sottolineare come il tema della sicurezza vada affrontato in modo integrato. L'analisi delle richieste di risarcimento danni ha permesso di rilevare, infatti, come **una percentuale considerevole di eventi potessero presumibilmente essere evitati** grazie ad una attenta e puntuale identificazione, sorveglianza e analisi degli eventi avversi e, in modo specifico, degli eventi sentinella.

Il rischio per le strutture sanitarie è che si trovino quindi a dover gestire un numero importante di richieste risarcitorie sostenendo dei costi, sia in termine di gestione che di liquidazione, potenzialmente evitabili grazie all'implementazione capillare di una cultura che promuova la sicurezza dei pazienti. Rischio reso ancora più concreto con la pubblicazione della Legge Gelli Bianco del 2017 che, dal punto di vista di responsabilità civile legale, ha visto uno sbilanciamento sulla struttura sanitaria con la possibilità di individuazione in capo ad essa di una propria specifica obbligazione di carattere organizzativo.

4.3 LE AGGRESSIONI

Qualsiasi tipo di **violenza sull'operatore o sul paziente** compiuta all'interno delle strutture sanitarie può mettere in evidenza possibili carenze organizzative e può indicare un'insufficiente consapevolezza da parte dell'organizzazione del possibile pericolo. Lo stesso Ministero della Salute inserisce tali circostanze tra gli eventi sentinella - definiti come eventi avversi di particolare gravità, potenzialmente evitabili, che possono comportare morte o grave danno al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Nel dettaglio trattasi degli Eventi Sentinella nr. 11 "Violenza su paziente" e nr. 12 "Atti di violenza a danno di operatore".
Quando si parla di ***Violenza su operatore*** si intende qualsiasi atto posto in essere da pazienti, da loro parenti/accompagnatori/caregivers e visitatori che può essere dovuto a scarsa vigilanza, sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche nonché difficoltà relazionale tra operatori e utenza. Per ***Violenza su paziente***, invece, ci si riferisce a qualsiasi atto lesivo posto in essere da operatori sanitari, altri pazienti, familiari o visitatori che può dipendere da scarsa vigilanza, possibile stress e burn-out del personale, nonché carenza di informazione e formazione.

È bene notare che si tratta di atti diffusi, non ben inquadrabili numericamente perché non sempre denunciati o perché le vittime tendono a soprassedere. Attesa la crescente attenzione al fenomeno, i grafici che seguono analizzano con un maggior grado di dettaglio i dati relativi ai **sinistri** aventi ad oggetto violenza verso gli operatori sanitari e verso i pazienti.

Prendendo in esame i soggetti coinvolti, in linea con quanto rilevato nella precedente edizione, riscontriamo una **prevalenza di aggressioni a danno di operatori** (64,8%). In tale percentuale troviamo le situazioni in cui il personale viene abusato, minacciato o aggredito per circostanze legate al proprio lavoro. Spesso si tratta di forme di violenza provenienti dagli stessi pazienti o dai loro *caregiver*, che si traducono in aggressioni fisiche, verbali o di comportamento.

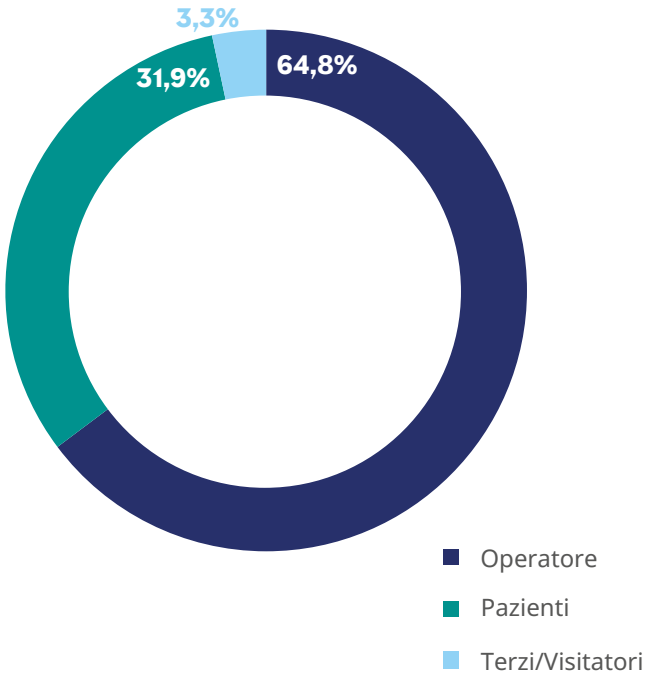
Negli ultimi anni, a livello nazionale, si è assistito ad una **crescita esponenziale** e preoccupante di episodi di violenza nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Fenomeno inaccettabile in quanto ha un impatto negativo sia sulla qualità della sicurezza delle cure sia sul benessere psico-fisico del personale sanitario influendo anche sulla motivazione al lavoro. Questi atti di violenza compromettono quindi la qualità delle cure mettendo a rischio l'offerta sanitaria e generando perdite finanziarie nel settore sanitario.

Dal grafico 4.17 si evince proprio la numerosità di questi eventi: ben **il 65% delle aggressioni totali implica un danno agli operatori delle strutture ospedaliere.**

Le aggressioni risultano essere quindi un vero e proprio rischio lavorativo da contrastare con specifiche misure di prevenzione, in linea con quanto previsto dal Testo Unico sulla Sicurezza del Lavoro (D.Lgs. 81 del 2008), e con la raccomandazione ministeriale n. 8/2007: "*Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione*".

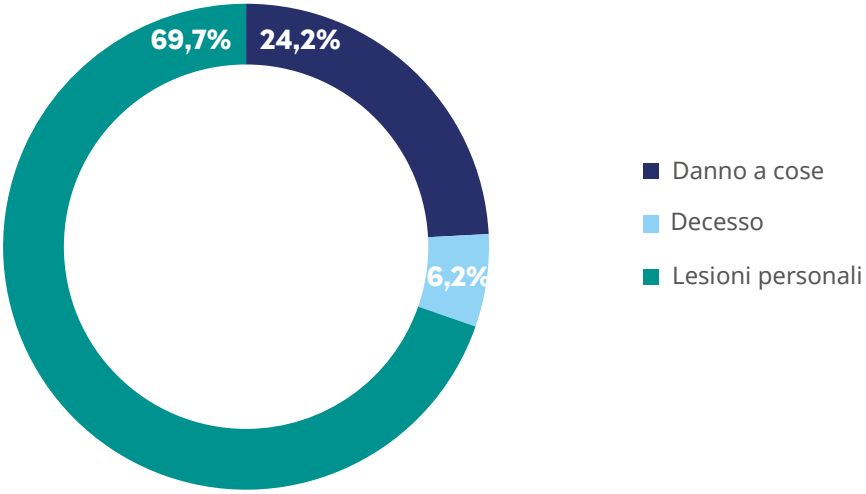
Per quanto concerne le violenze rilevate **a danno di pazienti**, poste in essere da altri pazienti, operatori o familiari si ha un'incidenza pari quasi al **32%,** mentre gli eventi a danno di visitatori o terzi sono presenti in misura pari al 3,3%.

