

# Report MedMal



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

A business of Marsh McLennan





**In un momento di grandi sfide ed opportunità per la Sanità Italiana, l'implementazione di strategie e modelli di risk management, insieme a una più profonda promozione della cultura del rischio, sono la chiave per rafforzare la solidità di questo settore, da sempre vitale per il nostro Paese.**

**MARCO ARALDI**

Amministratore Delegato Marsh Italia

	<b>Introduzione</b>	04
<b>01</b>	<b>Campione di riferimento</b>	07
	1.1 Selezione dei dati	07
	1.2 Sinistri senza seguito	09
<b>02</b>	<b>Analisi delle frequenze</b>	11
	2.1 Andamento medio annuo dei sinistri per struttura	11
	2.2 Stato delle pratiche e velocità di apertura/chiusura	13
	2.3 Tipologie di procedimento	14
	2.4 Tipologie di danno	16
	2.5 Eventi denunciati	17
	2.6 Aree di rischio	20
	2.7 Unità operative	21
<b>03</b>	<b>Analisi economica</b>	25
	3.1 Costo dei sinistri	25
	3.2 Importo liquidato	30
	3.3 Importo riservato	35
	3.4 Costo per tipologia di struttura	38
	3.5 Top claims	38
<b>04</b>	<b>Approfondimenti</b>	41
	4.1 Le infezioni correlate all'assistenza	42
	4.2 Le aggressioni	51
	4.3 Fondo rischi e fondo riserva sinistri, Decreto attuativo n.232 Legge 24/2017	57
<b>05</b>	<b>Indicatori di rischio</b>	65
	<b>Conclusioni</b>	75

# Contents



# Introduzione

## Marsh presenta la XV edizione del Report MedMal.

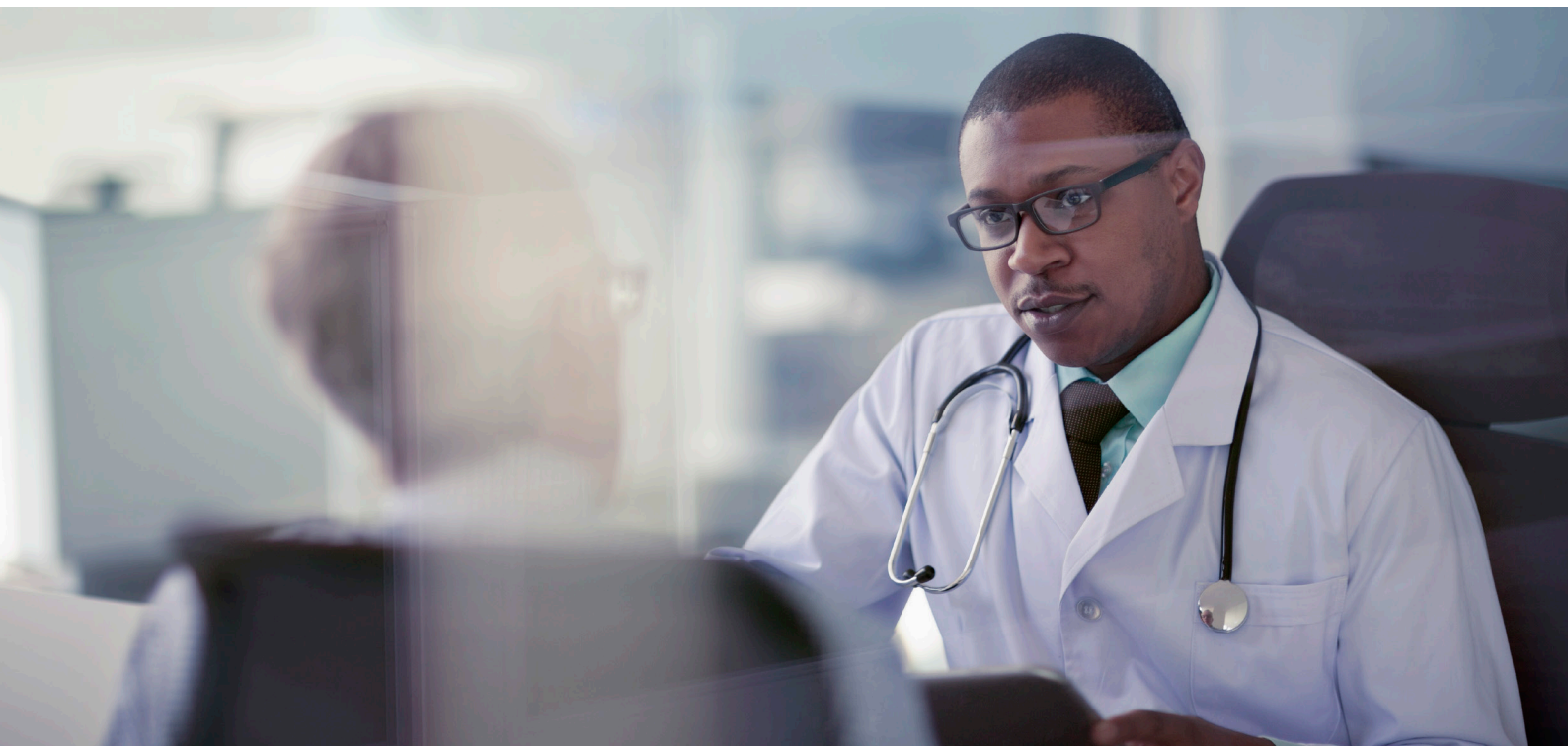
Il Report MedMal trae la sua ragion d'essere nello studio, nell'analisi e nella valutazione delle richieste di risarcimento danni per Medical Malpractice. Sebbene abbia uno specifico focus sul paziente e sugli eventuali eventi che hanno comportato ad esso un danno, lo studio offre altresì una panoramica anche su eventi che coinvolgono il professionista che opera all'interno della struttura sanitaria. Il documento, come di consueto, presenta un'analisi quantitativa e qualitativa delle richieste di risarcimento danni di un campione di Aziende Sanitarie Nazionali che, in forma anonima, decidono di condividere con Marsh i propri dati. L'approccio metodologico utilizzato per lo sviluppo di tale report si basa sull'analisi dei **sinistri da Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera**. 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 inoltre tre focus specifici.

Il Report MedMal si pone anche come strumento di informazione e aggiornamento su tematiche di interesse nazionale che ogni anno diventano oggetto di approfondimenti nei focus.

La XV edizione del report affronta i temi legati alle **Infezioni correlate all'assistenza (ICA)**, **alle aggressioni e al fondo riserva sinistri e fondo rischi introdotti dal Decreto attuativo n.232 Legge 24/2017**.

Il tema delle **ICA** è oggetto di notevole attenzione e di ricerche. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono una delle principali sfide per la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari, nonostante i progressi e i progetti di monitoraggio e miglioramento implementati a livello nazionale e regionale. 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. Il quadro che emerge con la XV edizione del report è che le ICA continuano a essere tra gli eventi avversi più frequenti nell'erogazione dei servizi sanitari, impattando in modo significativo anche sui bilanci aziendali. L'obiettivo che il Report MedMal si pone con tale approfondimento 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.

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





Le strutture sanitarie, in funzione delle attività svolte, presentano rischi specifici. Le violenze sul luogo di lavoro, soprattutto nel settore sanitario dove gli operatori sono spesso esposti a rischi elevati, rappresentano un problema crescente.

In un'ottica di gestione integrata del rischio, 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. 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. Negli anni abbiamo assistito ad una crescente attenzione verso tale rischio, prova di ciò è anche il Decreto-Legge n. 137, entrato in vigore il 2 ottobre 2024, che interviene con nuove disposizioni per affrontare in maniera più strutturata ed efficace tale fenomeno, che minaccia la sicurezza fisica e psicologica del personale sanitario.

A sette anni dalla Legge 24/2017, il 16 marzo 2024 è entrato in vigore il decreto attuativo n. 232 (riferito all'art. 10 comma 6 della legge 24/2017; tale decreto rappresenta il più atteso contributo alla piena implementazione della Legge 24/2017, regolando i meccanismi di garanzia obbligatori per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, con la finalità di preservazione delle risorse e, al tempo stesso, di una più efficace tutela dei danneggiati, che si tratti di professionisti o pazienti.

L'approfondimento che la XV Edizione del Report MedMal propone verterà su esempi di metodi di calcolo deterministico e metodi stocastici utili ad effettuare una stima puntuale delle riserve e una stima probabilistica con dei metodi attuariali funzionali alla costituzione del fondo rischi e fondo riserva sinistri di cui parlano gli artt. 10 e 11 del decreto attuativo n. 232 della legge 24/2017.

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.

In questa edizione si è scelto di proseguire l'analisi delle frequenze dei **sinistri senza seguito** afferenti alla classe del rischio clinico. 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 la consapevolezza dell'andamento della Medical Malpractice.







# Campione di riferimento

## 1.1 Selezione dei dati

Ogni anno Marsh presenta al mondo della Sanità, attraverso il Report MedMal una fotografia dei sinistri di un campione di Aziende Sanitarie pubbliche e private. Il fine che ogni edizione del Report si pone è quello di incrementare la qualità e quantità di dati e quindi il numero di Aziende Sanitarie che rientrano in questo studio con l'obiettivo di fornire una statistica sempre più completa della sinistrosità a livello nazionale. Ogni edizione del Report MedMal vede l'adesione di nuove Aziende Sanitarie (anche non clienti) che, in virtù di un rapporto di scambio reciproco di informazioni e condivisione di know how, collaborano all'identificazione e riconoscimento di rischi, criticità ed eventi dannosi contribuendo ad un'analisi critica orientata al miglioramento continuo, all'incremento della sicurezza dei pazienti e alla definizione di strategie di Risk Management utili a mitigare e gestire le esposizioni.

La quindicesima edizione del Report MedMal vede l'adesione di 87 Aziende Sanitarie appartenenti complessivamente a **12 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:** Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari; realtà ospedaliere emergenti, che trattano particolari patologie di rilievo nazionale.

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**, in linea con lo scorso anno.

**Tabella 1.1** Composizione del campione per tipologia di Azienda Sanitaria

Tipologia di azienda	Incidenza sul campione 2024
Primo livello	24,41%
Secondo livello	64,89%
Universitaria	10,70%

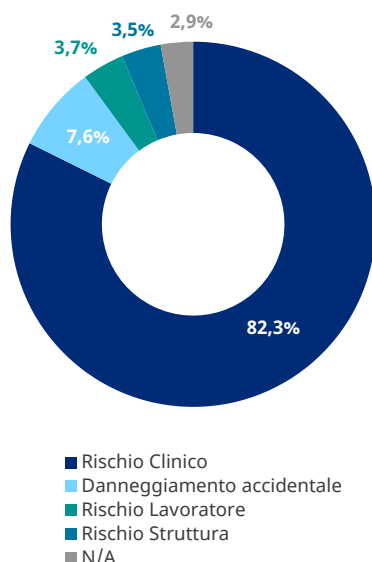
Il perimetro del campione fornito dalle Aziende Sanitarie di questo studio è relativo ai sinistri da **Responsabilità civile verso Terzi/Prestatori d'opera (RCT/O)** con anno di denuncia **dal 2006 al 2023**. Il database della quindicesima edizione del Report MedMal conta complessivamente **32.989 sinistri**.

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 struttura:** 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'**82,3%** delle richieste di risarcimento pervenute **afferisce alla categoria del rischio clinico**. La **seconda fonte di rischio** è il **danneggiamento accidentale di oggetti personali** (7,6%), seguito dal **rischio strutturale** (3,5%). Gli eventi denunciati in seguito a **danni subiti da operatori** sono il 3,7% del campione, in aumento rispetto alla scorsa Edizione del Report. All'interno della categoria "N/A" sono confluite tutte quelle richieste di risarcimento danni per le quali non è stato possibile procedere ad una classificazione del dato; rappresentano il 2,9% dei sinistri analizzati, un valore **in calo rispetto alle scorse edizioni**.

L'obiettivo che si pone il Report MedMal è fornire alle aziende sanitarie un valido strumento per orientare le strategie di gestione del rischio, definire in modo più mirato le priorità e ridurre i costi aziendali legati alla gestione operativa del sinistro e imputabili alle richieste risarcitorie da Medical Malpractice. In considerazione di tale obiettivo, la classe di rischio su cui si focalizza 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<sup>1</sup>

<b>N. sinistri totali</b>	32.989
<b>N. sinistri selezionati</b>	25.869
<b>Sinistri medi annui</b>	1.437
<b>Personale sanitario</b>	133.668
<b>Medici</b>	23.603
<b>Infermieri</b>	56.771
<b>Posti Letto (PL)</b>	47.760
<b>Ricoveri</b>	1.098.402

**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.**

<sup>1</sup> | 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>.



### 1.2 Sinistri senza seguito

In questa edizione, in linea con la precedente, 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 6 mesi rispetto al tempo medio di liquidazione di una pratica ove venga accertata la responsabilità dell’Ente.

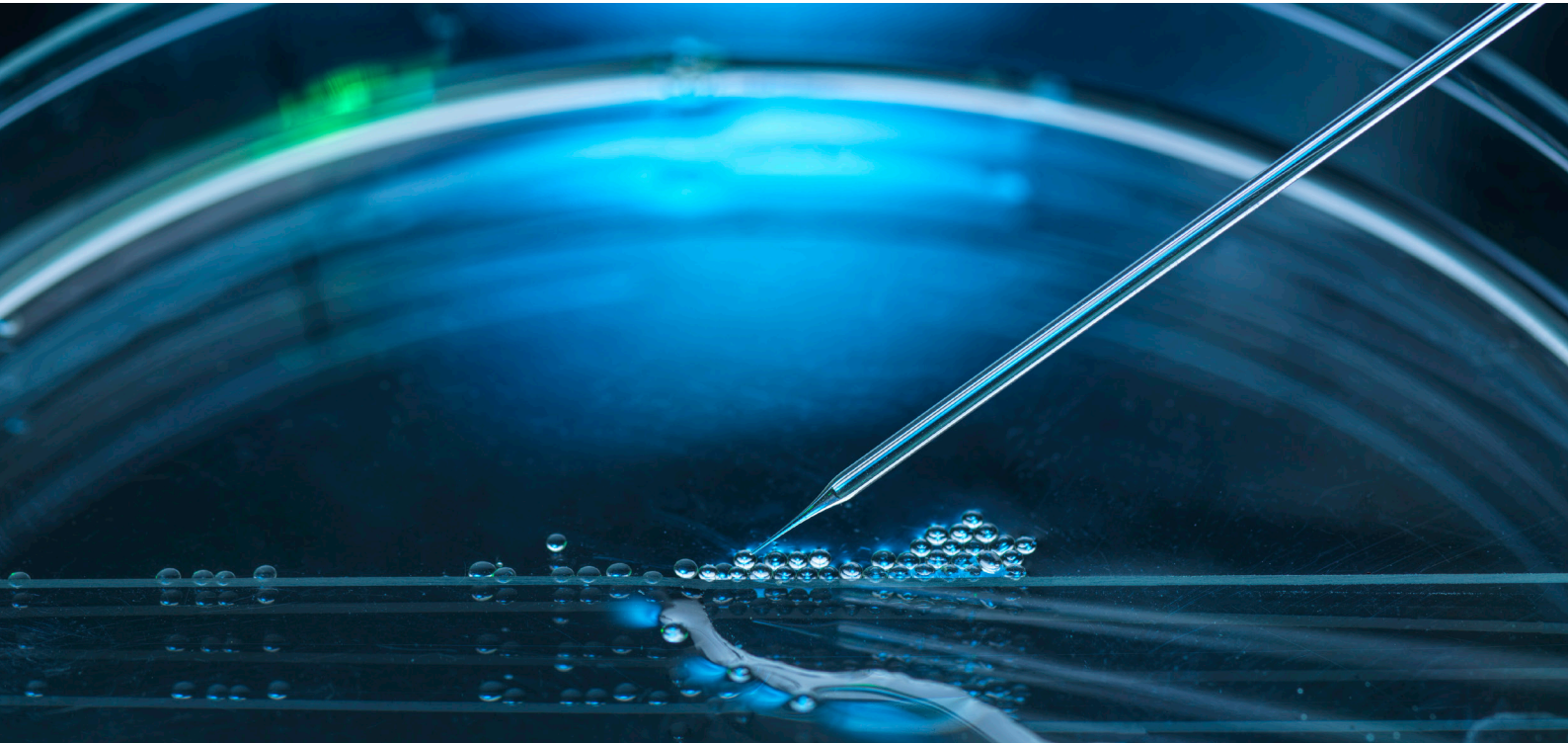
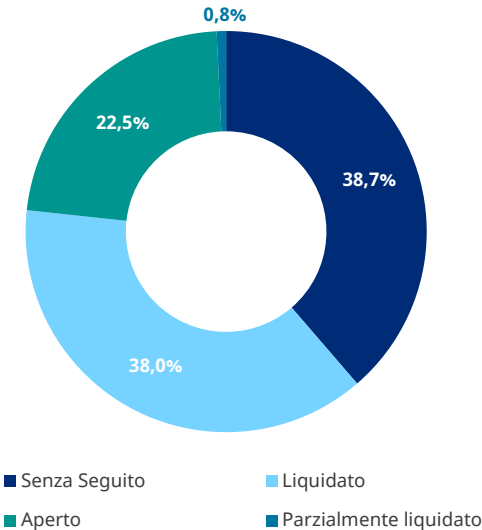
**Tabella 1.3** Tempo medio di chiusura delle pratiche

Stato delle pratiche	Tempo medio di chiusura (espresso in anni)
Liquidato	2,3
Senza seguito	2,8

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.

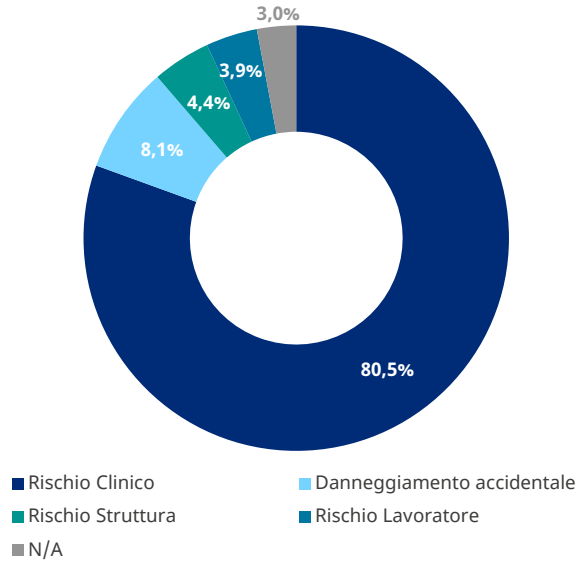
Le pratiche senza seguito costituiscono, inoltre, una quota rilevante di richieste di risarcimento che pervengono alle Aziende Sanitarie, con il **38,7% di incidenza sul totale dei sinistri**.

**Grafico 1.2** Stato delle pratiche (campione complessivo)



A ulteriore conferma della complessità di gestione implicata dalle pratiche senza seguito, si evidenzia che l'81% delle pratiche senza seguito è relativa alla classe del rischio clinico (Grafico 1.3).

Grafico 1.3 Classi di rischio (sinistri senza seguito)



In particolare, analizzando la tipologia di eventi maggiormente denunciati, riportati nella sottostante (Tabella 1.4.) riscontriamo **una prevalenza di errori diagnostici e chirurgici** con rispettivamente il 20,6% e il 20,4%, seguiti in misura minoritaria dalle **cadute accidentali** (11%) e dagli errori terapeutici (10%).

Tabella 1.4 Eventi denunciati — pratiche senza seguito

Evento denunciato — Pratiche senza seguito	% sul totale delle pratiche senza seguito
Errore diagnostico	20,58%
Errore chirurgico	20,41%
Caduta accidentale	10,99%
Errore terapeutico	10,07%
Furto/Smarrimento	6,26%
Danni a cose	4,18%
Infezione	3,75%
Errore assistenziale	3,30%
Errore procedure invasive	2,83%
Infortunio/Malattia professionale	2,75%
Errore da parto/cesareo	2,52%
Livello di servizio	2,23%
Errore anestesilogico	1,90%
Errore trasfusionale	1,38%
Errore di prevenzione	0,97%
Aggressione	0,95%
Errore farmacologico	0,92%
Errore amministrativo	0,91%
Malfunzionamento macchinari, dispositivi o materiali	0,83%
Danni a persone	0,73%
Autolesione/Suicidio	0,63%
Mobbing/Lesione diritti del lavoratore	0,52%
Somministrazione vaccino	0,41%





# Analisi delle frequenze

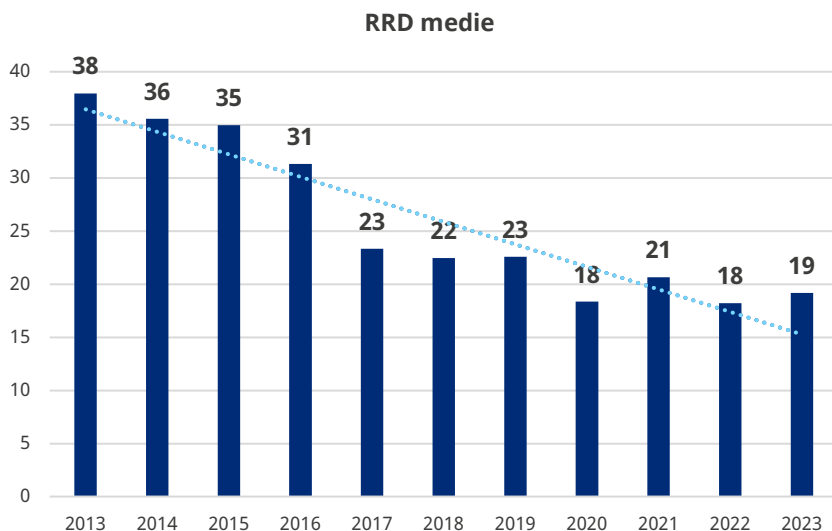
## 2.1 Andamento medio annuo dei sinistri per struttura

Come anticipato nel capitolo 1, ogni anno il MedMal Report si arricchisce di contenuti grazie a un incremento di Aziende Sanitarie aderenti allo studio e quindi di sinistri valutati. Per tale ragione 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 e in parte alla disponibilità dei dati e alla loro completezza. Da ultimo, si precisa che la quindicesima edizione del report include nell'analisi anche i sinistri senza seguito afferenti alla 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.