Grafico 4.17 Distribuzione percentuale dei soggetti coinvolti



Come rappresentato nel Grafico 4.18 tali episodi violenti hanno come esito nella maggior parte dei casi **lesioni personali** (69,7%), seguite dai danni a beni materiali (quali ad esempio rotture di occhiali da vista, capi di abbigliamento, oggetti personali) e, in percentuali più ridotta, nel decesso dell'aggredito.

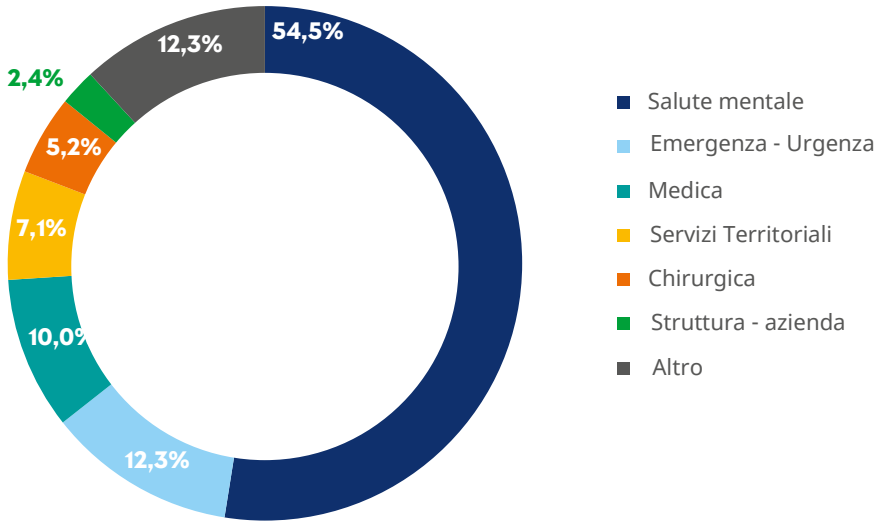
Grafico 4.18 Distribuzione percentuale delle tipologie di danno



Nell'interpretazione di questi dati occorre però considerare che la percentuale di aggressioni indicata potrebbe essere **sottostimata**, stante la presenza di incertezze metodologiche e non uniformità nell'identificazione e nella denuncia o segnalazione delle aggressioni. Come anticipato sopra, nella maggior parte dei casi **vengono denunciati solo quegli eventi che causano lesioni fisiche**, con esclusione dei maltrattamenti verbali o di comportamento a percezioni soggettiva.

Questo fenomeno si manifesta con crescente frequenza e gravità, soprattutto in alcuni servizi particolarmente caratterizzati da una **gestione di situazioni di emergenza e a elevata complessità assistenziale**. Dall'analisi dei dati si osserva, infatti, che gli eventi a maggior frequenza appartengano all'**Area di Salute Mentale** (rientra in quest'area l'Unità Operativa di **Psichiatria**, che da sola conta per oltre la metà dei sinistri con il 51,2%). L'Area di **Emergenza – Urgenza** si posiziona seconda, con un'incidenza del 12,3%. A quest'area appartiene l'U.O. di **Pronto Soccorso**: altro reparto ad altro rischio, ove avvengono l'11,9% delle aggressioni denunciate.

Grafico 4.19 Frequenza delle aggressioni nelle principali Aree di rischio



Prima di concludere l'analisi delle frequenze, è interessante notare alcune differenze nei tempi di apertura e chiusura dei sinistri. Nel Capitolo 2.2 si affermava che "circa il 37% degli eventi dà luogo ad una richiesta di risarcimento danni entro 6 mesi dalla data di accadimento, mentre quasi il 90% viene denunciato entro 5 anni". Se si osserva la Tabella 4.11, si nota come il **tempio medio di denuncia** dei sinistri connessi ad aggressione sia di esattamente 0,5 anni, ovvero **6 mesi**; un tempo **notevolmente inferiore** rispetto al campione totale dei sinistri. La ragione di questa ridotta tempistica verosimilmente potrebbe essere connessa sia alla tipologia di evento, l'aggressione è infatti un evento ad effetto immediato, sia all'attenzione che le Istituzioni hanno posto nel tempo a questo fenomeno.

Tabella 4.11 Confronto tra i tempi medi di denuncia e di chiusura per le aggressioni e la totalità dei sinistri

Tipologia di sinistro	Tempo medio di denuncia (in anni)	Tempo medio di chiusura (in anni)
Tutti i sinistri	2,2	2,8
Aggressioni	0,5	2,2

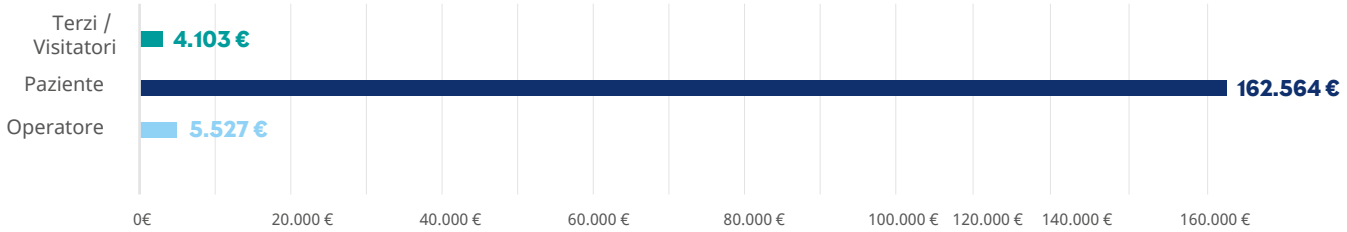
Più di 20 anni fa, l'Organizzazione mondiale di sanità (OMS), l'International Labour Organization, l'International Council of Nurses e Public Services International svilupparono congiuntamente le "*Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*", per sostenere lo sviluppo di politiche di prevenzione della violenza in contesti non di emergenza, un questionario e un protocollo di studio per ricercare l'entità e le conseguenze della violenza in tali situazioni.

Si è espresso sul tema il Testo Unico sulla Sicurezza del Lavoro (D.Lgs. 81 del 2008) e il Ministero della Salute con la Raccomandazione Ministeriale n°8, menzionata in precedenza, e attraverso l'istituzione con il decreto n. 13 del gennaio 2022 dell'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie, già previsto dalla legge 113 del 2020. L'Osservatorio acquisisce, con il supporto dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, istituito presso l'Agenas, e degli ordini professionali, i dati regionali relativi all'entità e alla frequenza degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, anche con riguardo alle situazioni di rischio o di vulnerabilità nell'ambiente di lavoro. Si tratta di azioni, sistemi e misure volti a ridurre i rischi, facilitare ed incoraggiare il personale delle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie a segnalare episodi subiti, analizzare le segnalazioni e individuare le azioni preventive e protettive.