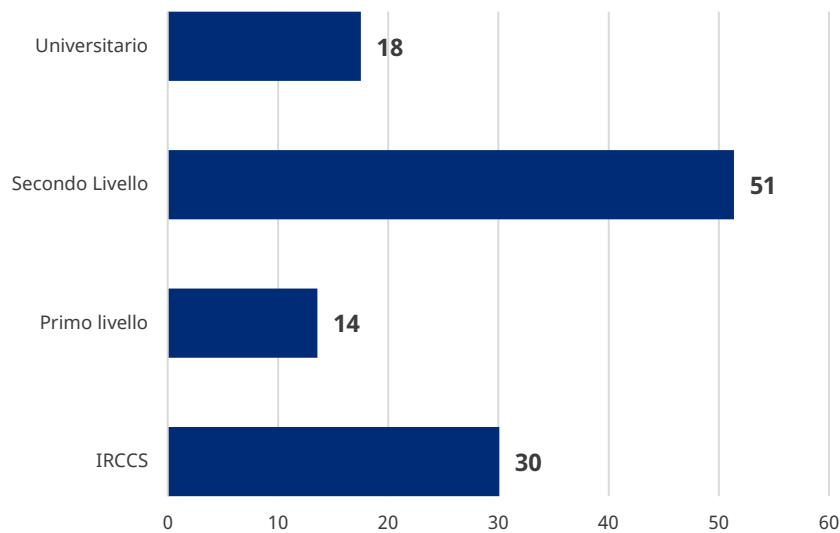
Il grafico sottostante (Grafico 2.1) — relativo alle **richieste di risarcimento danni ricevute da ogni singola struttura nel periodo 2013-2023** — mostra una **media di 26 sinistri all'anno**. Si evidenzia un trend di diminuzione nel numero di richieste per singola struttura, corrispondente complessivamente al - **8,2%**.

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



Il focus sul numero dei sinistri medi annui per tipologia di Azienda Sanitaria del Grafico 2.2 è congruente con la scorsa Edizione del Report, registrando 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 prestazioni e interventi che vengono erogati nelle Strutture di Secondo Livello e negli IRCCS. La numerosità del bacino di utenza delle Aziende di II livello, la dotazione di DEA di II livello, la presenza di discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello (es. Rianimazione pediatrica e neonatale, Cardiologia con emodinamica interventistica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, ecc.) espone di fatto tali Aziende a una maggiore possibilità di errori, criticità organizzative, problematiche legate alla comunicazione e quindi a richieste di risarcimento.

**Grafico 2.2** Sinistri medi annui per tipologia di struttura



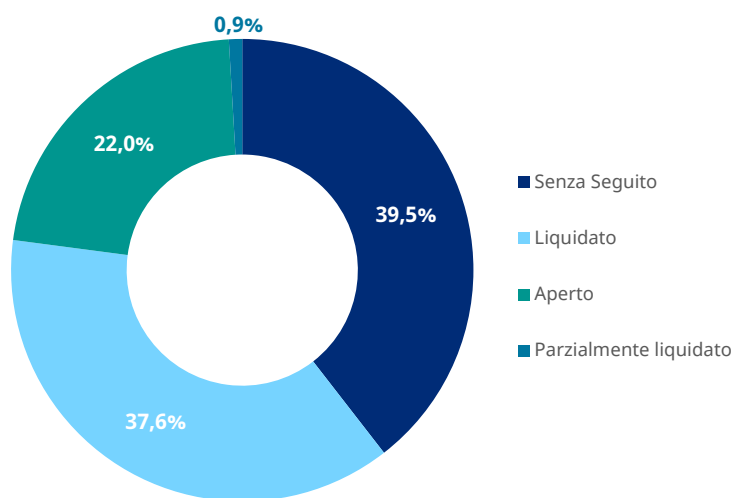


## 2.2 Stato delle pratiche e velocità di apertura/chiusura

Con l'introduzione nel campione dei **sinistri chiusi senza seguito**, l'analisi dello stato delle pratiche ha visto una prevalenza di questi ultimi, con un valore pari al **39,5%**, rispetto a quelli aperti e liquidati.

Il **37,6%** dei sinistri analizzati corrisponde infatti a **pratiche concluse con liquidazione di un importo al danneggiato**, mentre il **22%** è relativo a **pratiche ancora aperte**. Si sottolinea, inoltre, una percentuale piuttosto bassa, pari allo 0,9%, 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, allocando a riserva l'eventuale differenza. Tra le principali cause che determinano una liquidazione parziale del sinistro si annoverano le posizioni oggetto di più di gradi di giudizio e le posizioni per le quali, successivamente alla liquidazione, intervengono nuovi aventi causa.

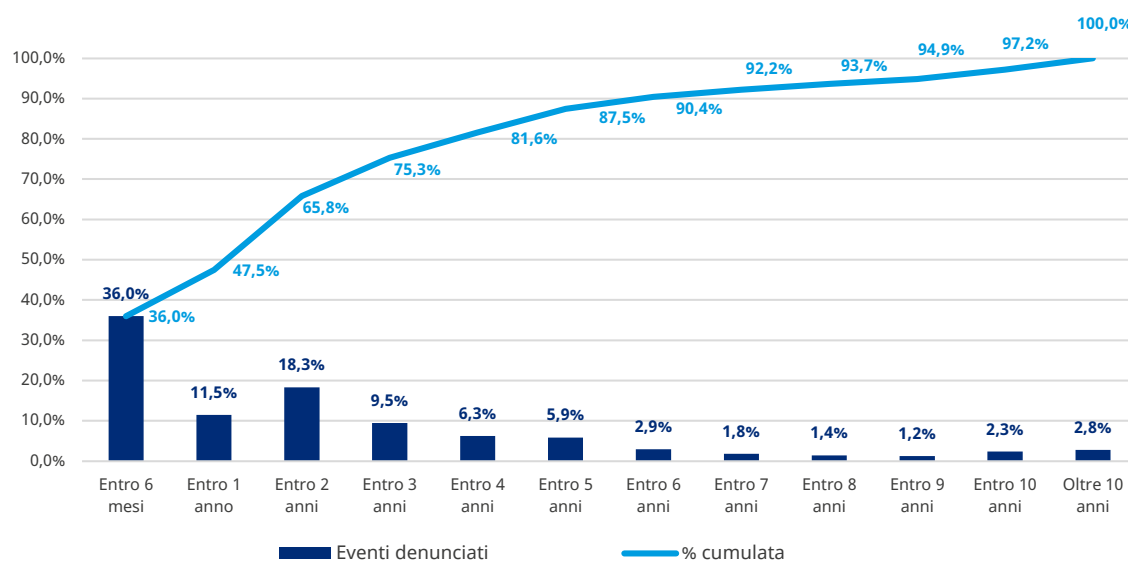
**Grafico 2.3** Distribuzione percentuale dello stato della pratica



Per quanto riguarda i tempi di apertura dei sinistri, circa il **36% degli eventi** dà luogo ad una richiesta di risarcimento danni **entro 6 mesi dalla data di accadimento**, mentre quasi il **90%** viene **denunciato entro 6 anni**.

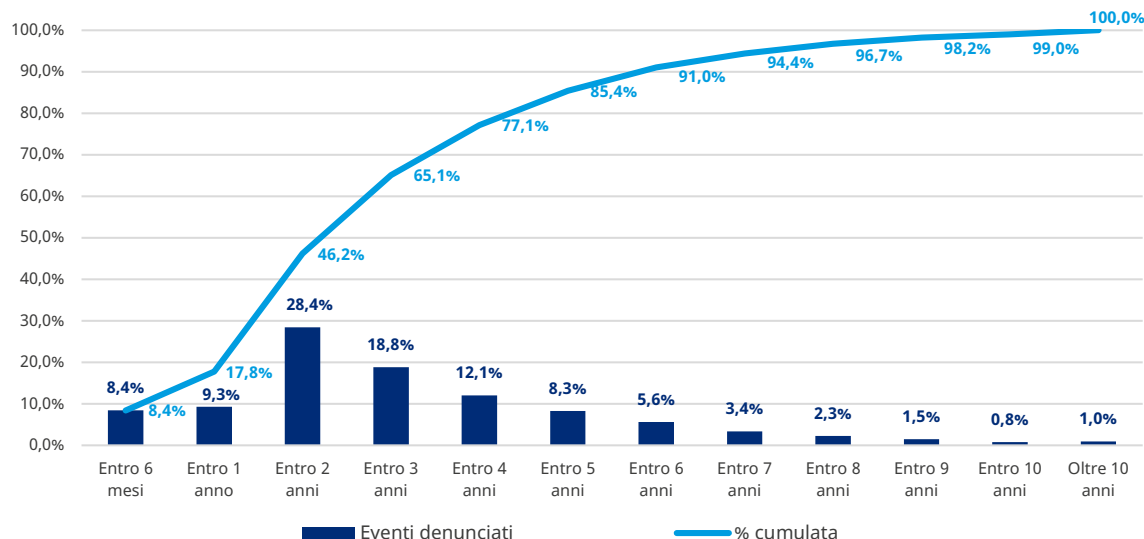
I tempi calcolati risultano in linea a quanto osservato nella precedente edizione del Report, anche se in leggero aumento, con un **tempo medio di apertura del sinistro pari a 2,4 anni dal verificarsi del fatto lesivo**.

**Grafico 2.4** Velocità di denuncia



Il Grafico 2.5 valuta invece i **tempi di chiusura dei sinistri**. Il **65%** 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 rimane pari a 2,8 anni**.

**Grafico 2.5** Velocità di chiusura



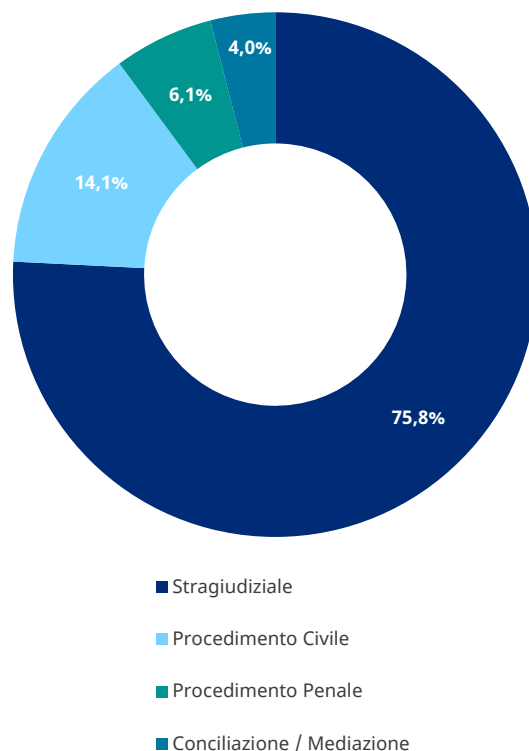
## 2.3 Tipologie di procedimento

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

- **Procedimenti stragiudiziali:** pratiche risolte senza il ricorso all'autorità giudiziale;
- **Procedimenti civili:** pratiche discusse e gestite in sede civile;
- **Procedimenti penali:** pratiche discusse e gestite in sede penale;
- **Mediazioni:** nella cui categoria vi rientrano tutte le pratiche discusse e gestite con forme di ADR (Alternative Dispute Resolution).

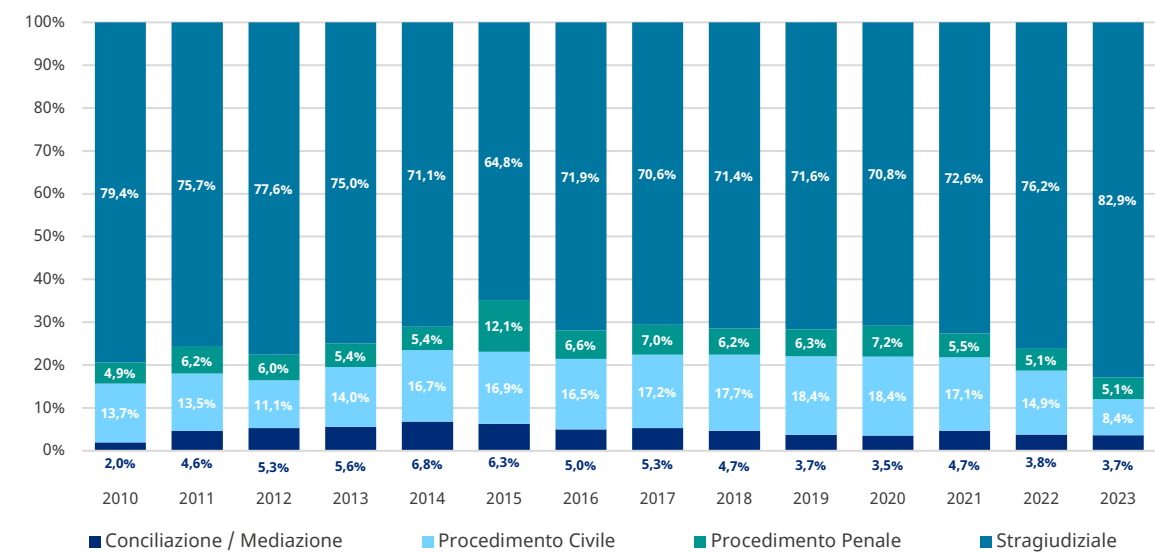
I procedimenti **stragiudiziali** rappresentano la **maggioranza sul totale** delle richieste analizzate, con una percentuale pari a **75,8%**, anche se in diminuzione rispetto alla precedente edizione, in cui si attestavano al 76,4%. I procedimenti **giudiziali** (civili e penali) sono complessivamente il **20,2%**, con un aumento dei procedimenti civili dal 12,8% dello scorso anno. Il ricorso alla **mediazione** è **rimasto stabile**, raggiungendo il **4%**.

**Grafico 2.6** Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento



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 2019** — in cui si registra una percentuale del 18,4% degli stessi — seguito da valori in costante diminuzione.

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



Come già osservato nelle precedenti edizioni del MedMal Report — e 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** (3,7 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	3,7
Mediazione	2,5
Stragiudiziale	2,5

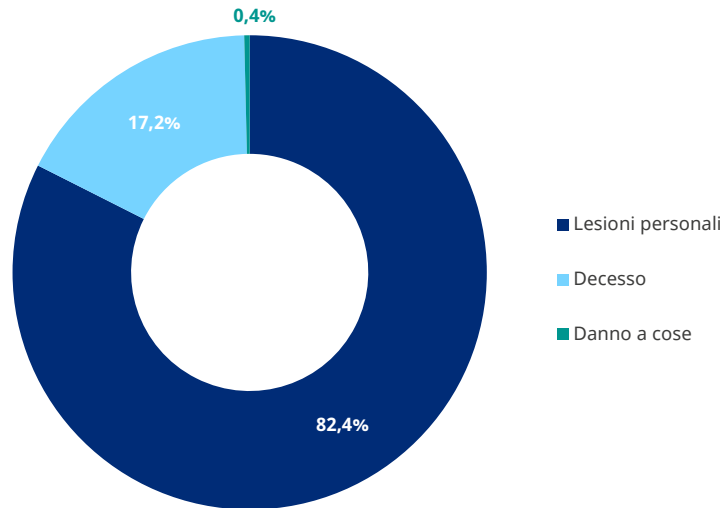




2.4 Tipologie di danno

Come sottolineato in premessa, l’obiettivo del MedMal Report è analizzare i sinistri connessi alla 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 0,4% 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 dieci 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 personali	2,4	2,7
Decesso	2,2	3,5



## 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 e 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 termini di qualità e sicurezza.

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*”<sup>2</sup> è una **componente non eliminabile**. Per questi motivi è quanto mai opportuno utilizzare tutti gli strumenti a disposizione affinché gli eventi siano quantomeno **prevedibili 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, come tra l’altro precisa l’**Art. 1 della Legge 24/2017**. 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 sinistri

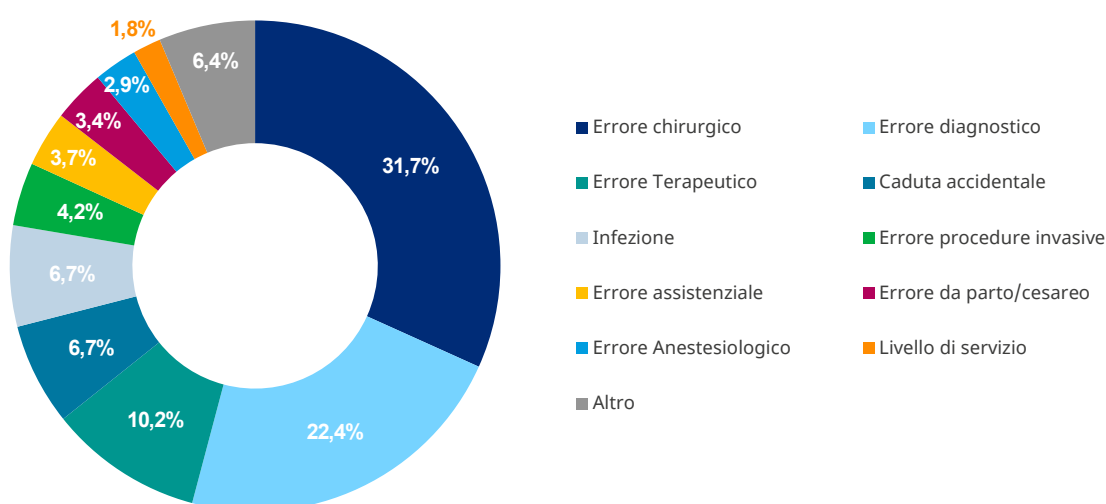
Classificazione evento	Descrizione
Aggressione	Qualsiasi tipo di violenza, fisica e/o verbale, a danno di paziente da chiunque (operatore sanitario, altro paziente, familiare, visitatore) compiuta all’interno di strutture sanitarie.
Autolesione/suicidio	Atti auto lesivi, tentato suicidio, suicidio del paziente all’interno della struttura sanitaria.
Caduta accidentale	Caduta di paziente all’interno della struttura sanitaria (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 anestesilogico	Eventi avversi strettamente legati alle procedure anestesilogiche che causano morte o grave danno 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.
Malf funzionamento macchinari, dispositivi o materiali	Eventi avversi legati al malf funzionamento 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 e infezioni (6,7%); errori connessi a procedure invasive e assistenziali (4%); errori da parto/cesareo (3,4%).

Nella voce "Altro" (6%) sono incluse tutte le tipologie di danno con un valore inferiore all'1,5% sul totale dei sinistri.

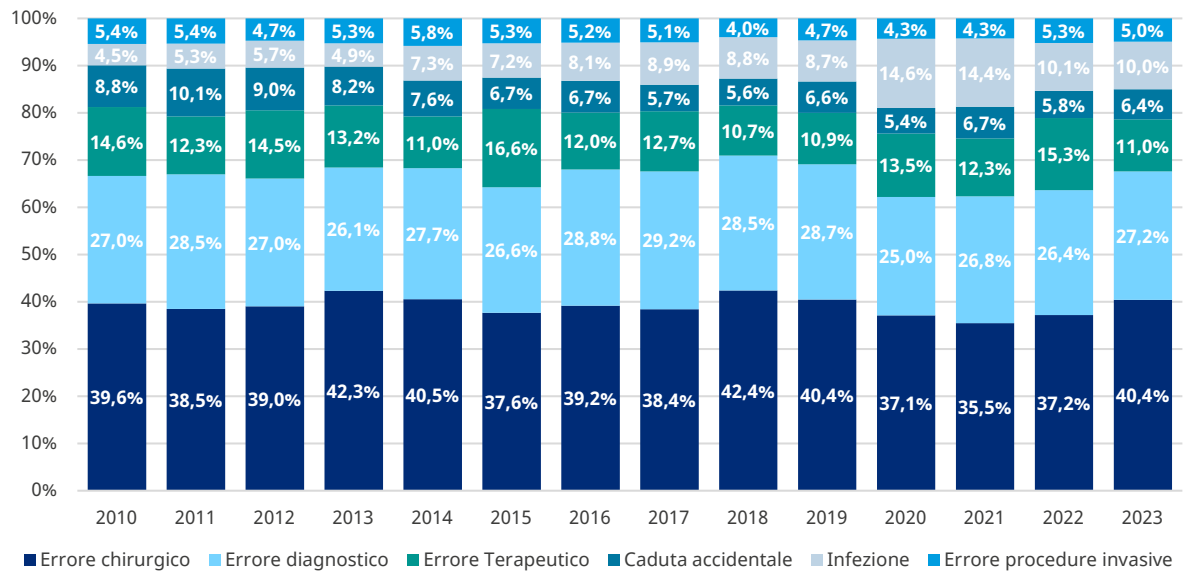
**Grafico 2.9** Distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato





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



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 delle infezioni e degli errori terapeutici (quali errori afferenti all'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 (ICA) sono soggette a tempistiche di denuncia e chiusura maggiori rispetto alla media e rispetto agli altri errori. Il fenomeno delle ICA verrà trattato in modo più dettagliato con un apposito approfondimento nel capitolo 4 del 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	2,0
Errore procedure invasive	1,5	2,7
Errore diagnostico	2,1	2,9
Errore terapeutico	2,3	3,1
Errore chirurgico	2,8	2,9
Infezione	3,2	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.

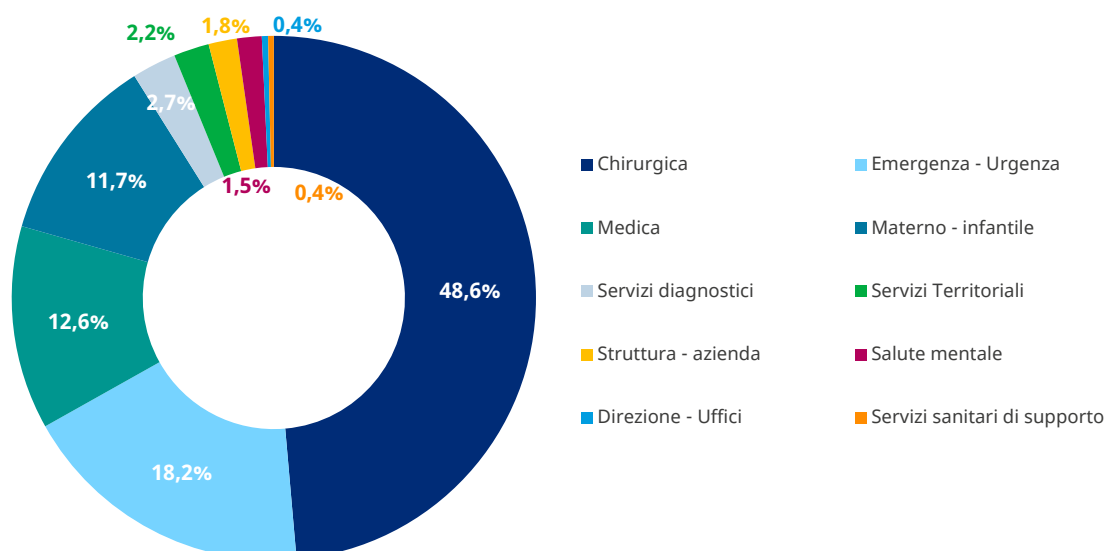
Di seguito la suddivisione proposta:

**Tabella 2.5** Suddivisione delle Unità Operative in aree di rischio

<b>Chirurgica</b>	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.
<b>Direzione - Uffici</b>	Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa.
<b>Emergenza - urgenza</b>	Anestesia, Rianimazione, T.I., Chirurgia d'urgenza, DEA/ Pronto Soccorso, Medicina d'urgenza, Ssuem 118.
<b>Materno - infantile</b>	Ostetricia e ginecologia, Pediatria, Neonatologia e TIN, Chirurgia pediatrica, Oncoematologia pediatrica.
<b>Medica</b>	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.
<b>Salute mentale</b>	Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria.
<b>Servizi diagnostici</b>	Altri servizi diagnostico-terapeutici, Anatomia e istologia patologica, Laboratorio analisi, Radiologia e diagnostica per immagini.
<b>Servizi sanitari di supporto</b>	Altri servizi di supporto sanitari.
<b>Servizi territoriali</b>	Centro Vaccinale, Day Hospital/Day Surgery, RSA - ADI - Lungodegenza, Servizi di Assistenza Territoriale/MMG.
<b>Struttura - azienda</b>	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



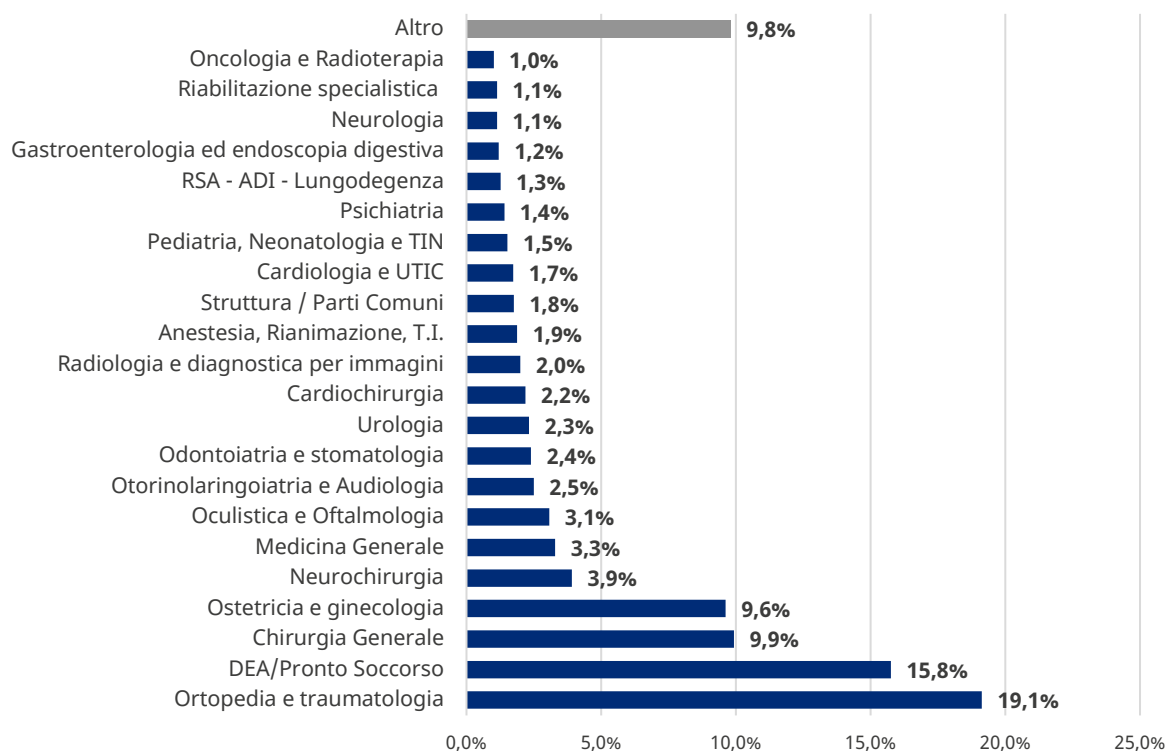
## 2.7 Unità operative

Un ulteriore approfondimento realizzato nel Report è relativo alle 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. La profilazione del rischio per Unità Operativa consente una diffusione capillare della cultura del rischio promuovendo atteggiamenti e comportamenti che incidono sul grado di consapevolezza, sull'assunzione e gestione dei rischi, nonché sulle attività di controllo. Ciò permette al Top Management di individuare e rendere prioritari interventi su Unità Operative che maggiormente necessitano di azioni di gestione e mitigazione dei rischi.

In linea con quanto riportato nelle precedenti edizioni del MedMal Report, anche quest'anno **l'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia**, con una percentuale pari al **19,1% 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 15,8% di richieste di risarcimento; Chirurgia Generale in aumento, con quasi il 10%, e Ostetricia e Ginecologia con il 9,6%.

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 Vascolare, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica, Pneumologia, fisiologia e fisiopatologia respiratoria, Centro Vaccinale, Nefrologia e Dialisi, Chirurgia pediatrica, Dermatologia - Allergologia, Ssuem 118, Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa, Chirurgia Toracica, Laboratorio analisi, Reumatologia E Geriatria, Altri servizi di supporto sanitari, Malattie Infettive e Tropicali, Ematologia - Immunoematologia, Servizi di assistenza territoriale/MMG, Medicina Trasfusionale, Anatomia e istologia patologica, Diabetologia - Endocrinologia, Medicina d'Urgenza, Neuropsichiatria Infantile, Altri servizi diagnostico-terapeutici, Day Hospital/Day Surgery, Oncoematologia Pediatrica e Chirurgia d'Urgenza.

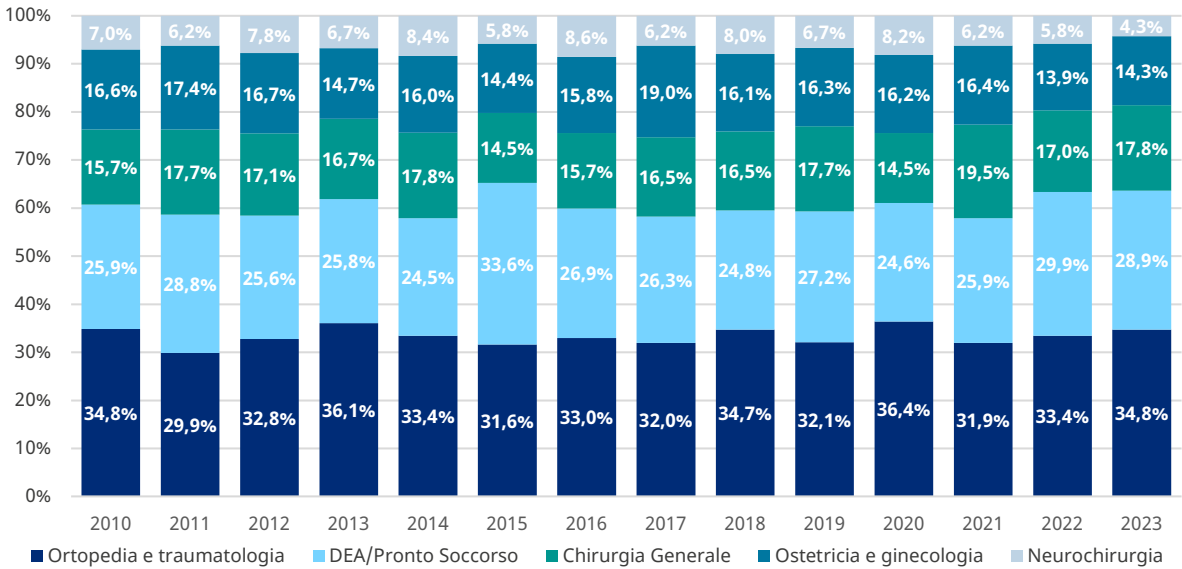




Analogamente a quanto osservato in occasione dell’analisi degli eventi denunciati, è stato analizzato l’**andamento temporale per anno di denuncia delle 5 Unità Operative maggiormente coinvolte** nelle richieste di risarcimento danni, che rappresentano quasi il 60% dei sinistri.

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		Ortopedia e traumatologia	
Errore chirurgico	61,04%	Errore chirurgico	60,43%
Errore diagnostico	8,94%	Infezione	11,18%
Infezione	8,49%	Errore diagnostico	9,76%
Errore anestesilogico	4,89%	Errore terapeutico	8,73%
Errore terapeutico	4,47%	Caduta accidentale	1,72%
Caduta accidentale	3,19%	Errore anestesilogico	1,65%
Errore procedure invasive	2,90%	Altro	6,53%
Errore assistenziale	1,70%		
Altro	4,39%		

**Ostetricia e ginecologia**

Errore da parto/cesareo	36,51%
Errore chirurgico	29,15%
Errore diagnostico	15,21%
Errore terapeutico	4,16%
Errore procedure invasive	3,14%
Infezione	2,63%
Errore anestesilogico	2,04%
Errore assistenziale	1,53%
Altro	5,61%

**Neurochirurgia**

Errore chirurgico	67,05%
Infezione	10,39%
Errore diagnostico	6,82%
Errore terapeutico	5,35%
Errore anestesilogico	2,10%
Altro	8,29%

**DEA/Pronto soccorso**

Errore diagnostico	64,35%
Errore terapeutico	18,00%
Errore assistenziale	4,61%
Caduta accidentale	4,30%
Errore procedure invasive	1,92%
Livello di servizio	1,87%
Infezione	1,77%
Altro	3,19%

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

Le tabelle riportate fanno tesoro di molte informazioni. Ad esempio si noti come, per le **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 oltre l'11% nella UO di Chirurgia Generale.

Relativamente a **Ostetricia e Ginecologia**, invece, gli **errori da parto** risultano essere **la prima fonte di rischio con il 36,5% 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.



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)
Ortopedia e traumatologia	2,7	2,7
Chirurgia generale	2,9	2,8
DEA/Pronto soccorso	1,4	2,8
Ostetricia e ginecologia	3,0	3,1
Neurochirurgia	3,3	3,4



# 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 è, infatti, 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 2013 al 2023**, si noti come il **costo totale dei sinistri è pari a circa 1 miliardo e 432 milioni di euro**, di cui il 46% si riferisce ad importi liquidati al danneggiato o suoi aventi diritto.

Il **costo medio per sinistro** risulta leggermente superiore rispetto a quanto calcolato nella scorsa edizione del Report, raggiungendo quasi i **€ 128.000 per singola pratica**. Il **liquidato medio** è di circa **€ 114.000, in aumento** rispetto alla 14° pubblicazione (€ 96.000 ca.).

**Tabella 3.1** Analisi economica — dati generali

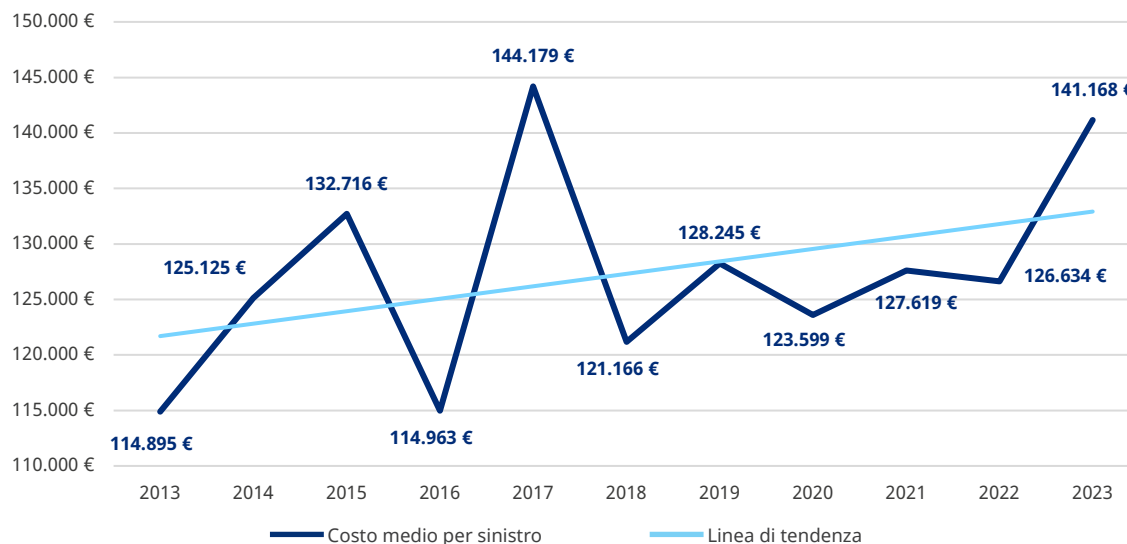
<b>Costo totale dei sinistri</b>	1.431.777.554 €
<b>Riservato totale</b>	773.633.161 €
<b>Liquidato totale</b>	658.144.393 €
<b>Costo medio per sinistro</b>	127.940 €
<b>Riservato medio per sinistro</b>	142.631 €
<b>Liquidato medio per sinistro</b>	114.122 €
<b>Costo medio annuo</b>	130.161.596 €
<b>Costo medio annuo per struttura</b>	1.977.593 €

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**, con un picco nel 2017 e raggiungendo i € 141.000 nell'ultima annualità.

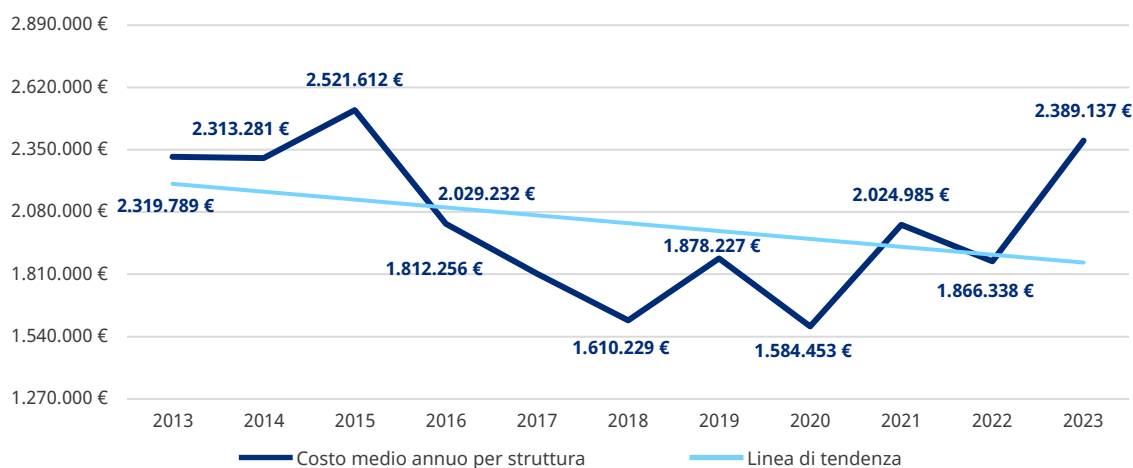
**Grafico 3.1** Andamento del costo medio dei sinistri per singola pratica per anno di denuncia



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 diminuisse in termini di frequenza, fenomeno 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 **impatto sul campione complessivo**, sia in termini di frequenza sia di perdite economiche.

Le fasce identificate sono le seguenti:

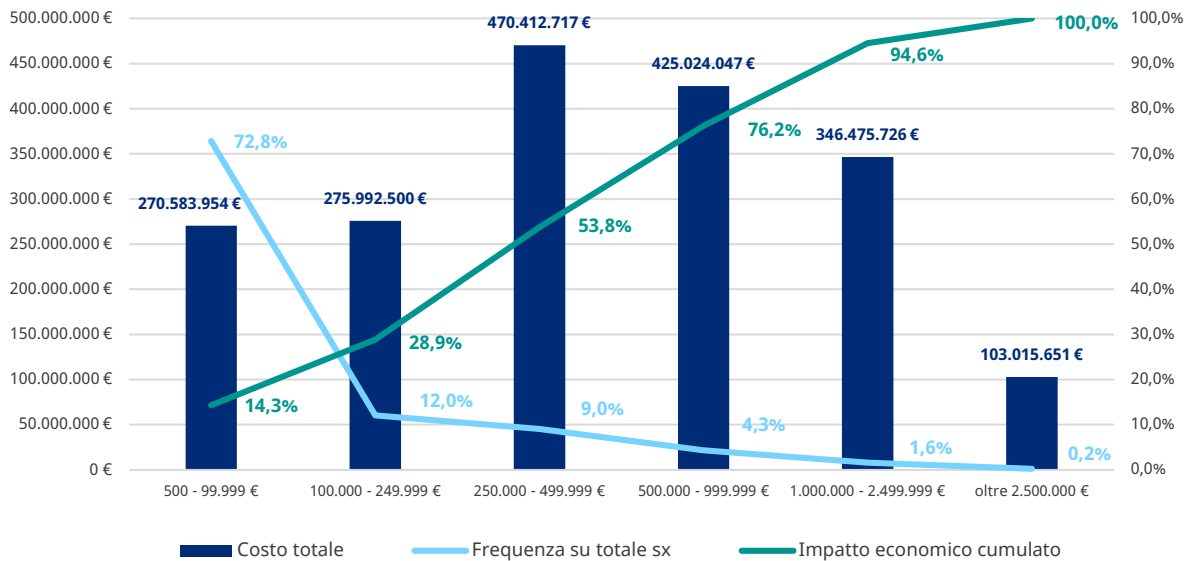
- Costo inferiore a € 100.000;
- Costo compreso fra € 100.000 e € 250.000;
- Costo compreso fra € 250.000 e € 500.000;
- Costo compreso fra € 500.000 e € 1.000.000;
- Costo compreso fra € 1.000.000 e € 2.500.000;
- Costo superiore a € 2.500.000.

**Tabella 3.2** Fasce di costo e impatto economico/di frequenza

Fascia di costo	Frequenza sul totale dei sinistri	Impatto economico
€ 500 – 99.999	72,8%	14,3%
€ 100.000 – 249.999	12,0%	14,6%
€ 250.000 – 499.999	9,0%	24,9%
€ 500.000 – 999.999	4,3%	22,5%
€ 1.000.000 – 2.499.999	1,6%	18,3%
oltre € 2.500.000	0,2%	5,4%

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



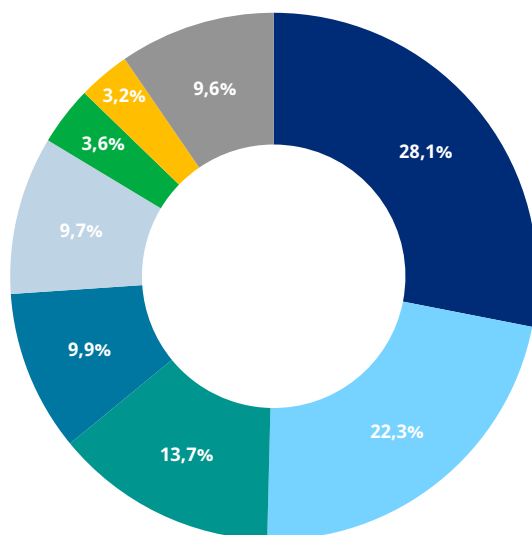
Entrando nel merito degli **eventi denunciati**, si è posta attenzione all'incidenza degli stessi sul costo totale dei sinistri, con lo scopo di individuare **le principali fonti di rischio** non solo per frequenza di accadimento ma anche per impatto economico.

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

- Errori chirurgici (28,1%);
- Errori diagnostici (22,3%);
- Errori da parto (13,7%).

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 **maggior incidenza in termini di frequenza**. Fanno eccezione gli errori da parto, che incidono in misura percentualmente ridotta sull'analisi delle frequenze dei sinistri (il 3,4%), 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 \*



- Errore chirurgico
- Errore Diagnostico
- Errore da parto/cesareo
- Infezione
- Errore Terapeutico
- Errore procedure invasive
- Errore assistenziale
- Altro

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

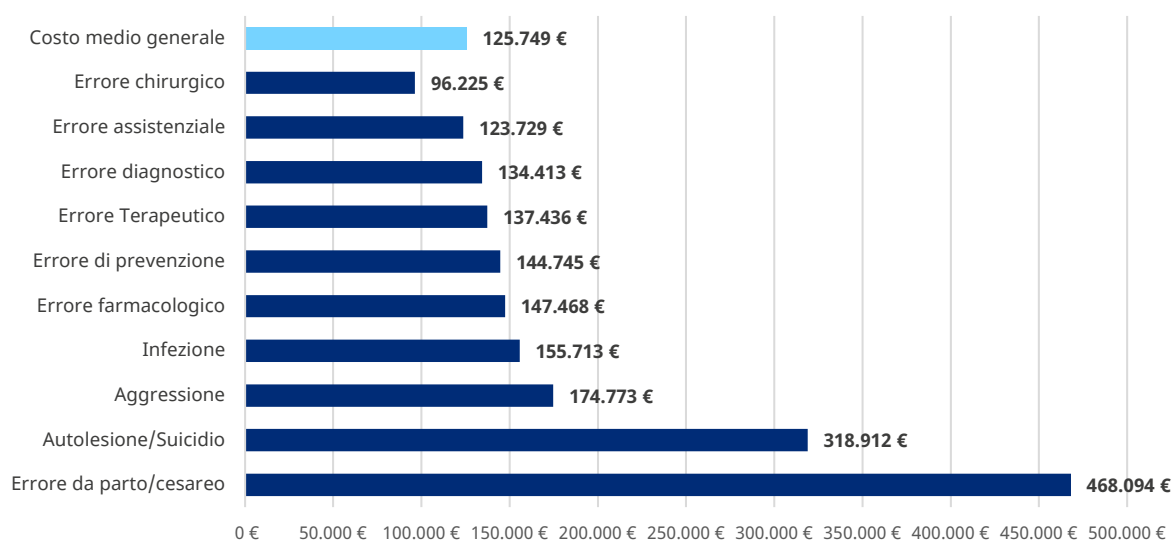


Il grafico sul **costo medio dei sinistri per le principali fonti di errore** (Grafico 3.5) riporta un valore generale di **oltre € 125.000 a pratica**. Significativi scostamenti possono essere giustificati dalla tipologia di soggetti coinvolti e dalla gravità dell'evento occorso. È ciò che avviene negli **errori da parto** che spiccano con un **importo medio di quasi € 470.000** o negli **errori chirurgici** che pur avendo una frequenza elevata (31,7%) presentano costi più contenuti ed inferiori alla media.

Per quanto attiene gli **atti autolesivi e suicidari**, il costo medio è pari a € 318.912 con una frequenza di accadimento dello 0,66%. Si tratta di valori in linea 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.

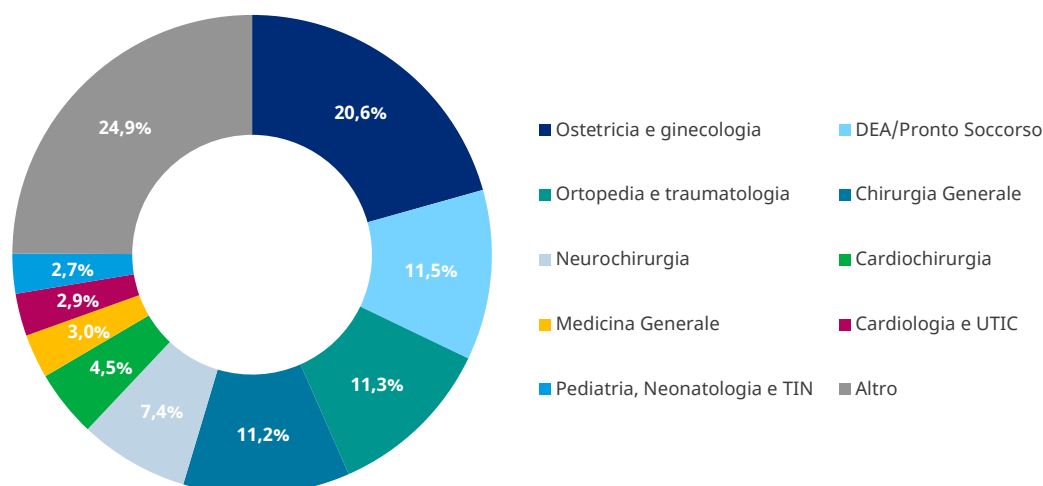
Infine, si è voluto evidenziare come le **aggressioni** siano la terza principale fonte di rischio in termini di costo medio, con oltre € 174.000. Questo argomento, di grande attualità nell'ambito sanitario, verrà approfondito nel Capitolo 4 con un focus apposito.