Analizzando le aggressioni in termini economici, il costo medio dei sinistri valorizzati varia a seconda sia della tipologia di danneggiato (cfr. Grafico 4.20), sia della tipologia di danno arrecata al reclamante (cfr. Grafico 4.21).

Sebbene, come sopra descritto, le aggressioni a danno di operatore registrino una frequenza di quasi il 65%, non è associato ad esse il costo medio più ingente. In notevole aumento rispetto alla scorsa edizione, infatti, il **costo medio più elevato**, oltre 162.000 €, si registra nel caso in cui i danneggiati siano **pazienti.**

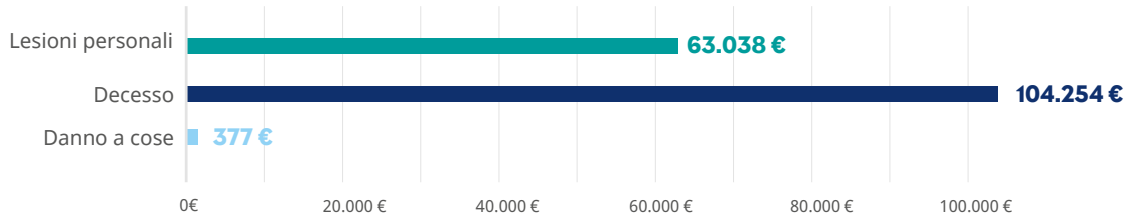
Grafico 4.20 Costo medio per sinistro per tipologia di danneggiato



Andamento analogo è rappresentato dai casi di **decesso**, che registrano un costo medio superiore ai 104.000 € a pratica. Rispetto al campione generale, descritto nel capitolo 3, le aggressioni presentano inoltre un divario inferiore tra le lesioni personali e i decessi e ciò, verosimilmente, potrebbe essere dovuto alla presenza di una liquidazione di oltre 3 milioni di un sinistro a cui è associata una lesione personale e non un decesso.

In misura decisamente minima è il valore medio per **danni occorsi a beni materiali** di proprietà portati in struttura, quali protesi mobili, apparecchi acustici, occhiali, ori, ecc.

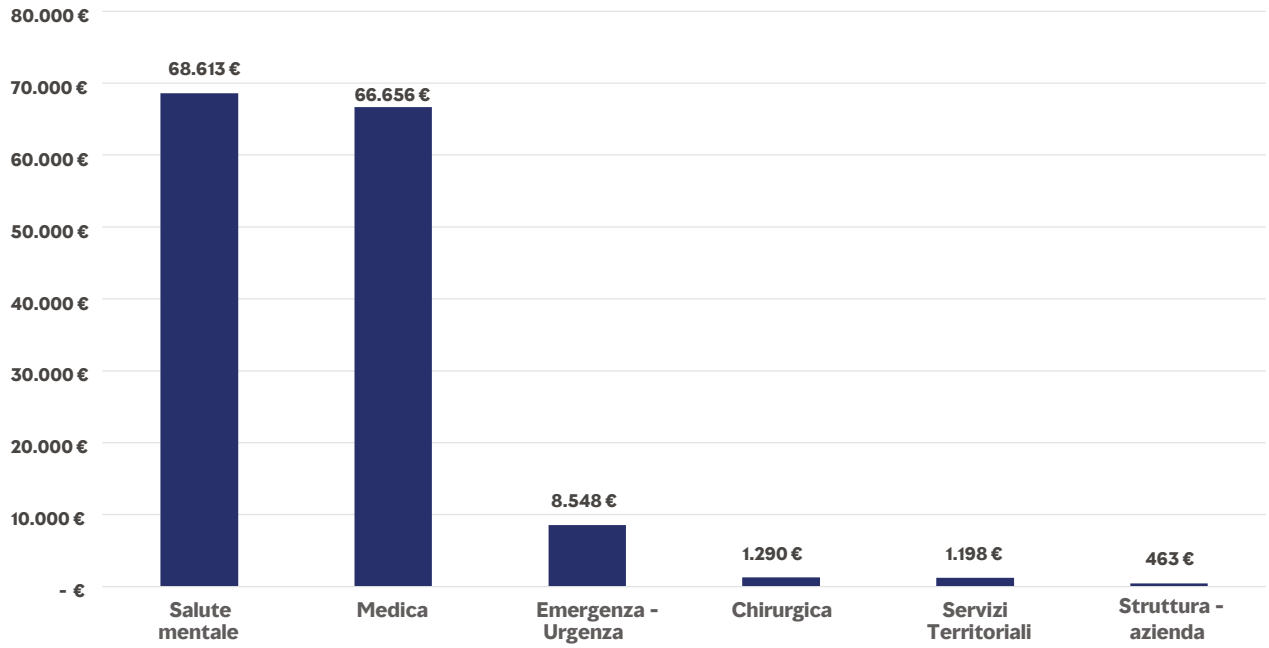
Grafico 4.21 Costo medio per sinistro per esito



Oltre alle conseguenze sulla salute dei danneggiati e sull'operatività dei **professionisti sanitari** è necessario prendere in considerazione anche altri effetti che le aggressioni hanno sull'organizzazione. Da un punto di vista economico, le conseguenze delle aggressioni determinano un impatto negativo sia per quanto riguarda i costi connessi alle lesioni fisiche e il supporto psicologico, sia per quel che concerne i costi legati ai contenziosi legali.

Ponendo l'attenzione sulle principali Aree e Unità Operative, i dati esaminati ci permettono di affermare che **l'Area di Salute Mentale** e l'**Area Medica** presentano un c**osto medio per sinistro** tra i più elevati rispetto alle altre Aree, rispettivamente € 68.600 per la prima e € 66.700 per la seconda.

Grafico 4.22 Impatto economico medio delle aggressioni nelle principali Aree

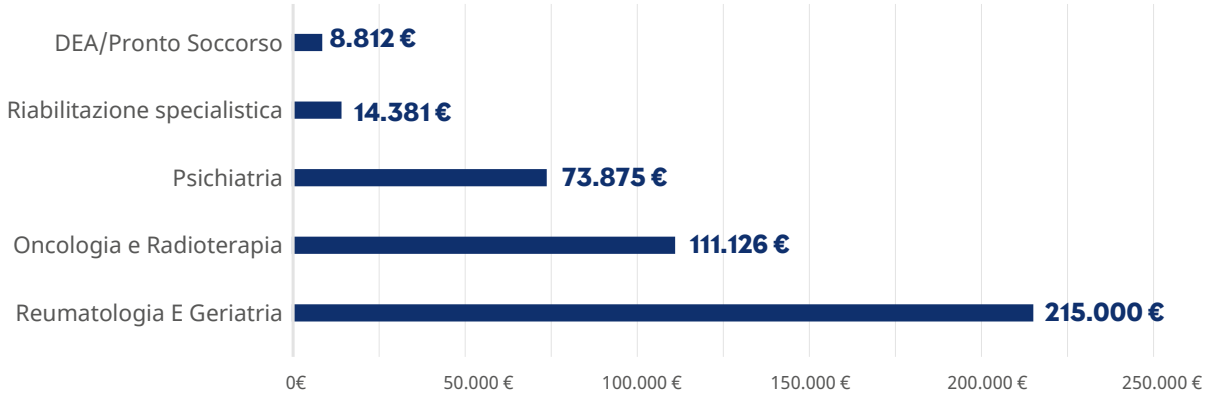


Un particolare setting assistenziale e di cura ancora poco esplorato dagli studi sulle aggressioni e sugli atti di violenza ai danni degli operatori sanitari è quello dei **Servizi Territoriali** che, viceversa, riteniamo meritevole di approfondimento (sebbene ad oggi i dati a disposizione non siano preoccupanti, come mostra il Grafico 4.22).