**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 20,6% di incidenza sul costo totale ed una frequenza del 9,6%. Seguono **DEA/Pronto Soccorso** che assorbe circa il 11,5% dei costi e presenta il 15,8% di frequenza; **Ortopedia e Traumatologia** con l'11,3% di costi ed il 19,1% di frequenza; **Chirurgia Generale**, con un impatto sul costo totale in aumento all'11,3% ed una frequenza di quasi il 10%.

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



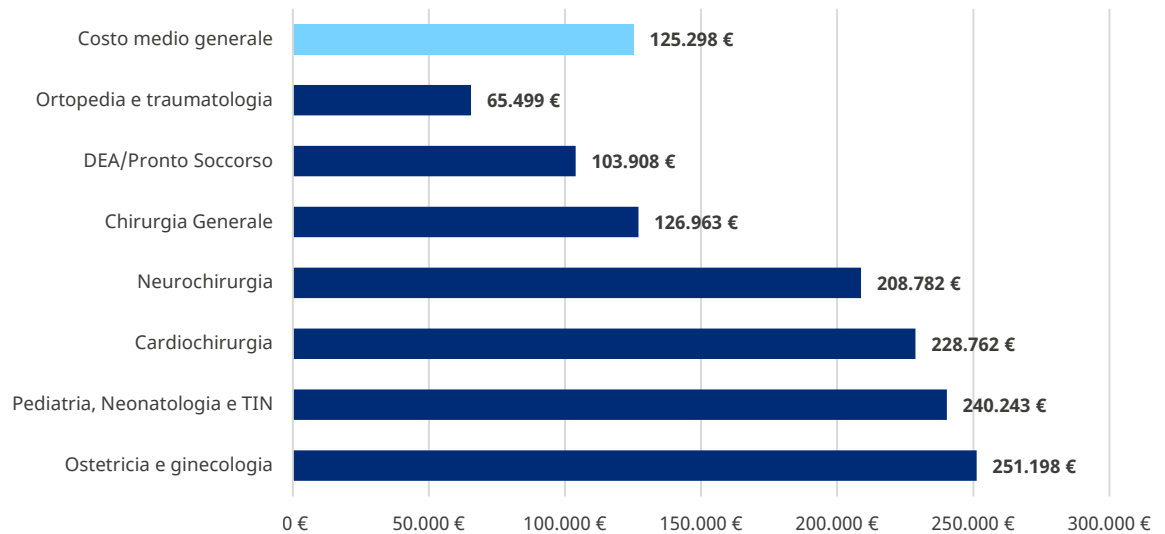
\*NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 2%.



Analizzando i **costi medi per sinistro nelle principali Unità Operative**, si evidenzia come i **costi medi più elevati** appartengano all'**Area Materno-infantile**: Ostetricia e Ginecologia e Pediatria, Neonatologia e TIN registrano importi nettamente superiori alla media, rispettivamente di € 251.000 ed € 240.000.

Analogo discorso vale per l'UO di Neurochirurgia che presenta un costo medio di € 208.000, pur con una frequenza di sinistri pari al 3,9% e l'UO di Cardiocirurgia, con una frequenza del solo 2,2% ma un costo medio di quasi € 230.000. **Chirurgia Generale, Pronto Soccorso e Ortopedia e Traumatologia**, sebbene abbiano una **elevata frequenza** di sinistri (complessivamente rappresentano il 44,8%), si assestano su **valori più contenuti** rispetto al costo medio complessivo.

**Grafico 3.7** Costo medio per sinistro per le principali UO

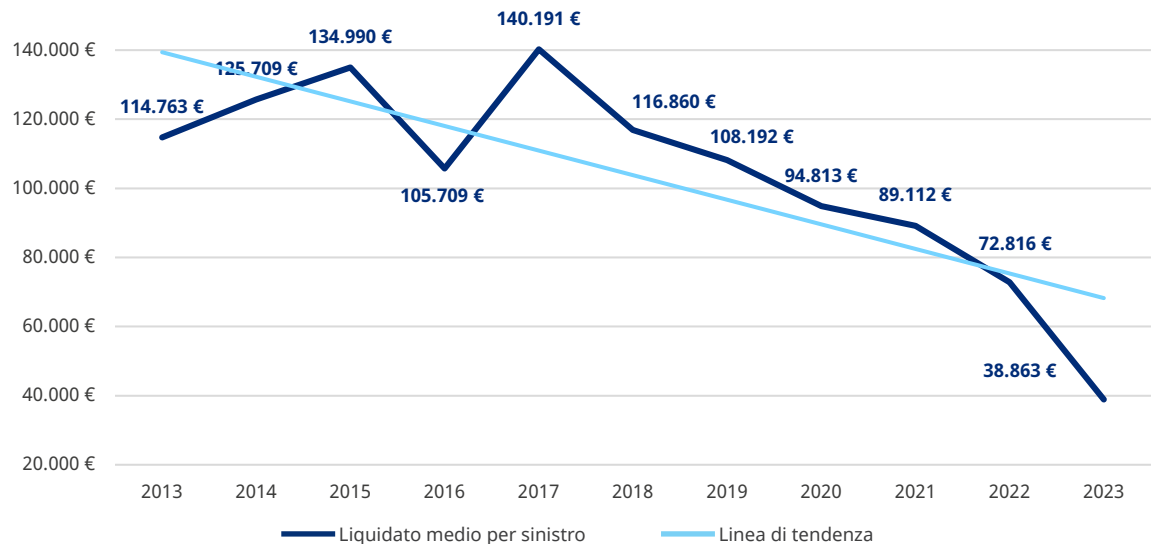


### 3.2 Importo liquidato

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 € 114.122**, in aumento rispetto alla precedente edizione.

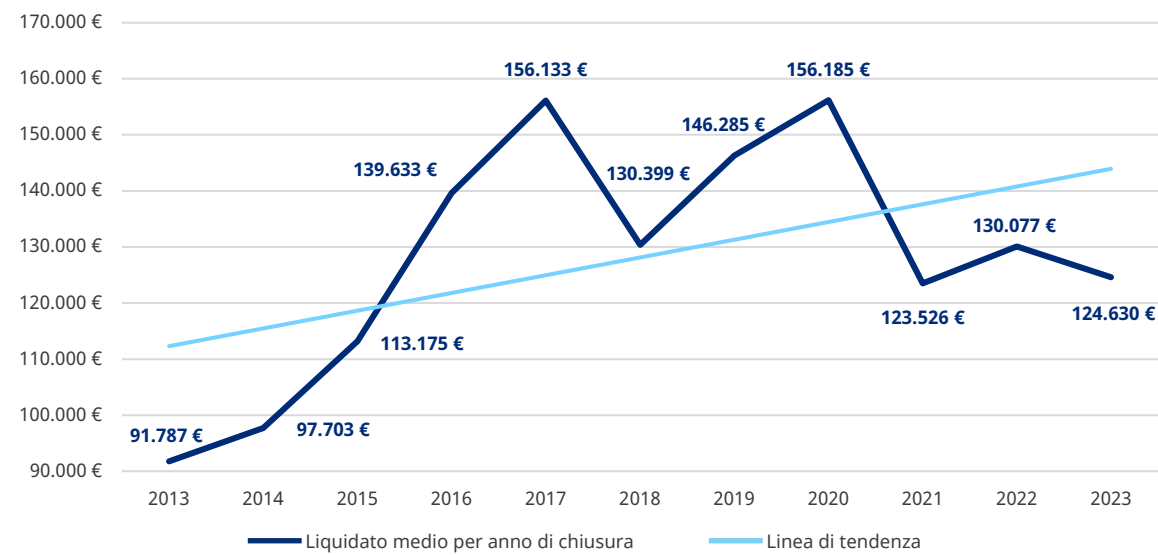
Il grafico sottostante ne illustra l'andamento **per anno di denuncia** dal 2013 al 2023, ed evidenzia una **tendenza in diminuzione**, dovuta in parte alla **maggiore velocità di liquidazione di sinistri con importi inferiori** (cfr. Tabella 3.3) e in parte alla presenza di **posizioni ancora aperte**, 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 rispetto alla media, associato agli anni 2021, 2022 e 2023, 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.

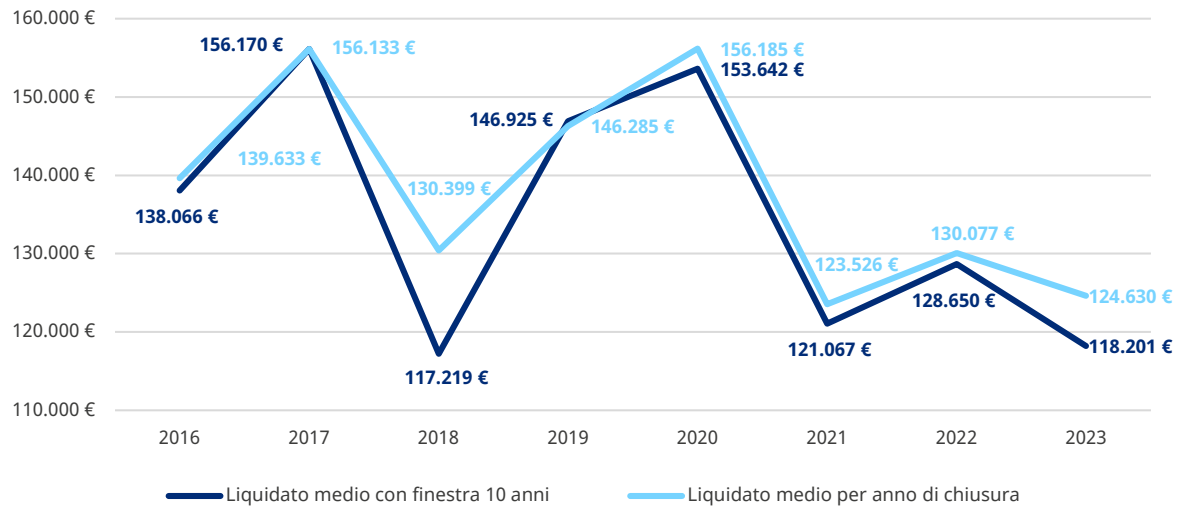
**Tabella 3.3** Tempi medi di liquidazione delle pratiche per fasce di importo

Campione	Tempo medio di chiusura dei sinistri (considerando l'anno di chiusura)
Tutti i sinistri	2,8
Sinistri > 250.000 €	3,5
Sinistri > 500.000 €	3,8
Sinistri > 1.000.000 €	4,3



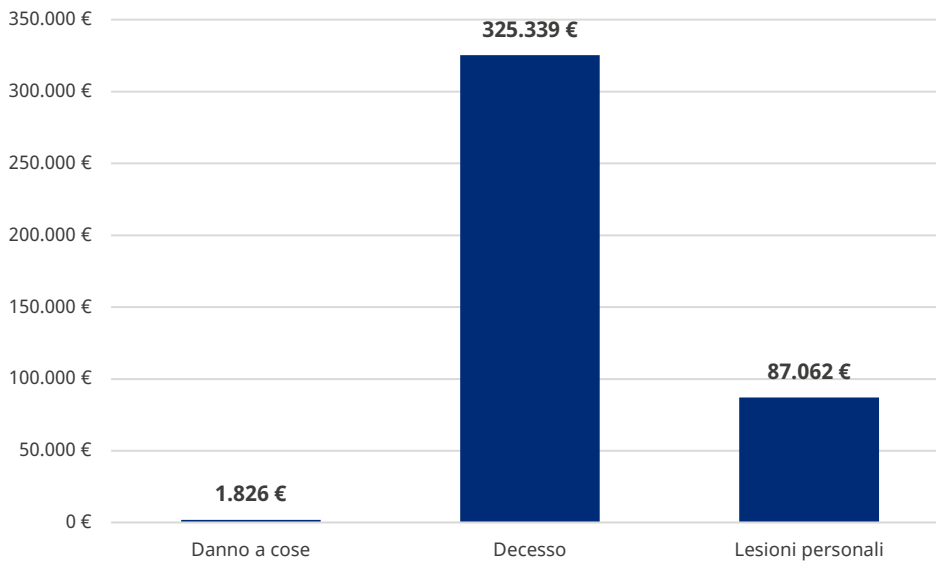
In linea con quanto effettuato nelle scorse edizioni, al fine di rendere omogeneo il campione dei sinistri liquidati si è osservato il **liquidato medio per anno di chiusura a parità di retroattività dei sinistri** (con una finestra temporale che include i 10 anni precedenti). In questo modo si è evitato 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 **oltre € 325.000 a pratica**. Per le **lesioni personali**, invece, l'importo è pari a **€ 87.062**, aumentando del 12% rispetto alla scorsa edizione. 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

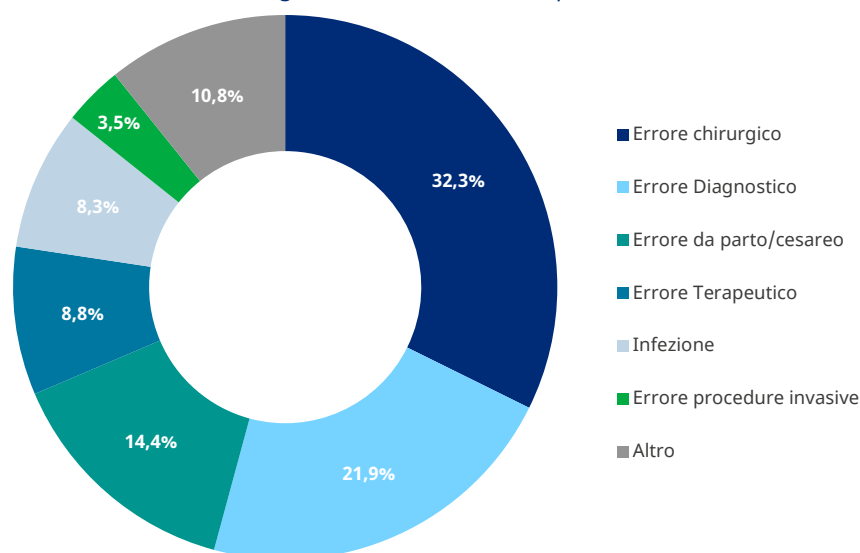




Parallelamente a quanto calcolato per il costo totale, anche per l'analisi degli importi liquidati si è proceduto a verificare l'**impatto economico per le principali tipologie di errore** e per le **principali unità operative**.

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** (32%) seguiti dagli **errori diagnostici** (22%) dagli **errori da parto/cesareo** (14%) e da quelli **terapeutici** (9%).

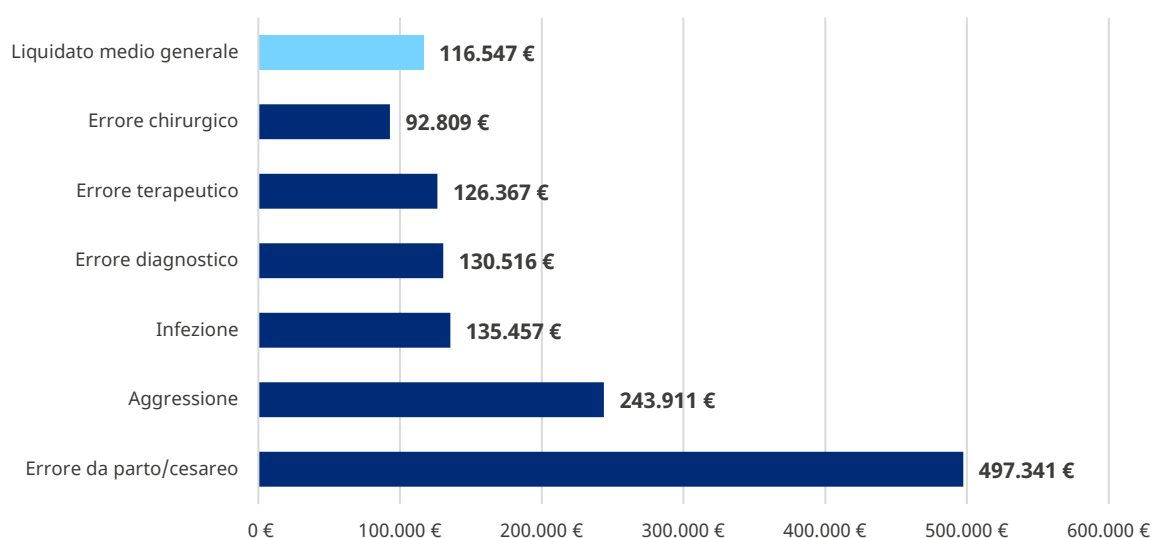
**Grafico 3.12** Incidenza degli eventi denunciati sul liquidato totale



Anche nell'analisi delle somme liquidate, l'**importo medio per sinistro** è più elevato per gli **errori da parto/cesareo**, che **superano i € 497.000**, 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 € 116.000, aggressioni, infezioni ed errori diagnostici e 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.

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

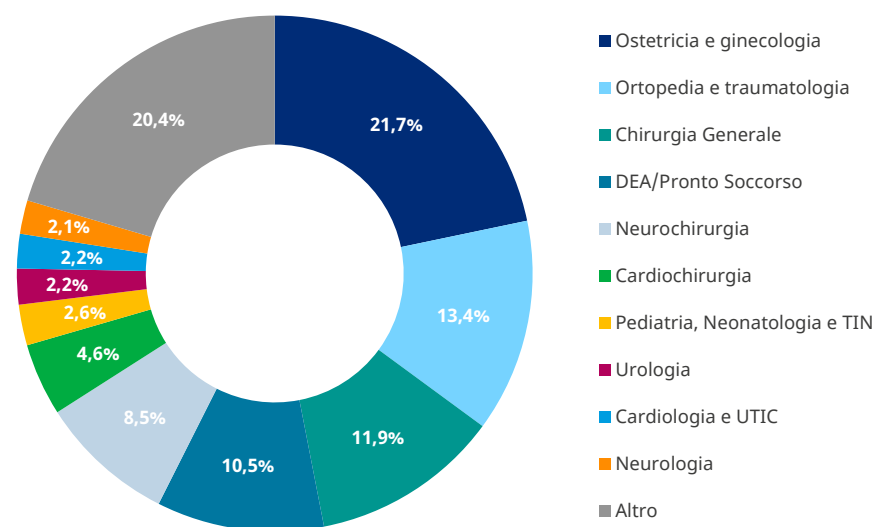


Oltre un quinto del liquidato totale proviene dalla specialità di **Ostetricia e Ginecologia** (21,7%), che si riconferma come una delle **Unità Operativa ad impatto economico più alto anche in termini di esborsi effettivi** (circa € 248.000), in linea con quanto osservato nelle precedenti edizioni del Report.

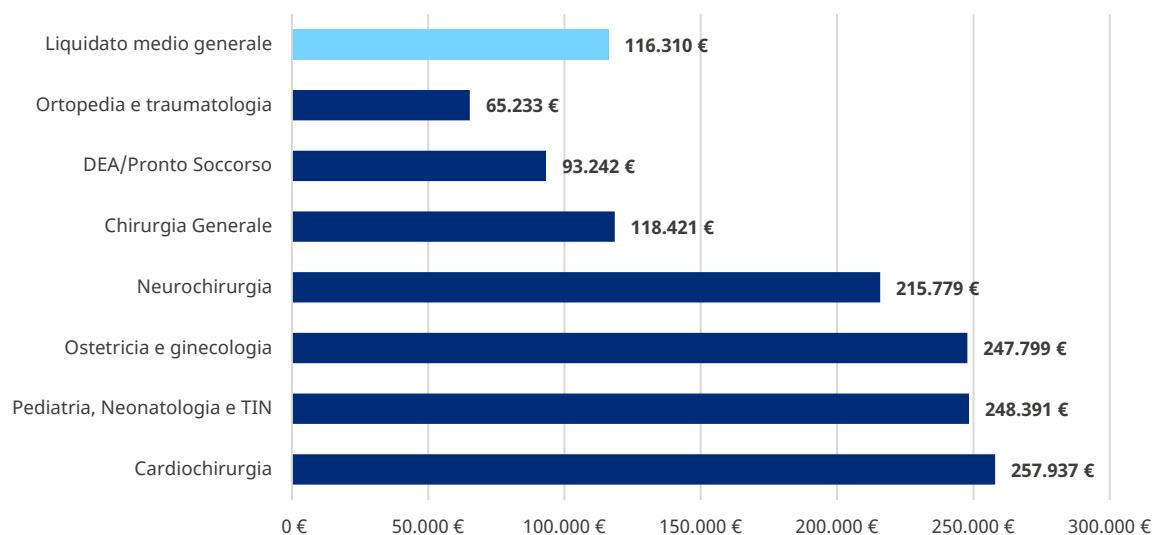
Seguono per incidenza sul totale dei sinistri liquidati le tre principali Unità Operative chirurgiche già osservate in precedenza: il Pronto Soccorso, Ortopedia e Traumatologia e Chirurgia Generale, con un impatto tra il 13,4% e il 10,5%.

Si noti come le Unità Operative di Neurochirurgia e di Cardiochirurgia incidano sul liquidato totale per l'8,5% e il 4,6%, ma con valori medi elevati, rispettivamente di € 215.779 e € 257.937.

**Grafico 3.14** Incidenza delle Unità Operative sul liquidato totale



**Grafico 3.15** Liquidato medio per sinistro per le principali Unità Operative



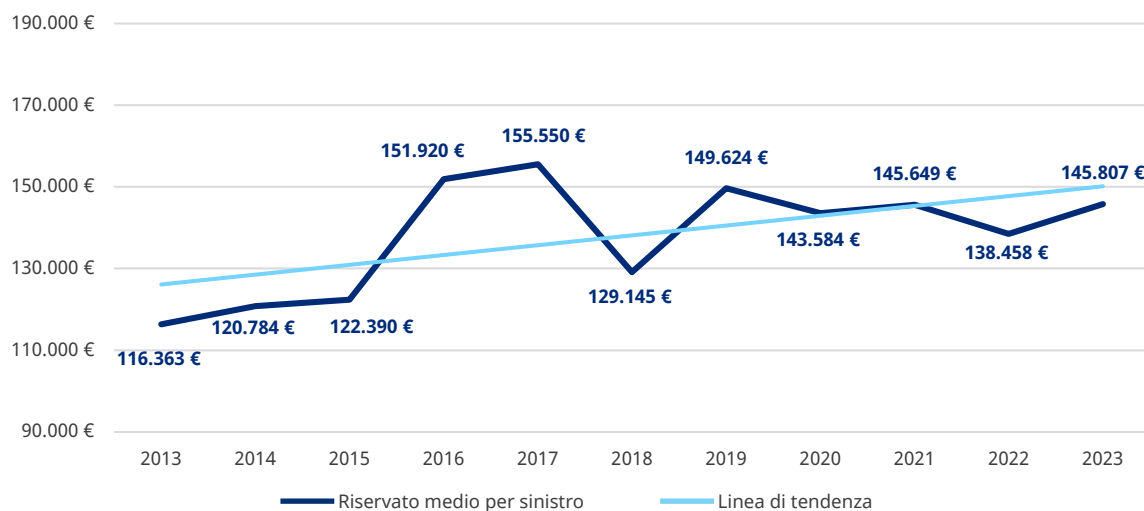
NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 2%.