Considerando che l'assistenza domiciliare costituisce, probabilmente, la modalità assistenziale maggiormente in crescita in tutto il mondo a causa dell'invecchiamento della popolazione, del conseguente aumento del carico di malattia determinato dalle malattie cronico degenerative e della conseguente necessità di programmare interventi sociosanitari sempre più spesso centrati sulla casa come luogo di cura, il rischio di **aggressione al domicilio è destinato ad aumentare**. Si tratta di un fenomeno fortemente sottostimato anche perché poco segnalato.

Osservando il Grafico 4.23, risulta ancora grande la disparità fra le cinque più impattanti Unità Operative, delle quali tre fanno parte dell'Area Medica.

Grafico 4.23 Impatto economico e frequenza delle aggressioni nelle principali U.O.



La violenza pare risulti più comune in situazioni in cui si tratti di pazienti con disordini cognitivi e/o con mobilità limitata; in operatori che temono la possibilità di subire una violenza, o che conducono una relazione paziente-operatore molto stretta o troppo distante.

Il problema della sicurezza di pazienti e operatori deve essere affrontato con un approccio sistematico che coinvolga diversi livelli: legislativo/istituzionale, culturale (verso cittadini e professionisti), gestionale/organizzativo. È necessario attivare strategie di mitigazione del fenomeno al fine di ridurre gli attacchi di violenza. Le azioni base per mitigare la violenza sul luogo di lavoro in contesto sanitario sono certamente rappresentate dal potenziamento del personale di sicurezza e la formazione.

Diversi studi hanno messo in evidenza il ruolo centrale della formazione degli operatori sia in merito alle modalità di gestione di un paziente violento sia al fine di promuovere la comprensione del fenomeno e la necessità di supervisione clinica. Un tema chiave ai fini della prevenzione è poi costituito dalla definizione di strategie di comunicazione così come dalla organizzazione e conduzione di campagne informative e di sensibilizzazione pubbliche sul fenomeno, altamente raccomandate per annullare carenze di comunicazione.

5

INDICATORI DI RISCHIO

Oltre ad analizzare l'andamento del rischio da Medical Malpractice a livello nazionale, si ritiene di fondamentale importanza confrontare i 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** che permette a ogni singola struttura sanitaria di raffrontare **i propri indicatori di rischio** ed evidenziare in modo specifico le aree di maggiore criticità.

Si tratta dunque di un ulteriore strumento a supporto delle politiche di Risk Management nella Sanità. All'interno del sistema di benchmark i rischi sono pesati su alcuni **indicatori di attività** delle Aziende Sanitarie in modo da rendere confrontabili strutture di diverse dimensioni.
Tali parametri sono: Si tratta dunque di un ulteriore strumento a supporto delle politiche di Risk Management nella Sanità. All'interno del sistema di benchmark i rischi sono pesati su alcuni indicatori 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;
- il volume annuo dei posti letto.

I dati riportati in questo capitolo sono stati calcolati sulla base delle informazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali sui rispettivi siti, aggiornati all'ultimo anno disponibile (2021). Inoltre, in continuità con quanto precedentemente svolto, sono stati usati i dati storici di volume e di attività per le strutture del campione, così da calcolare i tassi sul dato effettivo di ogni annualità considerata.

Per ogni singola struttura quindi, i valori relativi al numero di dipendenti, di medici, di infermieri e di ricoveri sono stati calcolati sul periodo 2019 –

1Ministero della Salute - Interrogazione della banca dati del Servizio Sanitario Nazionale
2pne.agenas.it/sintesi/strutture/cerca_strutture.php

NOTA METODOLOGICA: **Gli indicatori di frequenza** sono calcolati utilizzando al numeratore il numero medio di sinistri annui e al denominatore ogni variabile considerata moltiplicata per 100 (per 1.000 nel caso dei ricoveri); **l'indicatore di costo pro-capite** è calcolato in modo analogo, utilizzando il costo dei sinistri su ogni variabile analizzata. Questo indicatore, oltre a costituire il benchmark di riferimento per i valori assicurativi, può essere utilizzato per stimare il costo atteso dei sinistri per struttura, conoscendo i dati di volume e di attività.

2021, mentre gli indicatori sui posti letto e sui parti sono stati calcolati sul periodo 2015-2021.

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.

I dati sono calcolati sia a livello generale sia a livello delle **principali Unità Operative,** quali Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale e Ostetricia e Ginecologia (per quest'ultima si calcolano anche tassi di rischio e costi assicurativi sul numero dei parti effettuati all'anno). In continuità con la precedente edizione del report, vengono calcolati anche i tassi relativi **a tutta l'Area Chirurgica**.

Come ultima indicazione metodologica, in linea con le precedenti analisi si consideri che nel calcolo del benchmark sono stati **esclusi** i danni a visitatori, terzi e operatori, così come le pratiche senza seguito e i sinistri con valore inferiore a € 500.

Di seguito il benchmark con gli **indicatori di frequenza** e di **costo** per il totale del campione:

Tabella 5.1 Indicatori di rischio

Generale

Frequenza sx	Indicatore di attività	Costo per indicatore di attività	Indicatore di attività
0,92	Per 100 dipendenti	€ 1.166	Per dipendente
5,32	Per 100 medici	€ 6.718	Per medico
2,16	Per 100 infermieri	€ 2.723	Per infermiere
1,11	Per 1000 ricoveri	€ 140	Per ricovero
1,21	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	€ 154	Per ricovero ponderato

I dati emersi sono tendenzialmente in linea con quanto osservato nella scorsa Edizione del report: l'anno scorso, ad esempio, **ogni ricovero** implicava un **costo aziendale di €142**, mentre quest'anno si attesta a **€140**. Crescono d'altro canto i **ricoveri ponderati**, da € 137 a € 154.

Per quanto riguarda le figure sanitarie, sono stabili i valori sui dipendenti e sugli infermieri, mentre notiamo **un lieve aumento della frequenza e del costo dei sinistri per ogni medico** (da 4,91 sinistri per 100 medici all'attuale 5,32; da € 6.517 per medico a € 6.718).

NOTA METODOLOGICA: All'interno dell'area chirurgica sono presenti le seguenti unità operative: Cardiochirurgia Pediatrica; Cardiochirurgia; Chirurgia Generale; Chirurgia Maxillo-Facciale; Chirurgia Pediatrica; Chirurgia Plastica; Chirurgia Toracica; Chirurgia Vascolare; Neurochirurgia; Neurochirurgia Pediatrica.

I tassi sono inoltre calcolati per **tipologia di struttura**, considerando le tre categorie maggiormente numerose e rappresentative per le quali sono stati resi disponibili i dati (Aziende Sanitarie di primo e secondo livello e Ospedali Universitari e IRCCS).

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

N° sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
Primo livello			
0,77	Per 100 dipendenti	1.088 €	Per dipendente
3,92	Per 100 medici	5.520 €	Per medico
1,77	Per 100 infermieri	2.487 €	Per infermiere
0,73	Per 1000 ricoveri	103 €	Per ricovero
0,95	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	137 €	Per ricovero ponderato
Secondo livello			
1,04	Per 100 dipendenti	1.150 €	Per dipendente
6,63	Per 100 medici	7.330 €	Per medico
2,42	Per 100 infermieri	2.677 €	Per infermiere
1,46	Per 1000 ricoveri	162 €	Per ricovero
1,50	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	166 €	Per ricovero ponderato
Ospedali Universitari			
0,89	Per 100 dipendenti	1.340 €	Per dipendente
5,05	Per 100 medici	7.619 €	Per medico
2,17	Per 100 infermieri	3.282 €	Per infermiere
1,15	Per 1000 ricoveri	174 €	Per ricovero
1,03	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	157 €	Per ricovero ponderato

Si ponga l'attenzione anche sugli **Ospedali Universitari e IRCCS**, che presentano per parametri di attività numeri superiori alla media generale sia in termini di frequenza sia di costo.

La Tabella 5.2 ci fornisce dei dettagli aggiuntivi per quanto riguarda i diversi indicatori di attività.

Le **strutture di primo livello** presentano **tassi inferiori rispetto alla media nazionale** per tutte le categorie considerate, sia in termini di frequenza, sia di costo, implicando così un costo medio per sinistro al di sotto della media del campione analizzato.

Al contrario, risaltano i tassi delle **aziende di secondo livello**, più alti soprattutto per quanto riguarda le frequenze; spicca **l'incremento di oltre il 30% sui 1000 ricoveri** (da 1,11 a 1,46).

Allo stesso modo, gli Ospedali Universitari e gli IRCCS hanno costi per indicatore maggiori della media nazionale.

Questo fenomeno potrebbe essere riconducibile alle attività generalmente più rischiose e all'erogazione di cure che saranno sempre più complesse, come specificato anche dalla Riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). La riforma mira a rendere gli IRCCS sempre più in grado di portare l'innovazione terapeutica ai pazienti, facilitare lo scambio di competenze specialistiche tra gli IRCCS stessi e con le altre strutture del SSN.[6]

[6]Riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (salute.gov.it)

I grafici sotto riportati rappresentano i dati estratti dalla Tabella 5.2, evidenziando il posizionamento delle diverse strutture sanitarie rispetto al benchmark nazionale (Tab. 5.1)

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

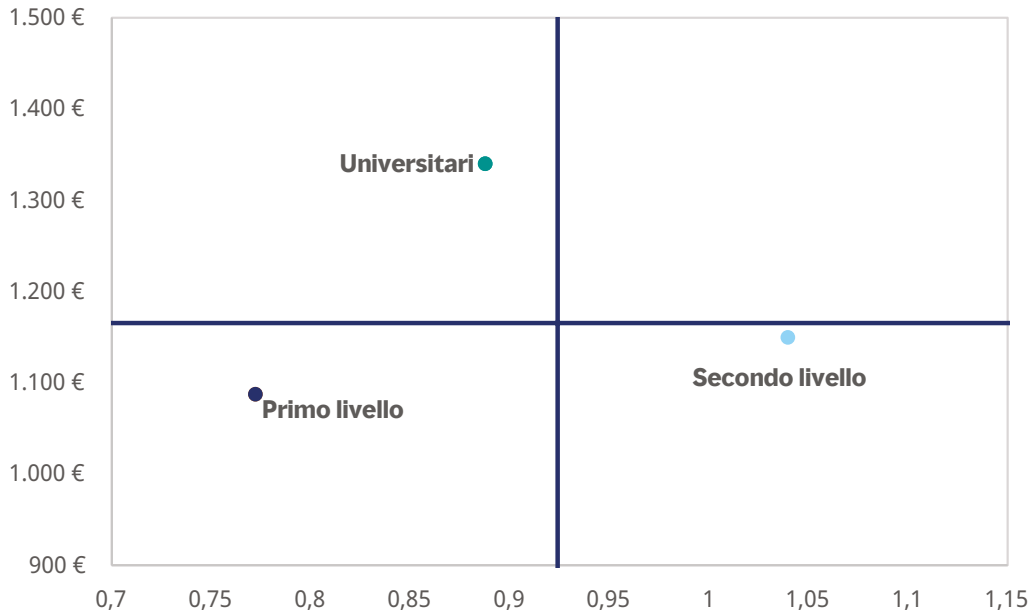


Grafico 5.2 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – numero di medici

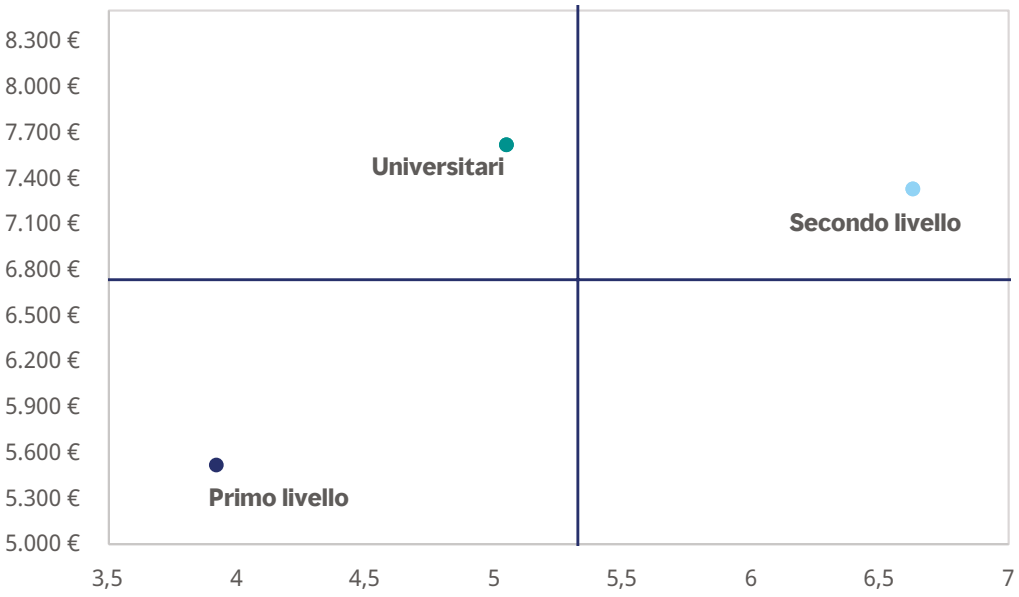


Grafico 5.3 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – numero di infermieri