### 3.3 Importo riservato

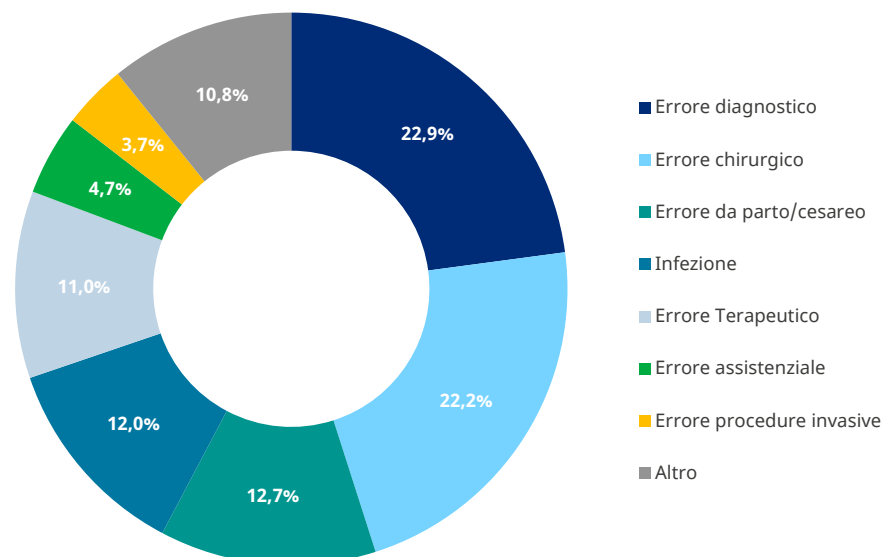
Il presente paragrafo analizza le **somme allocate a riserva** per i sinistri ancora aperti. In linea generale si conferma il **trend in lieve crescita** osservato sul campione Medmal negli anni, con un importo riservato medio per sinistro pari a **€ 142.631**.

**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 (22,9%), chirurgico (22,2%), e da parto/cesareo (12,7%). Emerge invece un maggiore peso di infezioni, che incidono sul riservato con il 12%, e di errori terapeutici, che si attestano all'11%.

**Grafico 3.17** Incidenza degli eventi denunciati sul riservato totale



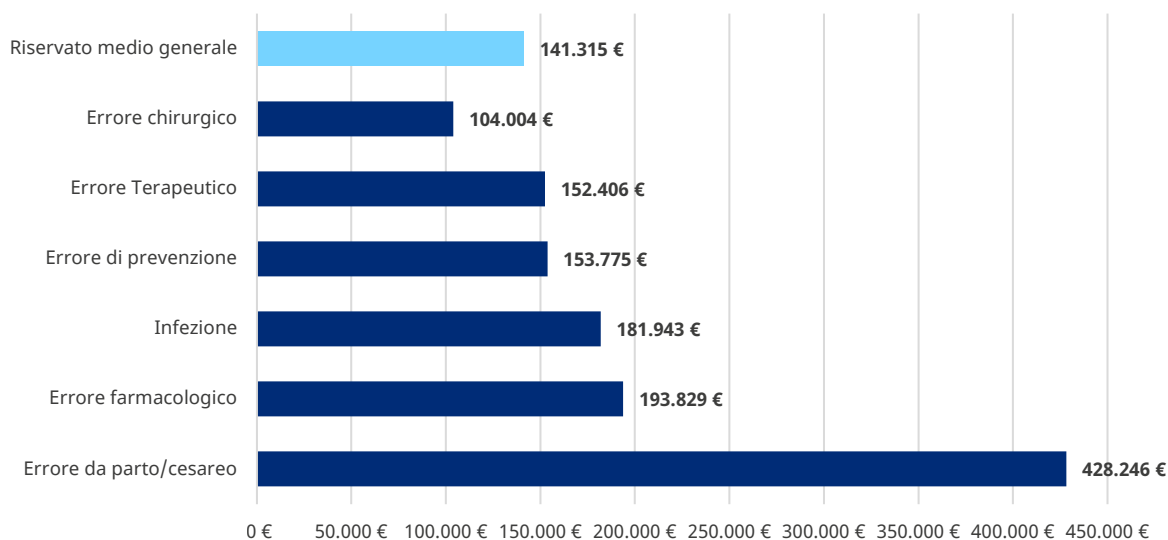
NOTA METODOLOGICA: nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 2,5%.





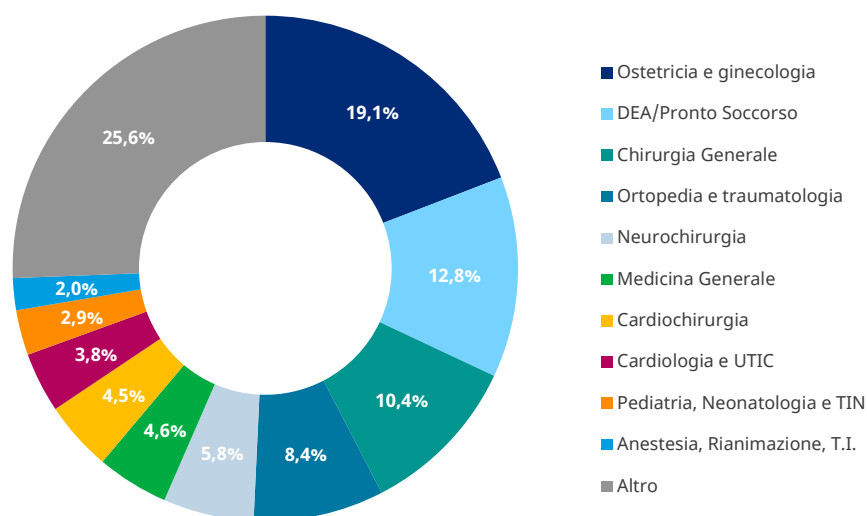
Il grafico sul **riservato medio** dei sinistri per le principali fonti di errore (Grafico 3.18) riporta un valore generale di circa **€ 141.000 a pratica**. Agli **errori da parto** corrisponde l'**importo riservato medio più elevato** e pari a € 428.246. Si noti come, per questa tipologia di errore, a fronte di un riservato di quasi € 430.000 corrisponda un **liquidato medio di oltre € 495.000** (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). Rispetto a quanto osservato nel capitolo 2 (cfr. Grafico 2.6), infatti, ove il ricorso all'autorità giudiziaria incide per il 20,2% sul campione totale, per gli errori da parto si ricorre ad una chiusura in giudizio nel 26,6% 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 oltre il 19% del campione, seguita dal DEA/Pronto Soccorso (12,9%) e dalla Chirurgia Generale (10,4%). Da notare l'UO di **Ortopedia e Traumatologia** che, pur con un'incidenza dell'8,4% sul riservato totale, si posizionava al secondo posto nel Grafico 3.14, gravando per il 13,4% del liquidato.

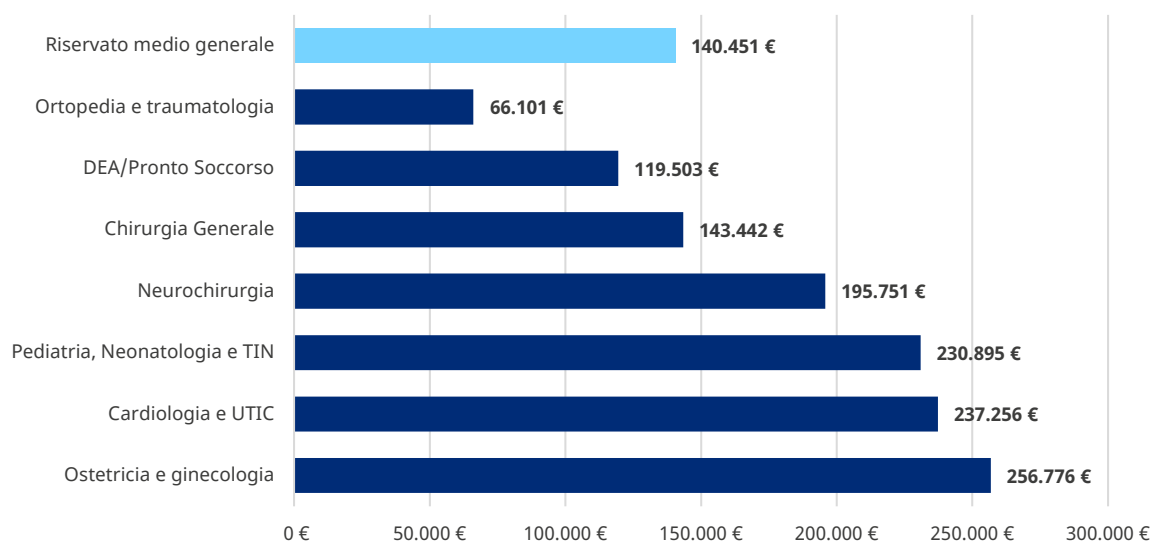
**Grafico 3.19** Incidenza delle Unità Operative sul riservato totale



L'analisi del **riservato medio per Unità Operativa** ricalca all'incirca il valore medio liquidato per la maggior parte delle UUOO selezionate; emerge infatti come tra le attività più dispendiose ci sia Ostetricia e Ginecologia, con un riservato medio di quasi € 260.000 (in rapporto di un liquidato medio di circa € 250.000).

I sinistri MedMal di Neurochirurgia vengono riservati in media a € 195.750, ma si liquidano importi mediamente superiori (circa € 216.000). 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



### 3.4 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.

Contrariamente a quanto emerso nella scorsa Edizione, queste strutture risultano prevalere anche in termini di **importo liquidato e riservato medio**.

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

Tipologia struttura	Costo medio per sinistro	Liquidato medio per sinistro	Riservato medio per sinistro
Primo Livello	113.466 €	97.782 €	123.604 €
Secondo livello	123.109 €	113.567 €	141.222 €
Universitario e IRCCS	164.737 €	176.056 €	150.512 €

### 3.5 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 **6,1% del totale**, mentre il loro **impatto** sul costo è del **46,2%**, entrambi in aumento rispetto alla scorsa edizione.

**Tabella 3.5** Top Claims — dati generali

<b>N. RRD</b>	920
<b>Costo totale</b>	874.515.425 €
<b>di cui riservato</b>	306.914.146 €
<b>di cui liquidato</b>	567.601.279 €

Suddividendo i Top Claims per **fasce di costo** notiamo come la maggior parte di essi, il 70,2%, possa essere collocato nella prima fascia (500.00 € – 999.999 €). Soltanto **12 richieste** risarcitorie su tutto il campione hanno generato costi con **importi superiori ai 3 milioni di euro**.

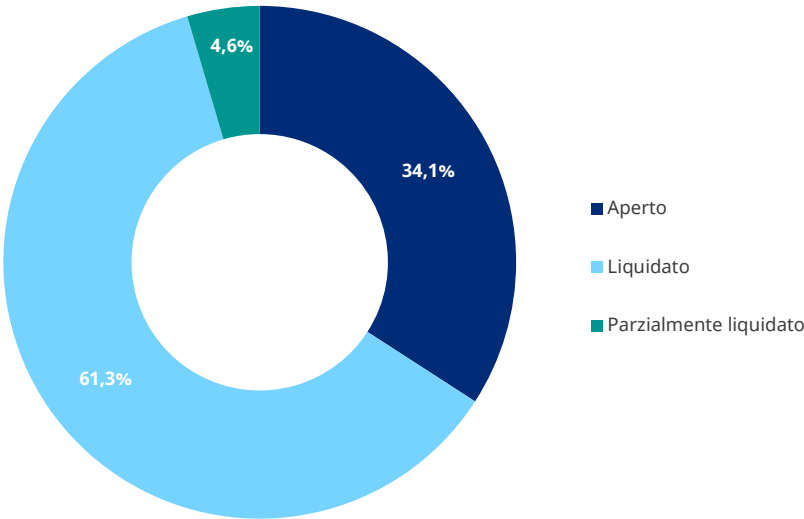
**Tabella 3.6** Distribuzione dei Top Claims per fasce di costo

Fascia di costo	Numero Sinistri	% sul totale Top Claims
€ 500.000 – 999.999	646	70,2%
€ 1.000.000 – 1.999.999	213	23,2%
€ 2.000.000 – 2.999.999	49	5,3%
oltre € 3.000.000	12	1,3%



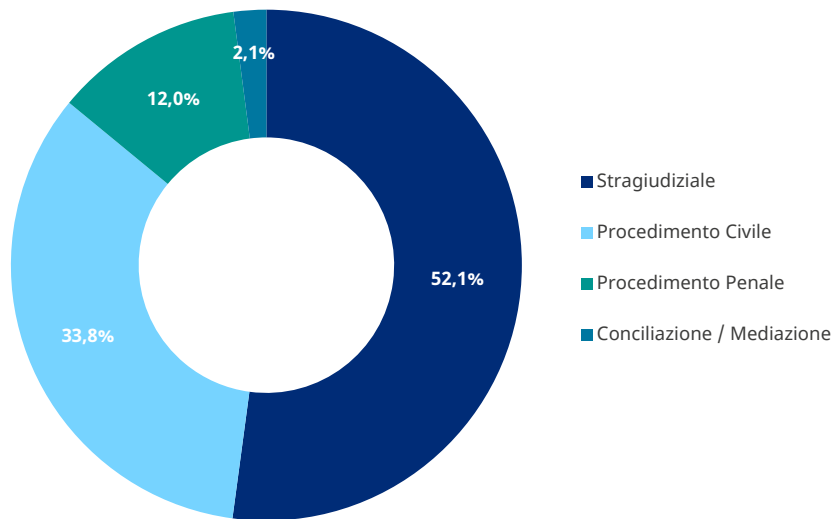
La distribuzione per stato delle pratiche dei sinistri Top Claims presenta lievi differenze con quanto osservato nella precedente edizione del MedMal Report. In particolare, i **sinistri aperti**, che nella scorsa edizione costituivano quasi il 37% del campione, hanno registrato un **calo di circa 3 punti percentuali** in favore delle posizioni liquidate, che dal 56% hanno raggiunto il 61%.

**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 34% dei Top Claims (ricordiamo che i procedimenti civili pesano per il 14,1% sul totale dei sinistri, come analizzato nel Grafico 2.6). Anche i **procedimenti penali** si differenziano dalle analisi condotte nel capitolo 2: per i Top Claims, pesano per il 12%, mentre normalmente i procedimenti penali riguardano il 6,1% del totale dei sinistri (cfr. Grafico 2.6). Ciò a discapito dei meno complessi procedimenti stragiudiziali e delle mediazioni.

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



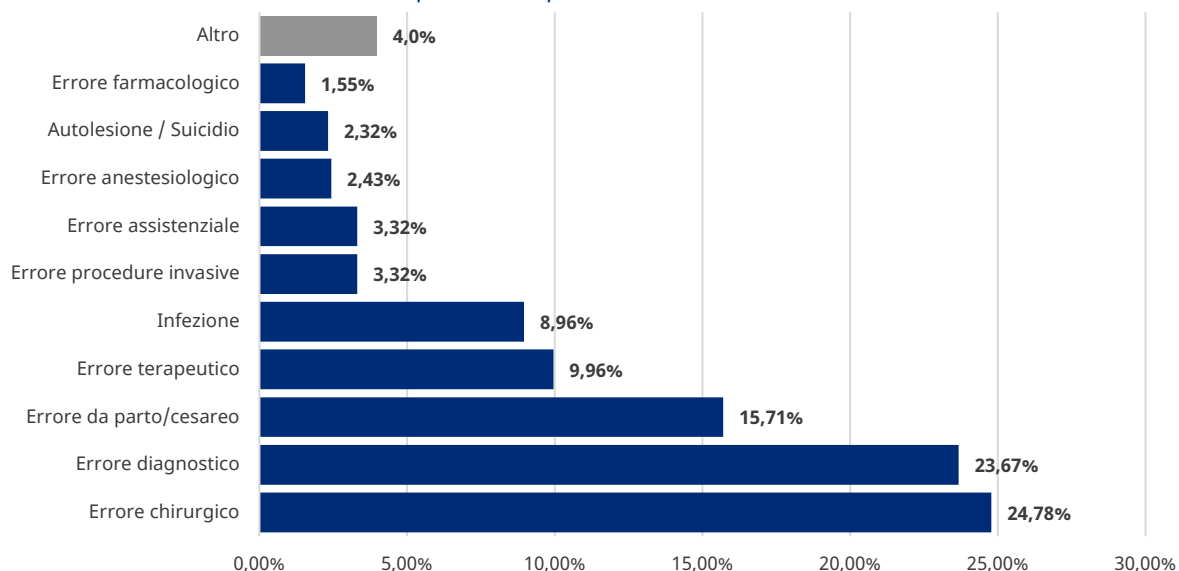
Osservando le **tipologie di lesioni** riportate, prevalgono i decessi (50,2%), a discapito delle lesioni personali (49,8%).

**Tabella 3.7** Esito degli eventi avversi

Esito	% Top Claims	% campione analizzato (cfr. Tabella 2.2)
Decesso	50,22%	17,3%
Lesioni personali	49,78%	82,7%

Le fonti di errore principali dei Top Claims sono analoghe a quanto osservato nell'analisi generale, con una prevalenza di errori chirurgici e diagnostici. 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 "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 1,5%.



# Approfondimenti

Il MedMal Report nasce come studio quantitativo e qualitativo delle richieste di risarcimento danni di un campione di Strutture Sanitarie, ponendosi dunque come strumento di supporto aziendale nell'identificazione del profilo di rischio e definizione di strategie di mitigazione finalizzate ad incrementare la sicurezza dei pazienti evitando, altresì, l'aggravio dei costi per i bilanci aziendali. Tale documento si pone anche come strumento di informazione e aggiornamento su tematiche di interesse nazionale che ogni anno, infatti, diventano oggetto di trattazione nel presente capitolo dedicato agli Approfondimenti.

La XV edizione del MedMal Report pone il focus sui seguenti temi:

- **Infezioni correlate all'assistenza (ICA)** — Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono una delle principali sfide per la sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari, nonostante i progressi e i progetti di monitoraggio e miglioramento implementati a livello nazionale e regionale. Le ICA colpiscono pazienti e sistemi sanitari ogni giorno, causando sofferenze, prolungamento della degenza, aumentando i costi dell'assistenza sanitaria e ostacolando gli sforzi per ottenere un'assistenza di alta qualità per tutti. Sono spesso difficili da curare, sono il principale motore della resistenza antimicrobica e causano morti premature e disabilità. 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. Il quadro che emerge con la XV edizione del Report è che le ICA continuano a essere tra gli eventi avversi più frequenti nell'erogazione dei servizi sanitari, impattando in modo significativo anche sui bilanci aziendali. L'obiettivo che il MedMal Report si pone con tale approfondimento 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.
- **Aggressioni** — Le strutture sanitarie, in funzione delle attività svolte, presentano rischi specifici. Le violenze sul luogo di lavoro, soprattutto nel settore sanitario dove gli operatori sono spesso esposti a rischi elevati, rappresentano un problema crescente. In un'ottica di gestione integrata del rischio, 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. Negli anni abbiamo assistito ad una crescente attenzione verso tale rischio. Il Ministero della Salute inserisce tali circostanze tra gli **eventi sentinella**<sup>3</sup>, differenziando la **violenza su operatore** (qualsiasi atto posto in essere da pazienti, da loro parenti o accompagnatori 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) dalla **violenza su paziente** (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); e il 2 ottobre 2024 è entrato in vigore il Decreto-Legge n. 137 che interviene con nuove disposizioni per affrontare in maniera

3 | 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 (Ministero della Salute).



più strutturata ed efficace tale fenomeno, che minaccia la sicurezza fisica e psicologica del personale sanitario. Attesa la crescente attenzione al fenomeno e l'aumento dei casi denunciati, i grafici presentati in tale approfondimento analizzano con maggiore dettaglio i dati relativi ai sinistri aventi ad oggetto violenza verso gli operatori sanitari e verso i pazienti.

- **Fondo rischi e fondo riserva sinistri, Decreto attuativo n.232 Legge 24/2017** — Ufficialmente entrata in vigore il 1° aprile 2017, **la legge Gelli Bianco disciplina la responsabilità sanitaria** in Italia e si occupa anche di temi centrali come la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico. A sette anni dall'entrata in vigore, il 16 marzo 2024 è stato attuato il primo decreto attuativo della legge. Il Decreto attuativo n. 232 della Legge Gelli-Bianco (riferito all'art. 10 comma 6 della legge 24/2017) è relativo al "Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati". Il provvedimento rappresenta il più atteso contributo alla piena implementazione della Legge 24/2017, regolando i meccanismi di garanzia obbligatori per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, con la finalità di preservazione delle risorse e, al tempo stesso, di una più efficace tutela dei danneggiati, che si tratti di professionisti o pazienti. L'approfondimento che la XV edizione del MedMal Report propone verterà su esempi di metodi di calcolo deterministico e metodi stocastici utili a effettuare una stima puntuale delle riserve e una stima probabilistica con dei metodi attuariali funzionali alla costituzione del fondo rischi e fondo riserva sinistri di cui parlano gli artt. 10 e 11 del decreto attuativo n. 232 della legge 24/2017.

## 4.1 Le infezioni correlate all'assistenza

Nell'ultimo decennio, epidemie importanti come il COVID-19 e, più di recente, la malattia virale del vaiolo delle scimmie (mpox), hanno dimostrato come i patogeni inclini alle epidemie possano diffondersi rapidamente negli ambienti sanitari. Questi eventi hanno messo in luce le lacune nei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni esistenti, indipendentemente dalle risorse disponibili.

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano una minaccia quotidiana non solo durante epidemie e pandemie e possono verificarsi **in ogni ambito assistenziale** rappresentando la **complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria**.

Il tema delle ICA è oggetto di notevole attenzione e di ricerche. Uno studio recente dell'OCSE e dell'OMS ha stimato che circa 3,5 milioni di persone in tutto il mondo potrebbero perdere la vita ogni anno fino al 2050 a causa di infezioni correlate all'assistenza. Ciò corrisponde a 4,4 volte i decessi globali attribuibili all'HIV/AIDS e alle malattie sessualmente trasmissibili combinati nel 2021 (tali dati non sono stati pubblicati).

Secondo il **"Global report on infection prevention and control 2024"** pubblicato dall'OMS in media, su 100 pazienti ricoverati in ospedali per acuti, sette pazienti nei paesi ad alto reddito e 15 pazienti nei paesi a basso e medio reddito contrarranno almeno una ICA durante la loro degenza ospedaliera. La più recente indagine sulla prevalenza puntiforme multi-paese condotta nel 2022-2023 in 28 paesi dell'Unione Europea e dello Spazio economico europeo (UE/SEE) e tre paesi/territori dei Balcani occidentali ha stimato che otto pazienti su 100 avevano acquisito almeno una ICA durante la loro degenza ospedaliera in ospedali per acuti.

Tuttavia, vi sono forti prove che una grande percentuale di queste infezioni potrebbe essere prevenuta con misure di prevenzione, permettendo un elevato ritorno sull'investimento. Il secondo rapporto globale sulla prevenzione e il controllo delle infezioni pubblicato dall'OMS forniscono, inoltre, prove aggiornate sui danni causati a pazienti e operatori sanitari dalle infezioni correlate all'assistenza e dalla resistenza antimicrobica presentando un'analisi globale aggiornata dell'implementazione dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni delle strutture sanitarie in tutte le regioni dell'OMS.