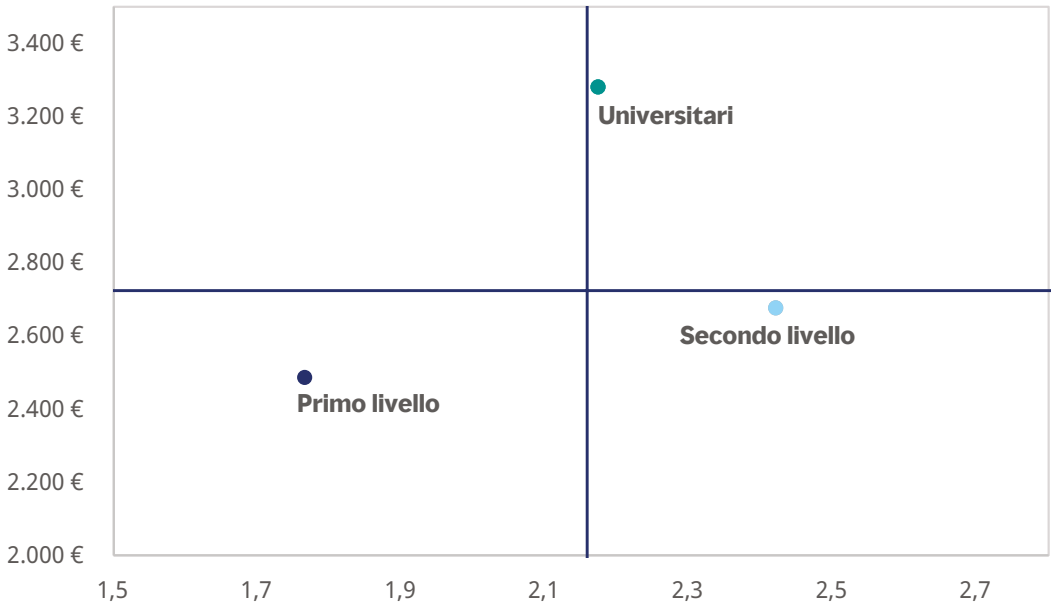


Grafico 5.4 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – volume di ricoveri

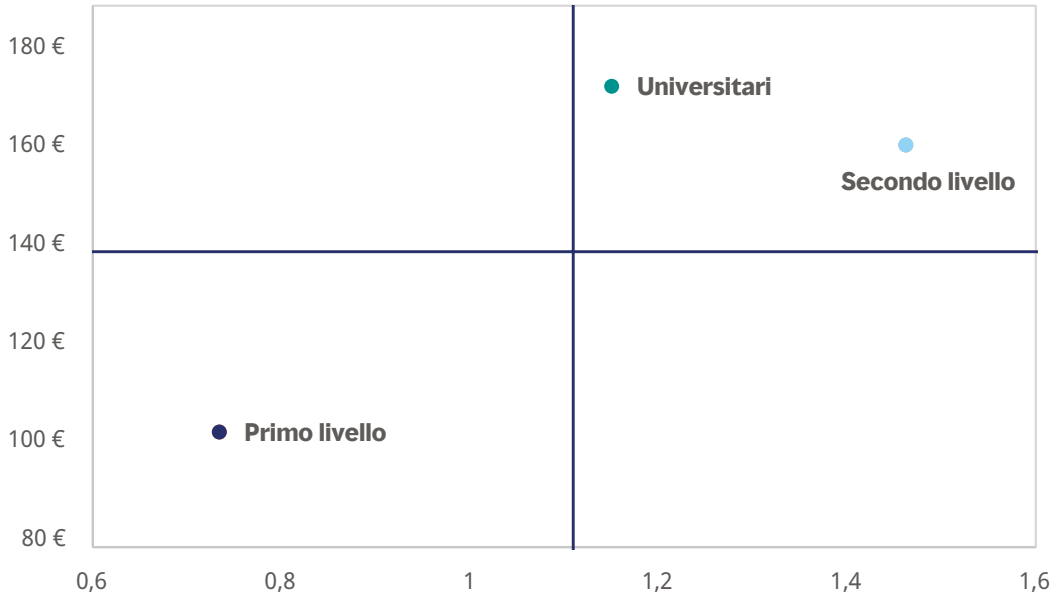
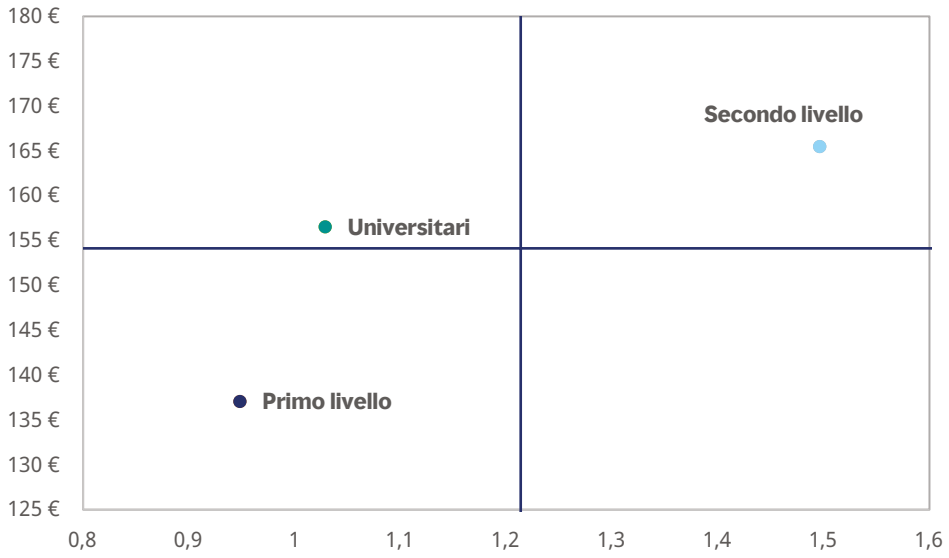


Grafico 5.5 Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura – ricoveri ponderati



Gli indicatori sono stati calcolati anche per le **Unità Operative** di Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia e per l'Area Chirurgica.

In continuità con quanto introdotto lo scorso anno, sono stati inclusi gli indicatori relativi agli **errori da parto**, che presentano **un costo di 222 € per ogni nuovo nato**.