Ogni anno, nell'Unione Europea circa **3,2 milioni di pazienti** si ammalano per infezioni contratte durante la permanenza in strutture ospedaliere<sup>4</sup>. 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'**incidenza** delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresenta una criticità emergente nel panorama sanitario internazionale e nazionale.

Come riporta il Ministero della Salute<sup>4</sup>, **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<sup>4</sup>, condotto utilizzando il protocollo dell'ECDC e pubblicato sul sito del Ministero della Salute, ha rilevato una frequenza di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a **6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale**, mentre nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA. Queste infezioni, molte delle quali sono causate da organismi multifarmaco-resistenti, danneggiano pazienti, visitatori e operatori sanitari e rappresentano un onere significativo per i sistemi sanitari, compresi i costi associati aumentati.

Diverse sono le cause delle ICA:

- 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.

Le conseguenze delle ICA sono gravi e comportano ricoveri ospedalieri prolungati, complicazioni a lungo termine, disabilità e morte prematura imponendo, inoltre, notevoli oneri sociali e psicologici a pazienti, famiglie e comunità; oneri che per i sistemi sanitari si traducono in un sovraccarico aggiuntivo di attività e costi.

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**, anche se in diminuzione rispetto alla 14esima edizione (98%). Ad ogni modo, in linea con i MedMal Report passati, il focus si concentrerà principalmente sul cluster legato al rischio clinico.

**Tabella 4.1** Tipologia danneggiato ICA

Danneggiato	%
Paziente	93,8%
Operatore	6,2%

La percentuale della Tabella 4.1 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	%
Paziente	61,9%
Operatore	38,1%

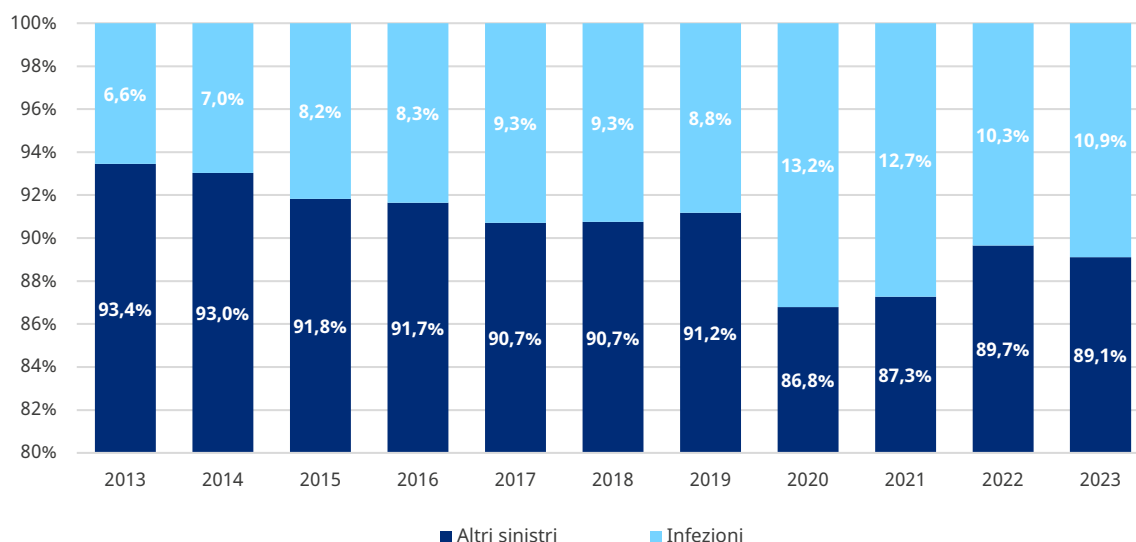
<sup>4</sup> | Fonte: <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>.

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 6,7% (cfr. capitolo 2.5, Grafico 2.9) e per il 10% (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 155.000 € (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 (quasi 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.

Come si osserva nel grafico sottostante, l'**incidenza delle infezioni ospedaliere** sul totale dei sinistri analizzati segue, negli anni presi in esame, una tendenza crescente costante, per poi subire, anche per l'effetto del Covid, un **incremento rilevante** 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 quindicesima 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 circa 2.500 sinistri sui quali è stata condotta un'analisi approfondita.



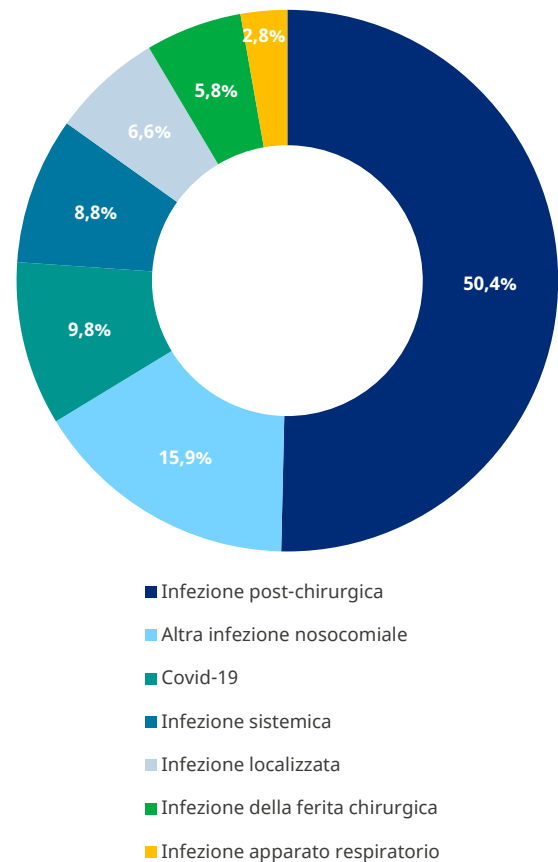
Di seguito il dettaglio della classificazione:

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

<b>Infezione post-chirurgica</b>	Infezione sviluppata in diretta conseguenza di un intervento chirurgico, esclusa l’infezione localizzata della ferita chirurgica.
<b>Covid -19</b>	Infezione legata al virus SARS-CoV-2.
<b>Infezione della ferita chirurgica</b>	Infezione localizzata della ferita chirurgica.
<b>Infezione sistemica</b>	Qualunque infezione contratta durante il ricovero che sfocia in sepsi/shock settico.
<b>Infezione apparato respiratorio</b>	Infezione contratta durante il ricovero che interessa le vie aeree (es. polmonite).
<b>Infezione localizzata</b>	Infezione che interessa una specifica parte del corpo, contratta durante il ricovero in seguito a trattamenti non chirurgici.
<b>Altra infezione nosocomiale</b>	Altre infezioni collegate al ricovero.

Il Grafico 4.2 dettaglia la frequenza delle diverse categorie di infezioni che colpiscono i pazienti:

**Grafico 4.2** Classificazione dei sinistri da infezione ospedaliera

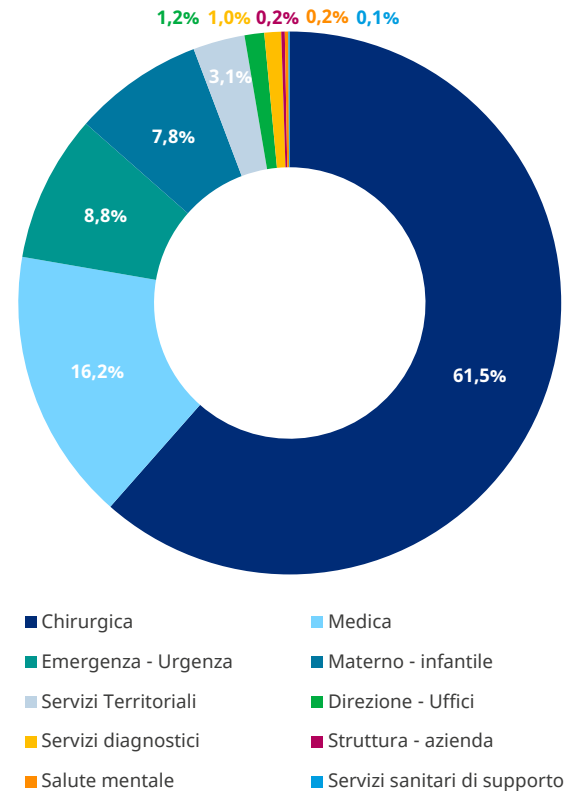


La distribuzione è in linea alla precedente Edizione del MedMal Report, osservando un **notevole incremento delle infezioni post-chirurgiche**, che rappresentano oltre la metà dei sinistri analizzati.

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 **61% delle richieste risarcitorie**.

Seguono l’Area Medica (16,2%), l’Area di Emergenza – Urgenza (8,8%) e l’Area Materno-infantile (7,8%).

**Grafico 4.3** Aree di rischio ICA



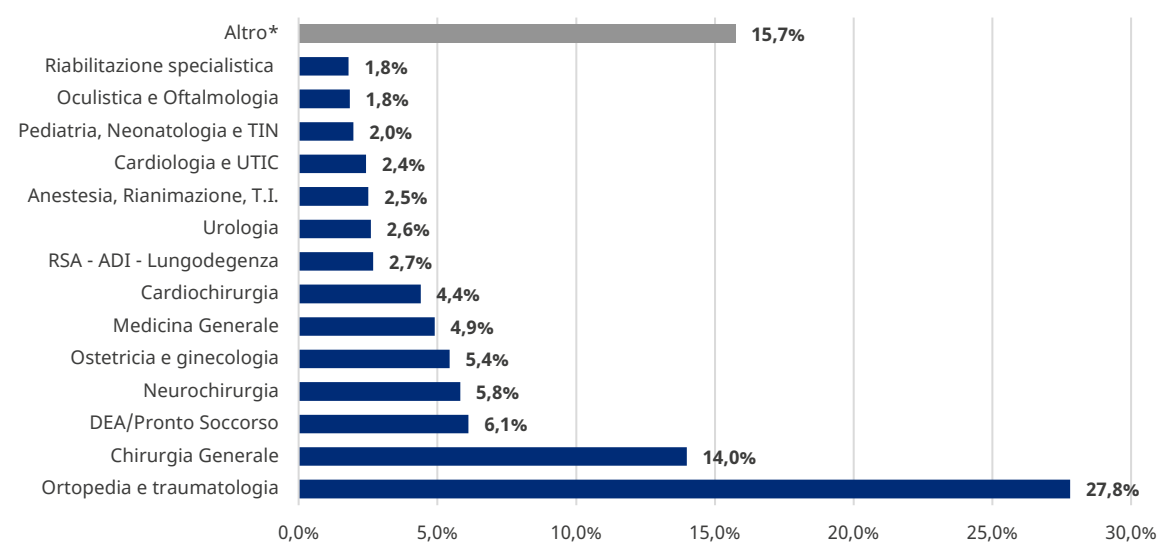


Proprio all'interno dell'Area Chirurgica troviamo le prime due Unità Operative che registrano un numero maggiore di sinistri: ad **Ortopedia e Traumatologia** è associato più di un quarto dei sinistri da infezione, mentre **Chirurgia Generale** incide per il 14%.

Al terzo posto quest'anno troviamo il **Pronto Soccorso** (ricordiamo che la tredicesima Edizione del Report vedeva al terzo posto l'UO di Cardiochirurgia, mentre nella quattordicesima prevaleva l'UO di Ostetricia e Ginecologia), con oltre il 6% dei sinistri.

Neurochirurgia si conferma quarta per frequenza di sinistri da infezione, seguita dall'Ostetricia.

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.

Le **infezioni post-chirurgiche** prevalgono in quasi tutte le Unità Operative, con un picco di quasi il 73% in Ortopedia e Traumatologia, eccetto che nel Pronto Soccorso in cui al primo posto con una percentuale del 28,5% troviamo l'infezione localizzata.

Tabella 4.4 Tipologie di infezioni nelle principali UO analizzate

Tipologia infezione	Ortopedia e traumatologia	Chirurgia generale	Neurochirurgia	DEA/Pronto Soccorso	Ostetricia e ginecologia
Infezione post-chirurgica	72,9%	67,5%	66,7%	24,6%	51,2%
Altra infezione nosocomiale	12,5%	8,9%	8,9%	13,1%	20,9%
Infezione della ferita chirurgica	8,4%	9,8%	12,6%	7,7%	6,2%
Infezione localizzata	4,0%	4,3%	2,2%	28,5%	10,1%
Infezione sistemica	1,7%	7,7%	7,4%	22,3%	8,5%
Infezione apparato respiratorio	0,6%	1,8%	2,2%	3,8%	3,1%

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: Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa, Chirurgia Vascolare, Nefrologia e Dialisi, Pneumologia, tisiologia e fisiopatologia respiratoria, Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo-facciale, Malattie Infettive e Tropicali, Odontoiatria e stomatologia, Medicina Trasfusionale, Neurologia, Otorinolaringoiatria e Audiologia, Laboratorio analisi, Oncologia e Radioterapia, Chirurgia Toracica, Ematologia - Immunoematologia, Reumatologia E Geriatria, Radiologia e diagnostica per immagini, Servizi di assistenza territoriale/MMG, Chirurgia pediatrica, Struttura/Parti Comuni, Psichiatria, Diabetologia - Endocrinologia, Dermatologia - Allergologia, Chirurgia d'Urgenza, Oncoematologia Pediatrica, Centro Vaccinale, Altri servizi di supporto sanitari, Day Hospital/Day Surgery, Ssuem 118, Anatomia e istologia patologica e Altri servizi diagnostico-terapeutici.

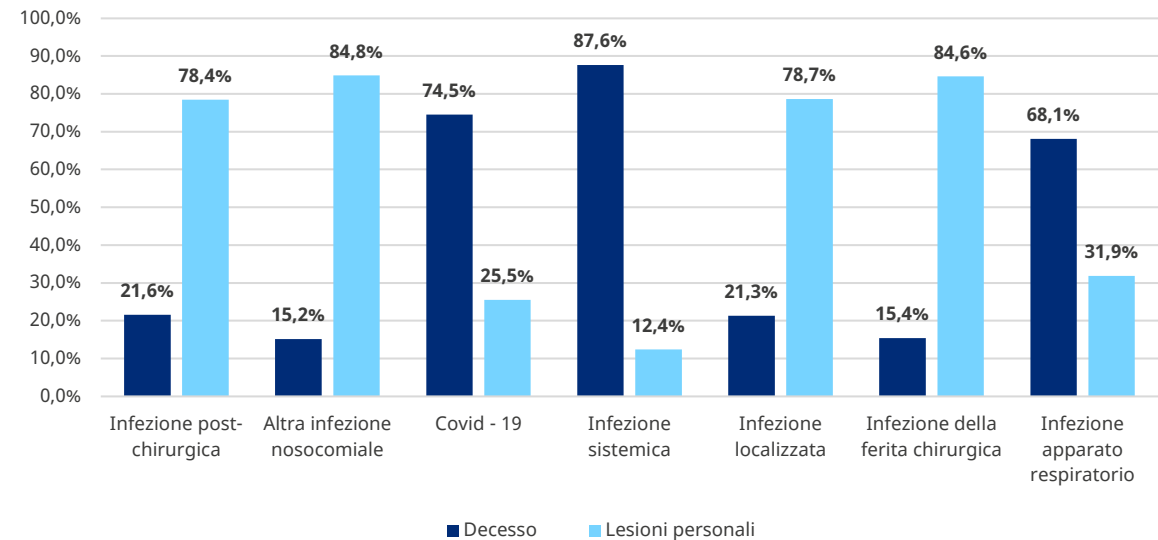
Altra informazione di rilievo nell’analisi sui sinistri derivanti da ICA è relativa alle **conseguenze delle infezioni**. Sul totale delle ICA presenti nel database, quasi un terzo delle richieste di risarcimento per infezioni correlate all’assistenza conducono al **decesso**, mentre due terzi ad una **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	32,4%
Lesioni personali	67,6%

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 87,6% sul totale del campione.

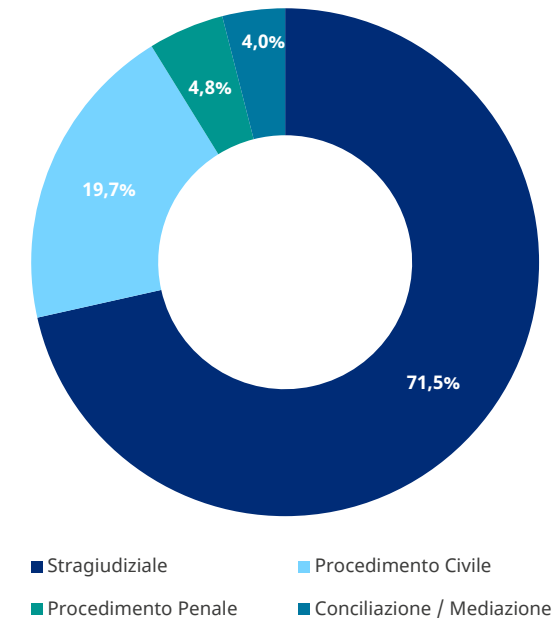
**Grafico 4.5** Esito per tipologia di infezione



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 4/5% dei casi. I **procedimenti civili aumentano** invece di due punti percentuali rispetto alla scorsa Edizione, e di cinque punti percentuali 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 precedentemente sottolineato, le ICA rappresentano una voce di costo importante per le Strutture sanitarie, socio-sanitarie e per il nostro SSN, ponendosi come un evento critico in termini di costi sia diretti che indiretti. E ricordiamo che, 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**<sup>5</sup>.

Dall'analisi dei dati a noi disponibili si rileva, infatti, che il **costo medio dei sinistri da infezione** sia fra i più alti del campione e, come già evidenziato nel Capitolo 2 (cfr. Tabella 2.4), le infezioni essendo soggette a tempi di denuncia e chiusura più lunghi rispetto alla media e rispetto agli altri eventi analizzati, portano ad un **aumento dei costi dei sinistri** proprio a causa di tale dilatazione delle tempistiche di gestione.

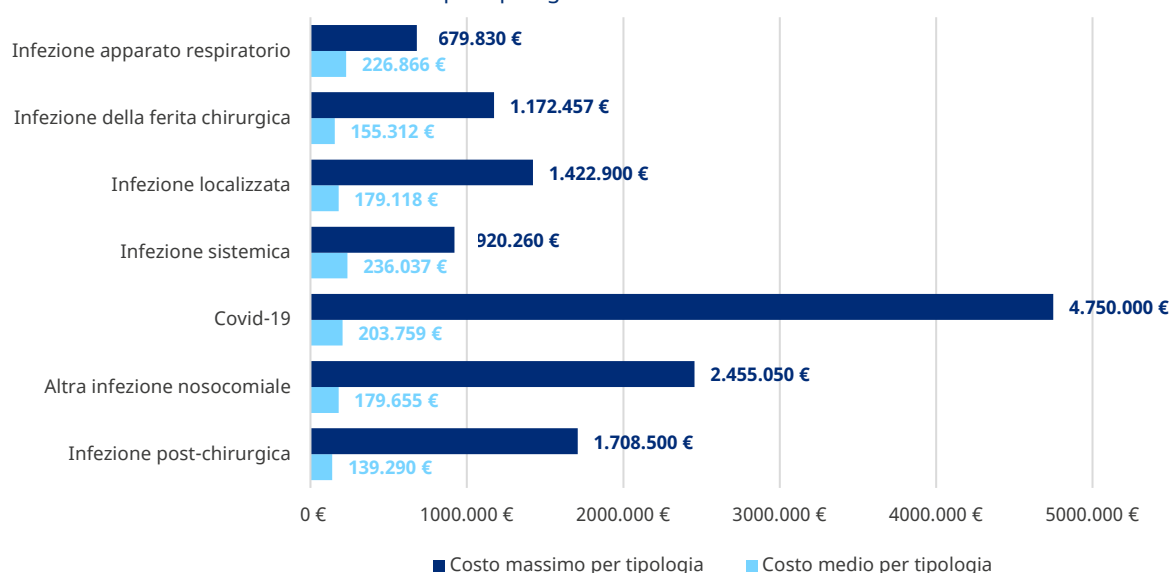
Al fine di approfondire l'aspetto economico legato a questa tipologia di evento, per ogni tipologia di infezione analizzata sono stati individuati il **costo massimo** e il **costo medio**, calcolato escludendo le pratiche senza seguito e quelle non valorizzate.

Dall'analisi dei costi due sono gli **eventi ICA** su cui si concentrano i costi maggiori:

- Sinistro da **Covid-19** che registra il **costo massimo** più alto;
- **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



<sup>5</sup> | <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>.