Tabella 5.3 Indicatori di rischio e costo per Unità Operativa

N° sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
Chirurgia Generale			
1,32	Per 1000 ricoveri	181 €	Per ricovero
1,32	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	180 €	Per ricovero ponderato
Ortopedia e Traumatologia			
2,77	Per 1000 ricoveri	161 €	Per ricovero
2,75	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	160 €	Per ricovero ponderato
Ostetricia e Ginecologia			
1,13	Per 1000 ricoveri	284 €	Per ricovero
1,15	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	288 €	Per ricovero ponderato
Area Chirurgica			
1,62	Per 1000 ricoveri	217 €	Per ricovero
1,62	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	218 €	Per ricovero ponderato
Errori da parto			
5,86	Per 10.000 parti	222 €	Per parto

In linea con quanto osservato nelle scorse Edizioni, **Ostetricia e Ginecologia** si conferma come l'UU. OO. **più costosa** (€288 per ricovero ponderato), seppur con una probabilità di richieste di risarcimento pari alla media (1,15).

I grafici 5.6 e 5.7 rappresentano il posizionamento delle quattro Unità Operative considerate rispetto al benchmark dei ricoveri e dei ricoveri ponderati, calcolato sul campione nazionale (cfr. Tabella 5.1)

Si osservi come l'Unità Operativa di **Ortopedia e Traumatologia** ha le **frequenze più alte** sia rispetto alla media delle Unità Operative totali, sia rispetto alle altre specialità considerate, con tasso ogni mille ricoveri di 2,77; i costi, seppure leggermente più alti rispetto alla media, rimangono in linea con la Chirurgia Generale.

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

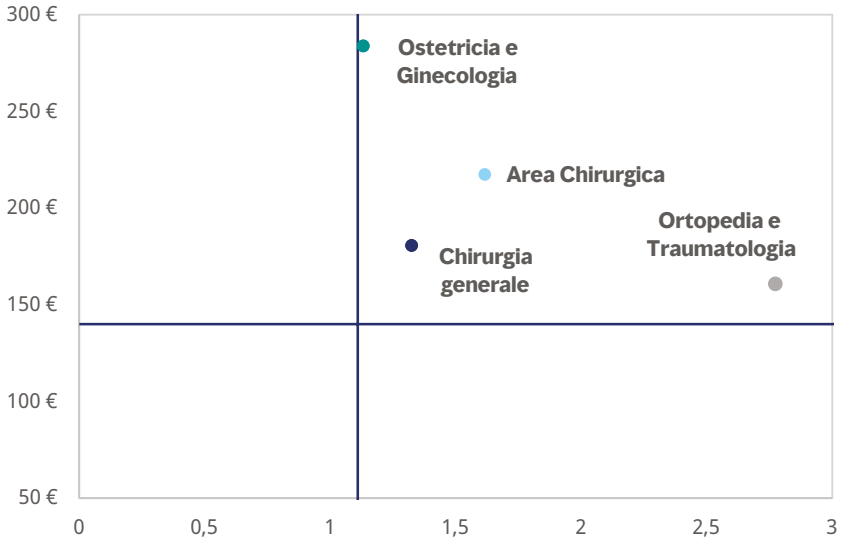
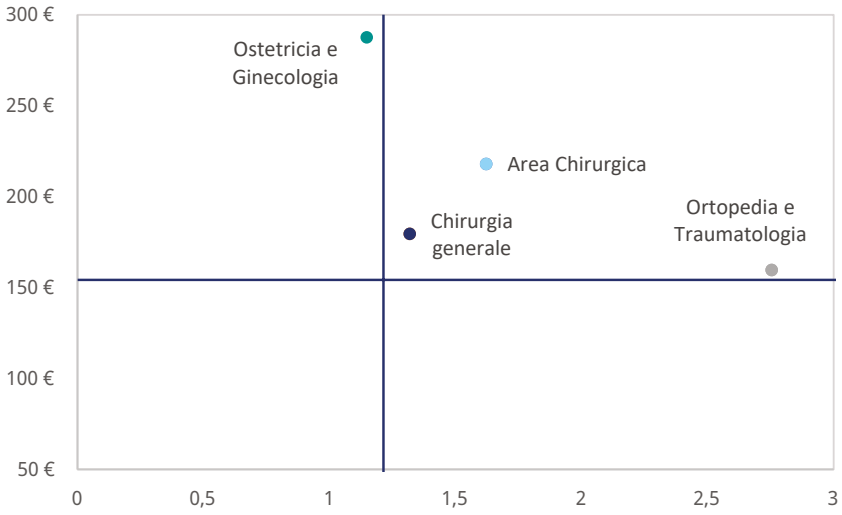


Grafico 5.7 Indicatori di rischio e costi assicurativi per Unità Operativa – ricoveri ponderati



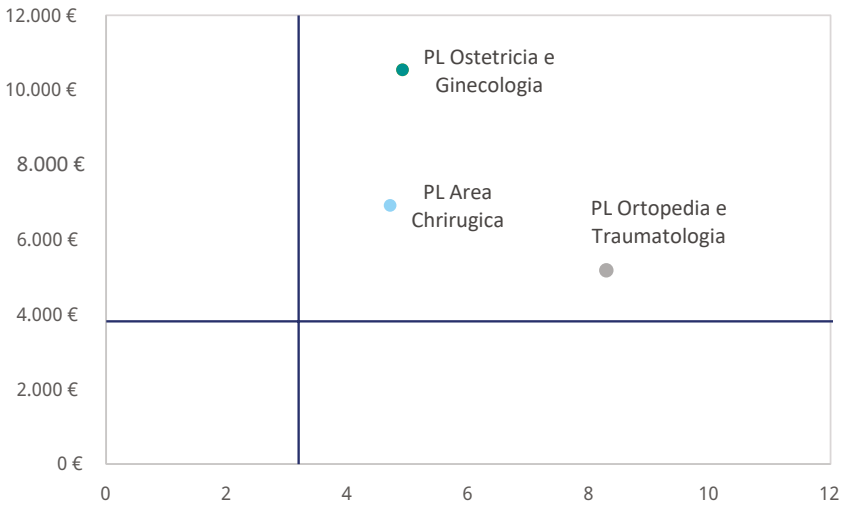
Allo stesso modo, in questa Edizione del report si è deciso di calcolare **l'incidenza dei sinistri sui posti letto** delle Aziende Sanitarie.

Analogamente all'analisi sui ricoveri, risulta una **maggiore frequenza di sinistri** (8,3) **per ogni 100 posti letto in Ortopedia e Traumatologia.** Il peso maggiore in termini di costo è indubbiamente dato dall'Unità **Operativa di Ginecologia e Ostetricia:** oltre € 10.500 ogni posto letto.

Tabella 5.4 Indicatori di rischio e costo per Posti Letto (PL)

N.sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
3,19	Per 100 posti letto	3.818 €	Per posto letto
4,70	Per 100 posti letto per l'Area chirurgica	6.911 €	Per posto letto per l'Area chirurgica
8,28	Per 100 posti letto di ortopedia	5.179 €	Per posto letto di ortopedia
4,90	Per 100 posti letto di ostetricia	10.536 €	Per posto letto di ostetricia

Grafico 5.8 Indicatori di rischio e costi assicurativi per Unità Operativa – Posti Letto (PL)



EXIT

6 ENTERPRISE RISK MANAGEMENT NELLA SANITÀ

Lo studio che Marsh conduce ogni anno contribuisce a mettere in luce la complessità del sistema sanitario, quale sistema in cui interagiscono molteplici fattori eterogeni e dinamici che devono integrarsi e coordinarsi tra loro per rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti e assicurare la migliore cura possibile, riducendo al minimo i rischi.

L'art. 1 della Legge 24/17 parla di sicurezza delle cure quale parte costitutiva del diritto alla salute, precisando che "*esso si realizza attraverso la prevenzione e la gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie nonché mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative*". Tale legge ribadisce l'importanza e l'assoluta necessità per le strutture sanitarie di dotarsi di un **modello organizzativo di gestione del rischio**.

Se per molti anni, però, l'attenzione è stata concentrata **solo sul rischio legato al processo clinico-assistenziale** in quanto tale, i recenti cambiamenti hanno fatto sì che le strutture sanitarie diventassero delle vere e proprie aziende in cui si intersecano **molteplici processi**, ognuno dei quali con un suo **rischio specifico**. Diventa, quindi, sempre più evidente la necessità di ampliare il perimetro di analisi e valutare tutti i processi con una prospettiva integrata e olistica, passando ad un nuovo paradigma che tenga conto delle logiche di evoluzione del modello di Clinical Risk Management per avvicinarsi al modello di **Enterprise Risk Management** (ERM).

Il Clinical Risk Management è un processo sistematico che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi clinico–sanitari al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti. È un approccio che pone un **forte focus sul paziente**, permettendo di identificare e mitigare potenziali rischi legati alle pratiche mediche, migliorando così l'efficacia complessiva.

Tuttavia, questo approccio presenta anche alcuni **limiti** quali: perimetro di analisi ristretto, difficoltà nell'individuare la totalità dei rischi, poca reattività nel recepire i cambiamenti organizzativi e tecnologici, compromettendo la capacità di adattamento del sistema di gestione del rischio alle evoluzioni del contesto sanitario.

All'aumentare delle complessità organizzative, si fa strada quindi il bisogno di sviluppare un approccio completo alla gestione dei rischi, integrando in un'unica valutazione i vari **scenari di rischio** al fine di permettere all'organizzazione di ottimizzare il rapporto tra **esposizione al rischio e opportunità**, rafforzando la capacità aziendale di creare, preservare e generare valore.

L'ERM è un sistema sinergico di cultura, competenze, ruoli organizzativi, politiche, processi, modelli di analisi e di strumenti di gestione, che permette alle organizzazioni di creare e proteggere valore in maniera sostenibile nel lungo periodo, conseguendo i propri obiettivi strategici e operativi. I **benefici** dell'ERM sono molteplici: definizione di solide strategie risk-based a lungo termine, capacità di anticipare e reagire ai cambiamenti, identificando e valutando in modo proattivo i rischi emergenti, ottimizzazione dei costi di gestione del rischio, riduzione impatto e probabilità degli eventi avversi. La gestione integrata del rischio, creando un coordinamento efficace tra le varie funzioni aziendali, permette una definizione più puntuale di priorità e opportunità di miglioramento.

L'adozione di un modello ERM implica pertanto un **cambiamento culturale e organizzativo** importante, in quanto sarà compito del vertice aziendale sia assicurare che alla gestione del rischio vengano destinate le **risorse necessarie**, sia distribuire **compiti e responsabilità** in modo da poter correttamente indirizzare il complesso delle attività. Il processo di Risk Management, infatti, deve essere parte integrante di tutto il processo decisionale e deve permeare l'intera Organizzazione.

Implementare l'ERM per un'Azienda Sanitaria significa aumentare la conoscenza sui rischi dell'Organizzazione, fornendo una visione chiara dei fattori interni ed esterni che possono influenzare il raggiungimento degli obiettivi aziendali, promuovere una cultura del rischio, diffondendo la consapevolezza e la responsabilità della gestione del rischio in tutta l'organizzazione e garantire un monitoraggio costante dei rischi, utilizzando dati interni ed esterni per individuare segnali di avvertimento precoce e consentire una risposta tempestiva alle potenziali minacce.

Per un'Azienda Sanitaria conoscere i propri rischi, definirne la soglia di tollerabilità, adottare strategie di mitigazione rappresentano dei passaggi indispensabili per la definizione di scelte strategiche che possano contribuire all'incremento costante della sicurezza del paziente, alla creazione di valore aziendale, alla definizione più mirata delle priorità e alla riduzione dei costi.

CONCLUSIONI

Conoscenza, consapevolezza e spinta al miglioramento rappresentano il motore del report MedMal. La lettura delle richieste di risarcimento danni, la loro analisi e l'identificazione dei processi ad esse correlati si pongono l'obiettivo di aumentare la conoscenza e la consapevolezza di quanto questi fenomeni incidano sul valore di un'Azienda Sanitaria. L'analisi delle richieste di risarcimento danni è, però, solo uno degli strumenti di risk assessment a disposizione e va necessariamente integrato con altre informazioni per definire il profilo di rischio dell'Organizzazione.

Diventa quindi necessario tendere al miglioramento, arricchendo non solo la conoscenza e consapevolezza del rischio MedMal ma anche delle altre esposizioni, in modo da permetterne una visione integrata. Solo un'attività di risk assessment che tenga conto della complessità e delle interconnessioni tra gli elementi di rischio potrà permettere l'individuazione delle priorità e la definizione di scelte strategiche orientate all'incremento costante della sicurezza del paziente e alla creazione di valore aziendale.

Oltre a mappare le aree di rischio sviluppando valutazioni quantitative e qualitative, la quattordicesima edizione del report MedMal affronta per la prima volta due temi fondamentali:

1. Lo studio prospettico dei sinistri come valore aggiunto per le Aziende Sanitarie nella gestione finanziaria, nel perfezionamento della sostenibilità economica, nella gestione e trasferimento del rischio e, non ultima, nella pianificazione strategica.

2. L'ERM (Enterprise Risk Management) come nuovo modello d'identificazione e gestione dei rischi, un sistema sinergico di cultura, competenze, ruoli organizzativi, politiche, processi, modelli di analisi e di strumenti di gestione, che permette alle organizzazioni di creare e proteggere valore in maniera **sostenibile nel lungo periodo**, conseguendo i propri obiettivi strategici e operativi.

Ci auguriamo di aver fornito un valido strumento per orientare le strategie di gestione del rischio, per comprendere il profilo di rischio di ogni Azienda rispetto ai trend, per migliorare i processi di controllo e per ottimizzare le strategie di mitigazione.

Marsh

Marsh

Marsh è leader globale nell'intermediazione assicurativa e nella consulenza sui rischi. Con circa 45.000 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.

Copyright ©2023 Marsh S.p.A. Tutti I diritti sono riservati. 123860