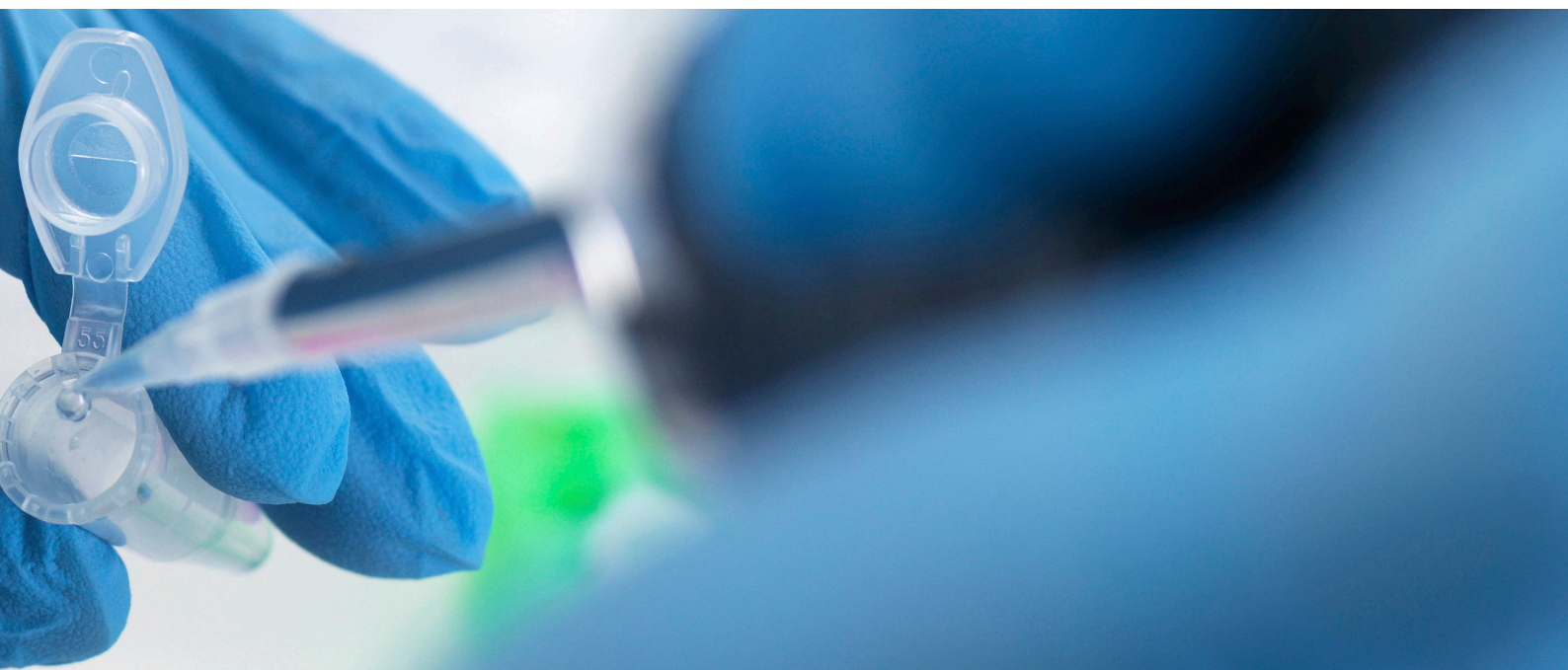
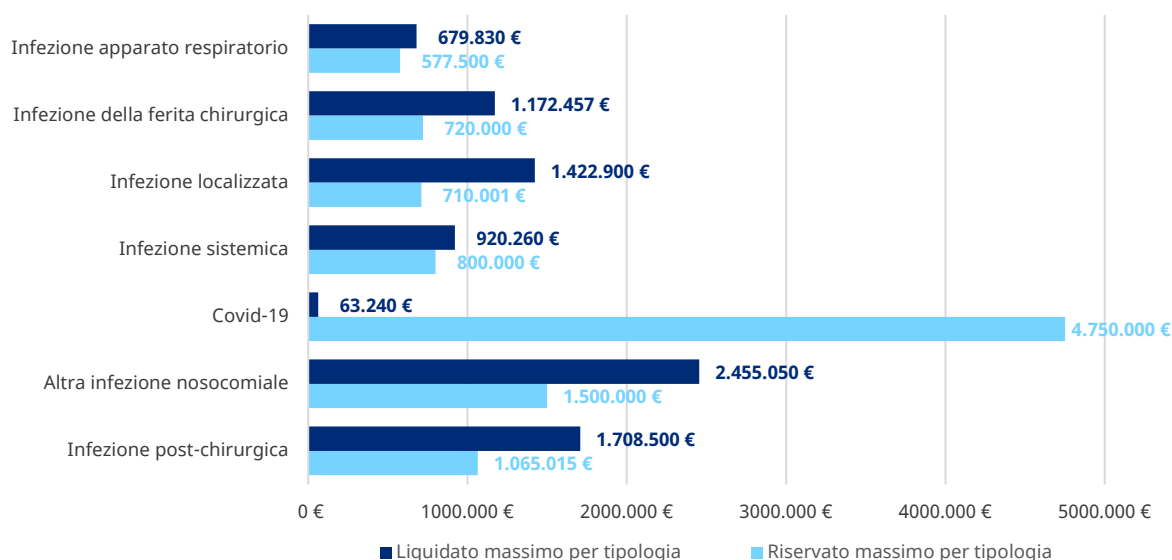




Il Grafico 4.8 evidenzia il dettaglio del liquidato e riservato massimo per ogni tipologia di infezione. Escludendo la categoria altra infezione nosocomiale che, come precedentemente riportato, si riferisce ad eventi la cui descrizione nel database sinistri non permette una classificazione dettagliata, utile a identificare la fase del processo clinico-assistenziale che ha generato l'insorgenza dell'infezione, il massimo esborso si riferisce alle infezioni post-chirurgiche con importo liquidato superiore ad 1.7 milioni di euro.

È 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 senza seguito rappresentano il 14%, e i liquidati sono solo il 2%, con un liquidato massimo di poco più di 63.000 €. 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 25% 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 una diminuzione sia in termini di costo che di frequenza per quanto riguarda gli indicatori sui posti letto, mentre sono in lieve aumento i parametri sui ricoveri.

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

Frequenza sx	Indicatore di attività	Costo per indicatore di attività	Indicatore di attività
0,16	Per 1000 ricoveri	25,15 €	Per ricovero
0,16	Per 1000 ricoveri ponderati	26,97 €	Per ricovero ponderato
0,28	Per 100 posti letto	480,64 €	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.

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<sup>6</sup> hanno tuttavia dimostrato come la **quota prevenibile** sia **molto più ampia di quanto stimato**, mentre alcuni autori 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.

Bisogna ridurre il peso delle ICA e della resistenza antimicrobica attraverso delle azioni mirate a livello regionale e nazionale, supportando le Strutture Sanitarie all'implementazione delle migliori pratiche di prevenzione, controllo e monitoraggio delle ICA promuovendo, altresì, la formazione continua di tutti gli operatori sanitari.

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;

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.

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

- 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.

È necessario, quindi, adottare un approccio sistematico nella lotta contro le ICA migliorando la conoscenza del personale in prima linea e mettendo in atto sistemi per monitorare l'implementazione delle buone pratiche.

## 4.2 Le aggressioni

Le violenze sul luogo di lavoro rappresentano un problema crescente in particolar modo nel settore sanitario dove gli operatori sono spesso esposti a rischi elevati.

Gli ambienti sanitari, come ospedali, cliniche, RSA presentano rischi specifici dovuti alla natura delle attività svolte pertanto la prevenzione e la protezione nei luoghi di lavoro in ambito sanitario sono fondamentali per garantire la sicurezza di tutti i lavoratori, dai medici agli infermieri, fino al personale di supporto.

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, influenzando 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. È bene notare che si tratta di atti diffusi, non ben inquadrabili numericamente perché non sempre denunciati o perché le vittime tendono a sopprimere.

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. Il 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.

Tale fenomeno è oggetto di numerosi studi e ricerche. Recentemente l'Amsi (Associazione Medici di Origine Straniera in Italia), l'UMEM (Unione Medica Euromediterranea) e il Movimento Internazionale Uniti per Unire, nei propri dati riportano che le aggressioni sono un fenomeno che ha raggiunto livelli critici nel 2024, con un aumento medio del 33% rispetto all'anno precedente. Secondo tale ricerca è il Nord Italia l'area più colpita, con il 63% degli episodi di violenza, mentre il Sud registra il 26% e il Centro l'11%. Lombardia, Campania, Puglia, Lazio e Sicilia emergono come le regioni con il maggior numero di aggressioni, ma la piaga delle violenze si fa sentire anche in Veneto, Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana e Calabria. Questa crisi è alimentata da una combinazione di fattori: sovraffollamento dei pronto soccorso, liste d'attesa interminabili e una cronica carenza di personale, nonché una sanità territoriale debole poiché non riesce a snellire i carichi delle strutture ospedaliere. Tali dati sono il riflesso di un sistema sanitario sovraccarico e sempre più in difficoltà nel rispondere alle esigenze della popolazione che, esasperata dai ritardi e dalla difficoltà di accesso ai servizi, si riversa spesso in atti di violenza contro gli operatori sanitari, che vivono ormai quotidianamente situazioni di pericolo e insicurezza.

Al fine di contrastare le violenze nei contesti sanitari interviene anche la normativa. Il recente **Decreto-Legge n. 137** del 1° ottobre 2024, **entrato in vigore il 2 ottobre 2024**, dà nuove disposizioni per affrontare in maniera più strutturata ed efficace questo fenomeno, che minaccia la sicurezza fisica e psicologica del personale sanitario. Questa normativa nasce in risposta all'aumento degli episodi di aggressioni e danneggiamenti negli ospedali e nelle strutture sanitarie, in particolare nei pronto soccorso, e mira a proteggere il personale e le infrastrutture sanitarie. Il Decreto-Legge n. 137/2024 "**Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari**

**e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria"** introduce specifiche misure per contrastare le violenze sul luogo di lavoro, riconoscendo la necessità di proteggere in maniera più efficace il personale sanitario. Il decreto prende in considerazione le segnalazioni crescenti di episodi di aggressioni fisiche e verbali a danno di medici, infermieri e altri operatori sanitari.

Le principali novità del decreto riguardano **l'inasprimento delle pene per chi compie atti di violenza o minaccia all'interno di strutture sanitarie**: i colpevoli di questi reati rischiano fino a 5 anni di reclusione e una multa fino a 10.000 euro; la possibilità di **arresto in flagranza differita**, ovvero basato su prove video o fotografiche, qualora l'arresto immediato non fosse possibile per motivi di sicurezza pubblica o continuità del servizio e **la pena aumentata** se l'atto viene commesso da più persone.

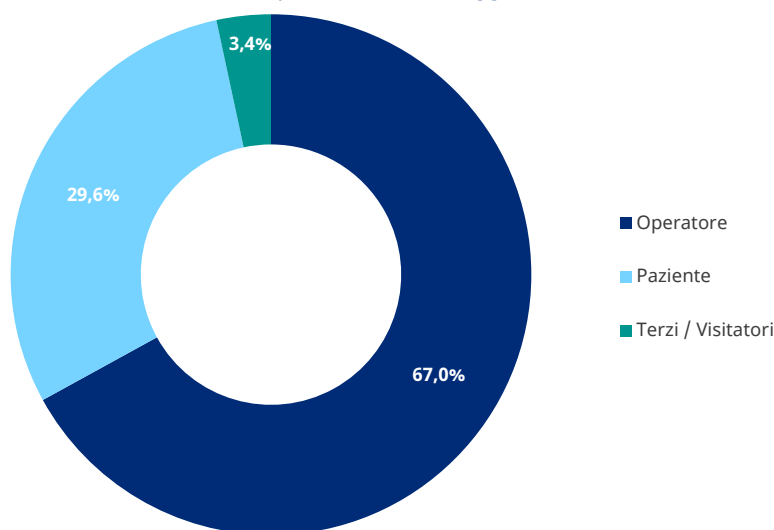
Attesa la crescente attenzione al fenomeno, l'approfondimento che il MedMal Report intende offrire si basa sull'analisi dei **sinistri** aventi ad oggetto violenza verso gli operatori sanitari e verso i pazienti presentando un'analisi dettagliata dei dati qualitativi e quantitativi connessi al fenomeno.

Dal Grafico 4.9 si evince proprio la numerosità di questi eventi: ben **il 67% delle aggressioni totali implica un danno agli operatori delle strutture ospedaliere**.

Tale percentuale, in lieve aumento rispetto alla precedente edizione, raccoglie tutte quelle 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.

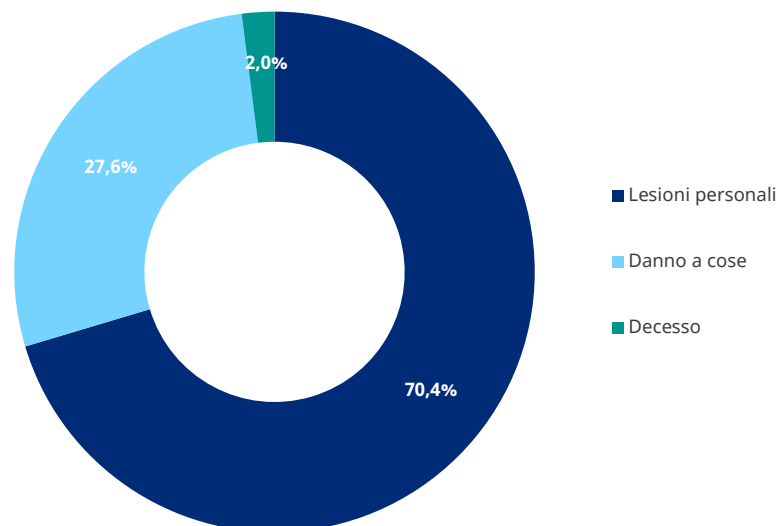
Per quanto concerne le violenze rilevate **a danno di pazienti**, poste in essere da altri pazienti, operatori o familiari si ha un'incidenza pari quasi al **30%**, mentre gli eventi a danno di visitatori o terzi sono meno impattanti, presenti in misura pari al 3,4%.

**Grafico 4.9** Distribuzione percentuale dei soggetti coinvolti



Come rappresentato nel Grafico 4.10, tali episodi violenti hanno come esito nella maggior parte dei casi **lesioni personali** (70,4%), 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'agredito.

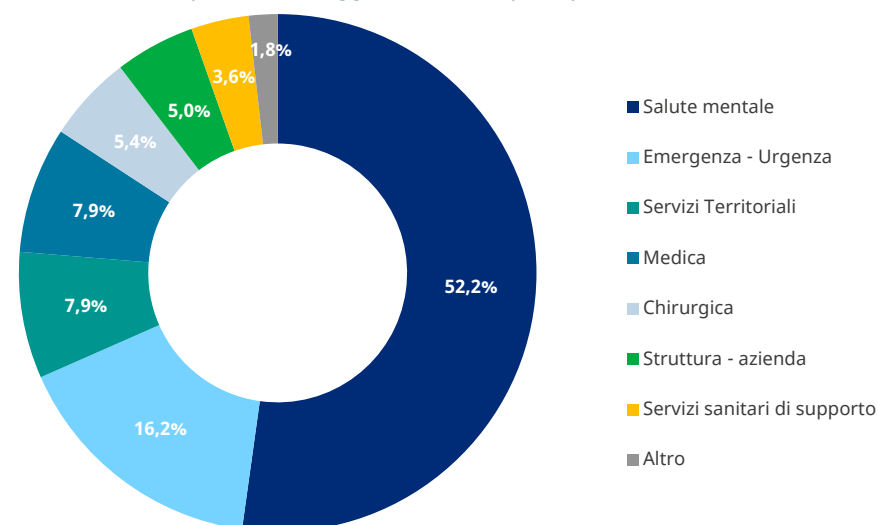
**Grafico 4.10** Distribuzione percentuale delle tipologie di danno



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, e come riporta il Grafico 4.10, nella maggior parte dei casi **vengono denunciati eventi che causano lesioni fisiche** (con esclusione dei maltrattamenti verbali o di comportamento a percezioni soggettiva), mentre nel 27,6% si hanno eventi in cui si lamentano danni a cose.

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 quasi la metà dei sinistri con il 49,3%). L'Area di **Emergenza - Urgenza** si posiziona seconda, con un'incidenza del 16,2%, e un aumento percentuale di un quarto rispetto alla scorsa edizione. A quest'area appartiene l'U.O. di **Pronto Soccorso**: altro reparto ad alto rischio, ove avvengono il 15,5% delle aggressioni denunciate.

**Grafico 4.11** 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 36% degli eventi dà luogo ad una richiesta di risarcimento danni entro 6 mesi dalla data di accadimento, mentre quasi il 90% viene denunciato entro 6 anni". Se si osserva la Tabella 4.7, 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 pongono a questo fenomeno.

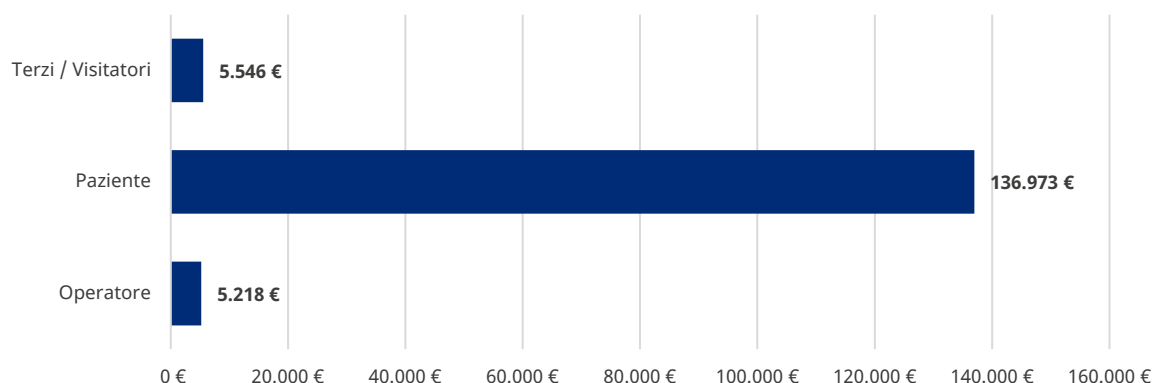
**Tabella 4.7** Confronto tra i tempi medi di denuncia e di chiusura per le aggressioni e la totalità dei sinistri

Tipologia di sinistro	Tempo medio di denuncia (in anni)	Tempo medio di chiusura (in anni)
Tutti i sinistri (Cfr. Cap. 2)	2,4	2,8
Aggressioni	0,5	1,9

Analizzando le aggressioni in termini economici, il costo medio dei sinistri valorizzati varia a seconda sia della tipologia di danneggiato (cfr. Grafico 4.12), sia della tipologia di danno arrecata al reclamante (cfr. Grafico 4.13).

Sebbene, come sopra descritto, le aggressioni a danno di operatore registrino una frequenza di quasi il 67%, non è associato ad esse il costo medio più ingente; anche se in lieve diminuzione rispetto alla scorsa edizione, il **costo medio più elevato**, oltre 135.000 €, si registra nel caso in cui i danneggiati siano **pazienti**.

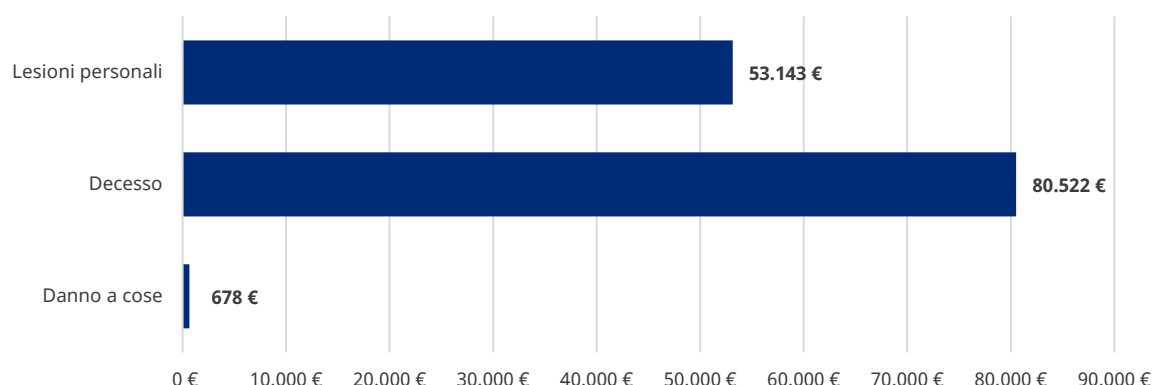
**Grafico 4.12** Costo medio per sinistro per tipologia di danneggiato



Andamento analogo è rappresentato dai casi di **decesso**, che registrano un costo medio superiore agli 80.000 € 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, ecc.

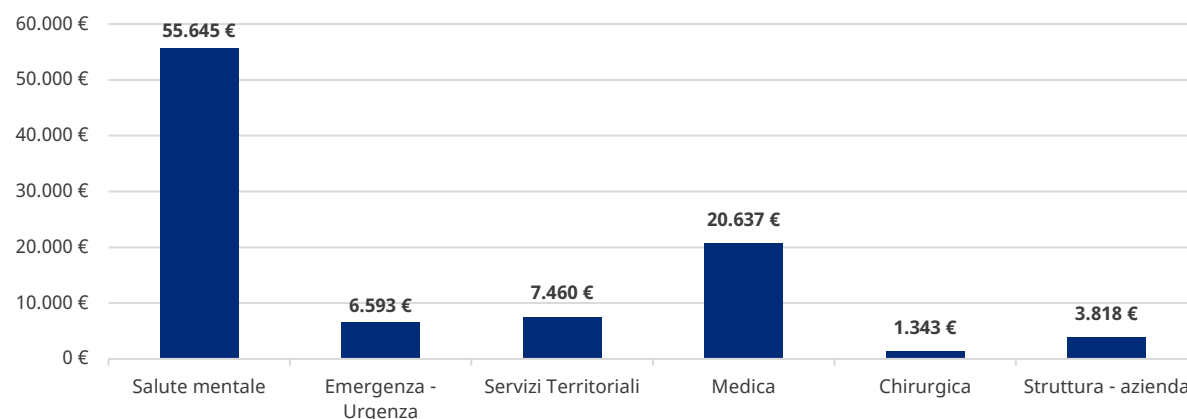
**Grafico 4.13** Costo medio per sinistro per esito



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 al ripristino dei beni e degli ambienti danneggiati e 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** è quella con il **costo medio per sinistro più elevato**, di oltre € 55.000. Segue l'**Area Medica**, con € 20.637.

**Grafico 4.14** Impatto economico e frequenza 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 4.14). 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 quindi di un fenomeno in crescita, ma comunque fortemente sottostimato poiché poco segnalato.

Osservando il Grafico 4.15, vengono elencate le sei Unità Operative più impattanti, tre delle quali fanno parte dell'Area Medica.

**Grafico 4.15** 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.

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.

È necessario, quindi, mettere in atto precise azioni per un’efficace prevenzione e protezione da tale fenomeno, come:

- **La valutazione dei rischi specifici:** la valutazione del rischio in ambito sanitario deve includere anche l’analisi del rischio di violenza. Questo è particolarmente importante nei reparti come il pronto soccorso, dove il personale è maggiormente esposto a episodi di aggressioni verbali o fisiche. L’identificazione dei fattori di rischio è fondamentale per attuare misure preventive mirate.
- **Il potenziamento di formazione e sensibilizzazione del personale:** l’obbligo di formazione del personale sanitario deve includere non solo rischi fisici o biologici, ma anche la gestione delle situazioni di conflitto e aggressione, nonché tecniche di comunicazione non violenta e di gestione dello stress.
- **La definizione di strategie di comunicazione** attraverso l’organizzazione e la conduzione di campagne informative e di sensibilizzazione pubbliche sul fenomeno, altamente raccomandate per annullare carenze di comunicazione.
- **L’adozione di misure di sicurezza:** misure di sorveglianza attiva, come l’installazione di videocamere di sicurezza, sono cruciali per monitorare gli ambienti a rischio e prevenire episodi di violenza. Secondo quanto previsto dal Decreto-Legge n. 137 del 2024, come precedentemente riportato, la videosorveglianza può essere utilizzata anche per consentire arresti in flagranza differita per episodi di violenza contro il personale.
- **L’implementazione di procedure per la denuncia degli episodi di violenza:** tramite l’istituzione di canali di segnalazione dedicati e protetti, che devono essere accessibili e garantire la riservatezza, le vittime possono denunciare le violenze senza timore di ritorsioni.
- **Il sostegno psicologico alle vittime:** è importante offrire supporto psicologico immediato alle vittime di violenza, garantendo un percorso di recupero psicofisico e assistenza specifica per la gestione delle conseguenze dell’aggressione.

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.



4.3 Fondo rischi e fondo riserva sinistri, Decreto attuativo n.232 Legge 24/2017

Ufficialmente entrata in vigore il 1° aprile 2017, la legge Gelli Bianco disciplina la responsabilità sanitaria in Italia e si occupa anche di temi centrali come la sicurezza delle cure e la gestione del rischio clinico.

A sette anni dall’entrata in vigore, il 16 marzo 2024 è stato attuato il primo decreto attuativo della legge. Il Decreto attuativo n. 232 della Legge Gelli-Bianco (riferito all’art. 10 comma 6 della legge 24/2017) è relativo al “Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un’impresa di assicurazione, nonché la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati”. Il provvedimento rappresenta il più atteso contributo alla piena implementazione della Legge 24/2017, regolando i meccanismi di garanzia obbligatori per le strutture sanitarie e per gli esercenti le professioni sanitarie, con la finalità di preservazione delle risorse e, al tempo stesso, di una più efficace tutela dei danneggiati, che si tratti di professionisti o pazienti.

L’approfondimento che segue verte su esempi di metodi di calcolo deterministico e metodi stocastici utili a effettuare una stima puntuale delle riserve e una stima probabilistica con dei metodi attuariali funzionali alla costituzione del fondo rischi e fondo riserva sinistri di cui parlano gli artt. 10 e 11 del decreto attuativo n. 232 della legge 24/2017.

Fondo rischi

L’obiettivo principale del Fondo Rischi è quello di garantire che le aziende sanitarie dispongano di risorse finanziarie adeguate per far fronte a eventuali richieste di risarcimento per danni causati da malpractice medica. Questo fondo serve a proteggere non solo i professionisti della salute, ma anche le strutture sanitarie stesse, contribuendo a una gestione più sostenibile dei rischi.

Il calcolo dell’ammontare da accantonare nel Fondo Rischi deve basarsi su una serie di fattori:

- **Analisi storica dei sinistri:** Le aziende devono esaminare i dati storici relativi ai sinistri, inclusi il numero di richieste di risarcimento e l’importo medio dei risarcimenti negli anni precedenti. Questa analisi aiuta a identificare tendenze e modelli di rischio.
- **Valutazione dei rischi:** È essenziale condurre una valutazione approfondita dei rischi specifici associati alle attività sanitarie. Ciò include l’identificazione delle procedure più rischiose, delle aree di maggiore esposizione, delle tipologie di pazienti trattati, l’analisi degli eventi sentinella occorsi e l’analisi del dato storico di correlazione tra eventi sentinella e richieste di risarcimento danni.
- **Modelli attuariali:** Le aziende possono utilizzare modelli attuariali per stimare i costi futuri legati ai sinistri. Questi modelli si basano su dati statistici e possono fornire previsioni più accurate riguardo all’ammontare necessario per il fondo.

Presentiamo un esempio di metodologia da utilizzare per andare a calcolare correttamente l’ammontare da accantonare in un fondo rischi.

Per questa analisi abbiamo preso una delle Unità Operative, Ortopedia e Traumatologia, che è caratterizzata da una frequenza sinistri particolarmente elevata.

Nella tabella seguente, possiamo vedere il numero di sinistri ed il valore economico aggregato denunciato anno per anno, dal 2013 al 2023.

Tabella 4.8 Frequenza e impatto annuali dei sinistri denunciati

Denuncia	Impatto	Conteggio
2013	10.690.336 €	340
2014	10.819.911 €	293
2015	14.176.432 €	318
2016	10.043.179 €	280
2017	13.514.390 €	359
2018	12.114.051 €	399
2019	13.959.432 €	356
2020	13.764.489 €	336
2021	12.319.089 €	306
2022	14.778.267 €	289
2023	18.803.484 €	348



Andare a lavorare sul fondo rischi significa fare una analisi profonda dei sinistri nella tabella superiore per capire l'anno in cui sono stati generati, ossia l'anno in cui è stata fatta la procedura medica che ha poi portato alla denuncia del sinistro.

Ricordiamo che un paziente ha a disposizione 10 anni da quando si accorge di aver subito un danno potenzialmente legato ad una procedura medica subita in passato. In questa ottica l'analisi per la quantificazione del fondo rischi risulta di particolare importanza dato che lo scopo del fondo è la "copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura".

Il decreto attuativo Gelli fa riferimento esplicito all'utilizzo di tecniche attuariali per la determinazione degli importi da accantonare nel fondo. Presentiamo quindi la creazione di un triangolo di run-off spiegando successivamente come con la tecnica del Chai-Ladder possiamo stimare il numero e l'impatto dei sinistri futuri attesi.

**Tabella 4.9** Triangolo run off, gap anno di accadimento e anno di denuncia, frequenza sinistri

Anno avvenimento intervento	GAP anno di denuncia										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2013	70	83	61	43	23	24	7	5	3	6	9
2014	57	96	51	31	30	27	7	5	4	3	0
2015	51	74	57	36	21	20	10	5	3	0	0
2016	47	106	81	41	36	25	7	9	0	0	0
2017	76	115	62	38	31	13	13	0	0	0	0
2018	66	85	50	30	24	23	0	0	0	0	0
2019	69	96	65	49	35	0	0	0	0	0	0
2020	66	65	29	25	0	0	0	0	0	0	0
2021	53	79	68	0	0	0	0	0	0	0	0
2022	58	95	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2023	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

La tabella sopra riportata presenta la creazione di un triangolo di run-off dai dati presi in considerazione derivanti da Ortopedia e Traumatologia. I sinistri nel triangolo vanno interpretati in questo modo:

- In ogni riga abbiamo i sinistri denunciati che fanno riferimento a procedure mediche svolte in uno specifico anno. E.g. nella prima riga abbiamo i sinistri denunciati rispetto a procedure mediche avvenute nel 2013, nella seconda riga avvenute nel 2014 e così via.
- Per ogni colonna abbiamo gli anni di gap, rispetto all'anno corrispondente alla riga, intercorsi tra la procedura medica e la denuncia nel sinistro. E.g. guardando l'incrocio tra la prima riga e la prima colonna, osserviamo che 70 procedure mediche effettuate nel 2013 hanno portato ad una denuncia entro l'anno (2013). Osserviamo invece che 83 procedure mediche effettuate nel 2013 hanno portato ad una denuncia ad un anno di distanza (2014) e così via.
- In diagonale, abbiamo un ricongiungimento con la prima tabella in quanto rappresenta una annualità di reportistica. Osservando la diagonale evidenziata possiamo infatti ricongiungere i dati nelle celle ai 348 sinistri riportati per il 2023 nella prima tabella. Di questi 348 sinistri, 61 fanno riferimento a procedure effettuate nel 2023, 95 fanno riferimento a procedure effettuate nel 2022 e così via fino ai 9 sinistri che fanno riferimento a procedure effettuate nel 2013.

Il fondo rischi rappresenta quindi una stima dei sinistri che ci possiamo attendere nel triangolo sottostante a quello appena analizzato, al momento composto interamente da valori 0.

Partendo dal triangolo di run-off, possiamo andare a stimare i coefficienti di evoluzione rispetto agli anni di GAP dall'anno base. Di seguito la tabella dei coefficienti.

**Tabella 4.10** Coefficienti di evoluzione rispetto all'anno base

GAP anno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coefficiente evoluzione	2,49	1,41	1,19	1,13	1,09	1,04	1,03	1,03	1,03	1,04

Il coefficiente di evoluzione ci indica come un anno di GAP possa impattare, in ottica di sinistri denunciati, rispetto all'anno precedente. Possiamo quindi osservare che rispetto all'anno base, andando a considerare un anno di GAP, i sinistri in media diventano più del doppio rispetto ai denunciati (circa 149% in più). Mentre abbiamo degli aumenti decrescenti del 41% in media, 19% in media fino ad assestarsi a circa un 3% per gli ultimi anni di evoluzione.

Possiamo quindi procedere ad una stima della prima diagonale di dati non ancora osservati, corrispondente all'annualità di reporting del 2024. Riportiamo di sotto la tabella con la diagonale aggiuntiva stimata.

**Tabella 4.11** Esempio di triangolo di run-off per determinare i sinistri attesi nel 2024 nella U.O. di Ortopedia e Traumatologia

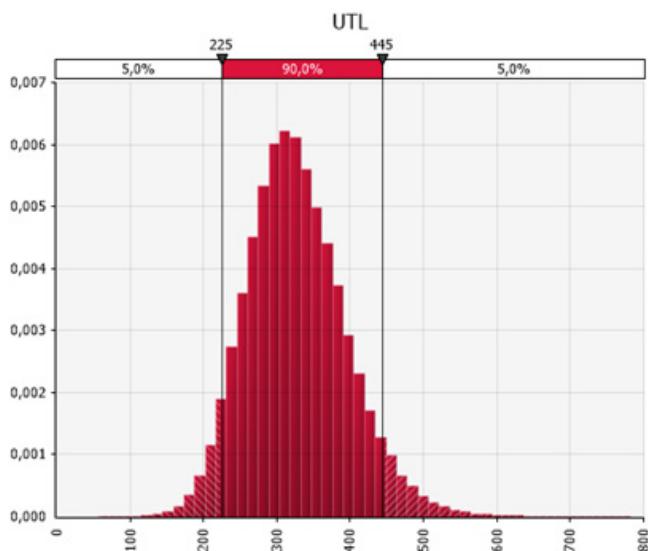
[illegible]

Calcolando per il 2024 una stima dei sinistri denunciati per procedure mediche effettuate nello stesso anno, utilizzando i coefficienti di evoluzione per stimare l'evoluzione degli anni precedenti (es. per procedure mediche effettuate nel 2023, ci possiamo aspettare di ricevere circa 90 nuove denunce di sinistro nel 2024) ed andando a sommare la diagonale possiamo trovare la stima di sinistri denunciati per il 2024: 330. Tale stima risulta in linea con la media osservata rispetto alla prima tabella riportata nel focus.

Fino ad ora abbiamo lavorato con un approccio deterministico. L'utilizzo di metodi di stima probabilistici per il calcolo dei coefficienti di evoluzione consente non solo di calcolarli come mostrato ma anche di determinare degli intervalli di confidenza all'interno del quale, ragionevolmente, si possono muovere i coefficienti di evoluzione. Andando ad utilizzare un approccio probabilistico alla stima dei coefficienti possiamo quindi riportare l'intervallo di confidenza della stima finale dei sinistri attesi per l'anno successivo. In particolare, abbiamo la soglia corrispondente al 95° percentile di 445 sinistri denunciati. Questo può essere interpretato come avere una probabilità del 5% (in media una volta ogni 20 anni) di vedere denunciati pari o superiori a 445.

Come ultimo importante contributo di analisi che menzioniamo in questo focus, riportiamo la possibilità oltre ad avere una analisi probabilistica dei sinistri, la possibilità di includere nei coefficienti di evoluzione degli effetti di aumento o riduzione dei sinistri attesi, dati per esempio dall'aumento dei posti letto disponibili o da una drastica riduzione.

**Grafico 4.16** Esempio di distribuzione probabilistica dei sinistri attesi



Marsh, tramite l'applicazione del metodo del Chain-Ladder, che consente di stimare i coefficienti di evoluzione utili a calcolare l'impatto atteso e di stime stocastiche, in grado di tenere anche conto della volatilità dei dati e di potenziali annualità anomale future, può supportare le aziende sanitarie per avere la stima migliore del fondo ed assicurarsi di avere risorse disponibili anche in situazioni avverse.

Riportiamo a completamento del focus, il triangolo di run-off riportante gli impatti economici invece delle frequenze.

Questo triangolo ci aiuta a capire da quali anni di operazioni derivano i 18.803.848 € denunciati nel 2023 per l'unità operativa di Ortopedia e Traumatologia.

**Tabella 4.12** Triangolo run off, gap anno di accadimento e anno di denuncia, importi economici dei sinistri

Anno avvenimento intervento	GAP anno di denuncia										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2013	1.820.742 €	3.562.505 €	2.676.396 €	1.743.553 €	1.062.778 €	630.382 €	200.142 €	230.600 €	51.000 €	180.000 €	800.251 €
2014	1.007.592 €	3.380.004 €	2.838.858 €	1.791.171 €	935.926 €	570.268 €	202.700 €	112.813 €	450.000 €	40.001 €	- €
2015	3.039.540 €	2.659.824 €	1.629.198 €	1.853.144 €	1.145.302 €	491.685 €	1.146.232 €	15.000 €	12.000 €	- €	- €
2016	903.096 €	3.863.584 €	2.820.484 €	2.291.600 €	2.114.209 €	1.839.946 €	1.012.791 €	742.250 €	- €	- €	- €
2017	1.419.780 €	3.190.789 €	2.692.540 €	2.507.366 €	1.176.218 €	476.740 €	780.500 €	- €	- €	- €	- €
2018	1.109.101 €	3.654.620 €	2.605.206 €	888.597 €	1.010.130 €	2.122.002 €	- €	- €	- €	- €	- €
2019	2.036.269 €	2.924.395 €	2.988.240 €	2.146.234 €	1.400.000 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2020	2.083.024 €	2.133.481 €	2.597.102 €	1.880.203 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2021	1.576.961 €	4.375.229 €	3.550.107 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2022	2.313.641 €	5.930.389 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2023	1.490.781 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €





**Tabella 4.13** Sinistri liquidati per anno di denuncia

Denuncia	Liquidato	Conteggio
2013	17.252.216 €	54
2014	11.869.593 €	75
2015	17.039.326 €	57
2016	22.834.999 €	68
2017	26.310.281 €	65
2018	20.308.930 €	69
2019	20.563.275 €	85
2020	13.085.075 €	64
2021	14.732.095 €	59
2022	10.787.874 €	57
2023	7.048.580 €	44

**Tabella 4.14** Triangolo run off frequenza sinistri[illegible]

**Tabella 4.15** Triangolo run off, gap anno di denuncia e anno di liquidazione, importi economici sinistri

Anno di accadimento	GAP anno di denuncia										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2013	4.400 €	1.171.218 €	3.606.103 €	3.416.239 €	7.164.822 €	- €	479.018 €	166.474 €	762.772 €	57.970 €	- €
2014	183.089 €	632.497 €	5.900.974 €	3.274.093 €	738.139 €	1.436.292 €	468.914 €	- €	26.350 €	- €	- €
2015	131.105 €	3.873.229 €	6.034.732 €	2.144.611 €	194.572 €	519.680 €	45.560 €	2.920.036 €	162.745 €	- €	- €
2016	103.810 €	4.446.262 €	2.449.541 €	3.989.308 €	3.989.308 €	36.568 €	472.726 €	285.623 €	- €	- €	- €
2017	81.387 €	770.729 €	10.310.536 €	1.793.701 €	374.808 €	2.279.696 €	1.232.192 €	- €	- €	- €	- €
2018	226.316 €	795.132 €	3.963.009 €	2.073.709 €	2.103.515 €	1.142.296 €	- €	- €	- €	- €	- €
2019	93.190 €	5.356.431 €	8.396.337 €	1.846.790 €	719.867 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2020	143 €	2.346.642 €	443.591 €	1.426.616 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2021	34.062 €	536.170 €	1.769.753 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2022	70.889 €	190.110 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €
2023	350.000 €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €	- €

Nella diagonale evidenziata sono riportati gli impatti economici dei sinistri liquidati nel 2023, i cui totali sono nella Tabella 4.13.







### Fondo riserva sinistri

In aggiunta a quanto richiesto sul fondo rischi, il decreto attuativo della Legge 24/2017 prevede che ogni struttura sanitaria costituisca un *fondo messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri*, che comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento danni presentate relativi a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione. La costituzione della riserva sinistri è necessaria per il processo di liquidazione e la corretta appostazione di tale fondo è conseguenza di una gestione tecnico/professionale/organizzativa attenta e consapevole. La determinazione di tale fondo, come precisa il decreto, richiede conoscenze specifiche, l'utilizzo di tecniche probabilistiche attuariali, idonee esperienze e sarà il frutto di un'analisi multidisciplinare che vede il Comitato Valutazione Sinistri come organo necessario.

Come precisa il decreto, infatti, le strutture sanitarie sono tenute ad istituire al proprio interno la **funzione valutazione dei sinistri**, in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura.

Il decreto ha ben delineato la vera funzione del Comitato Valutazione Sinistri, superando l'ottica di mero organismo di gestione del contenzioso a favore di quella di fulcro centrale di gestione e prevenzione del rischio, da affrontare attraverso un team multidisciplinare formato da **medicina legale, perito («loss adjuster»), avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico-legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri, gestione del rischio («risk management»).**

Tale funzione dovrà inoltre avere le cognizioni richieste e fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio relativamente ai fondi per la gestione diretta del rischio, servendosi di informazioni sulla sinistrosità (indice di sinistrosità, costo dei sinistri liquidati, Unità Operative più rischiose, importi accantonati, ecc...).

Occorrerà, pertanto, che la struttura, con un processo di massima trasparenza, predisponga un cruscotto informativo adeguato. Sarebbe necessario uno strumento informatico per la gestione dei rischi su più livelli dell'organizzazione, uniforme per tutte le strutture, che possa supportare il management nelle scelte politiche di gestione nei piani di prevenzione del rischio e di finanziamento dello stesso.

# 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, ogni anno Marsh struttura e consolida 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:

- 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 contenuti in questo capitolo sono stati calcolati sulla base delle informazioni riportate sui siti del Ministero della Salute<sup>7</sup> e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali<sup>8</sup>, i cui ultimi aggiornamenti risalgono al 2021. In continuità con quanto precedentemente svolto, inoltre, 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 2019-2021, 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.

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.

7 | [Ministero della Salute - Interrogazione della banca dati del Servizio Sanitario Nazionale](#).

8 | [pne.agenas.it/sintesi/strutture/cerca\\_strutture.php](http://pne.agenas.it/sintesi/strutture/cerca_strutture.php).







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

<b>Generale</b>			
<b>Frequenza sx</b>	<b>Indicatore di attività</b>	<b>Costo per indicatore di attività</b>	<b>Indicatore di attività</b>
<b>0,92</b>	Per 100 dipendenti	<b>1.182 €</b>	Per dipendente
<b>5,25</b>	Per 100 medici	<b>6.758 €</b>	Per medico
<b>2,16</b>	Per 100 infermieri	<b>2.776 €</b>	Per infermiere
<b>1,12</b>	Per 1000 ricoveri	<b>144 €</b>	Per ricovero
<b>1,19</b>	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	<b>157 €</b>	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 € 140**, mentre quest'anno si attesta a **€ 144**, in lieve aumento. Crescono leggermente anche i **ricoveri ponderati**, da € 154 a € 157.

Per quanto riguarda le figure sanitarie, sono stabili i valori di frequenza sui dipendenti e sugli infermieri, mentre notiamo **un lieve aumento sul costo per sinistro per ogni indicatore** (ad esempio, da € 1.166 per dipendente, all'attuale € 1.182).

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).

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

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

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

N° sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
<b>Primo livello</b>			
0,92	Per 100 dipendenti	1.151 €	Per dipendente
4,59	Per 100 medici	5.749 €	Per medico
2,11	Per 100 infermieri	2.643 €	Per infermiere
0,88	Per 1000 ricoveri	110 €	Per ricovero
1,05	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	141 €	Per ricovero ponderato
<b>Secondo livello</b>			
0,98	Per 100 dipendenti	1.187 €	Per dipendente
6,17	Per 100 medici	7.506 €	Per medico
2,28	Per 100 infermieri	2.771 €	Per infermiere
1,37	Per 1000 ricoveri	167 €	Per ricovero
1,39	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	169 €	Per ricovero ponderato
<b>Ospedali Universitari e IRCCS</b>			
0,73	Per 100 dipendenti	1.221 €	Per dipendente
4,10	Per 100 medici	6.810 €	Per medico
1,84	Per 100 infermieri	3.064 €	Per infermiere
1,00	Per 1000 ricoveri	167 €	Per ricovero
0,90	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	150 €	Per ricovero ponderato

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.

L'analisi risulta essere in linea con la tipologia di struttura esaminata, avente lo scopo di offrire servizi medici essenziali e specialistici di base, mirati alla diagnosi, cura e stabilizzazione di condizioni non complesse. Le strutture di primo livello garantiscono, inoltre, continuità con le strutture di secondo livello e/o specialistiche con le quali sono previste specifiche forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di continuità di cura e assistenza dei pazienti trattati.

Proprio per questo motivo risaltano i numeri legati alle **aziende di secondo livello**, che, oltre alle prestazioni fornite dalle strutture di primo livello assicurano le funzioni di maggiore complessità; trattasi infatti di strutture

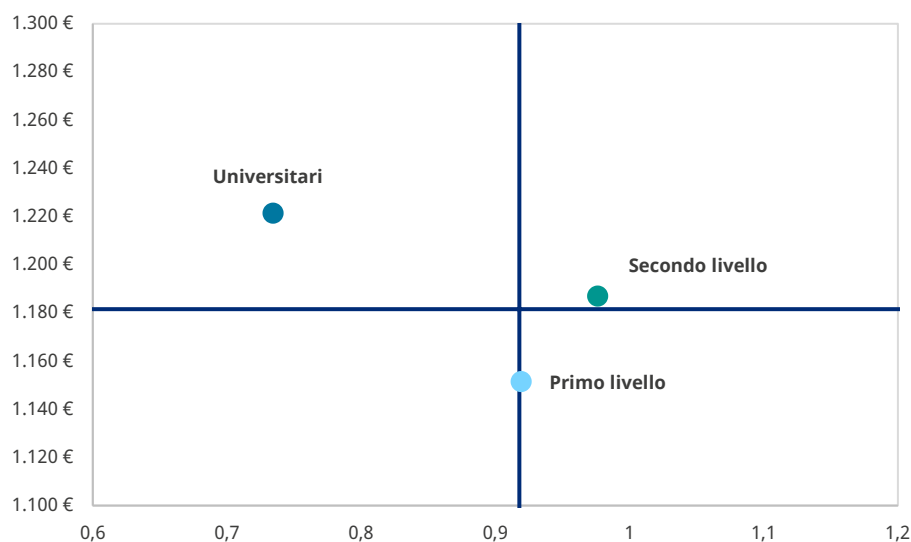
dotate di tecnologie avanzate e di personale altamente qualificato per la gestione non solo di patologie più gravi o complesse che richiedono prestazioni specialistiche avanzate o multidisciplinare ma anche di situazioni di emergenza-urgenza di alta gravità.

I tassi risultano quindi più alti per i costi, ma soprattutto per quanto riguarda le **frequenze**; spicca ad esempio l'**incremento di oltre il 22% sui ricoveri** medi (da 1,12 a 1,37 sinistri ogni 1000 ricoveri).

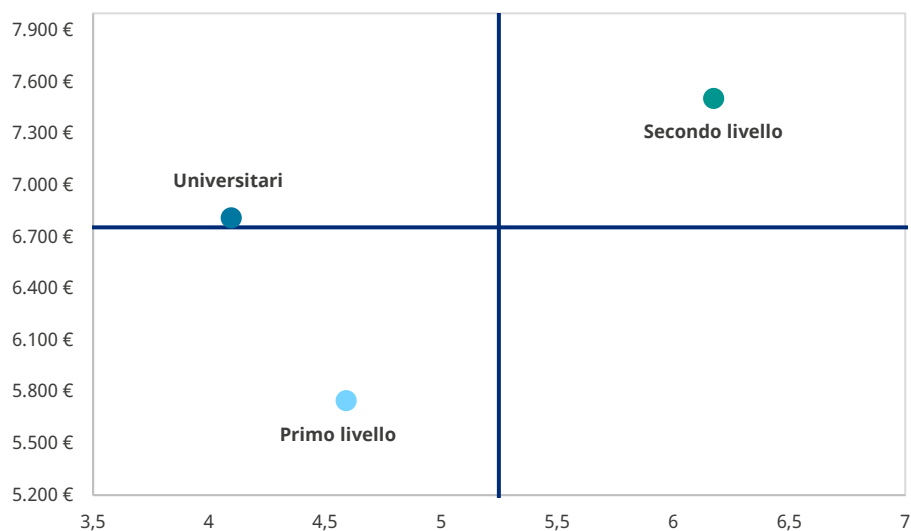
Allo stesso modo, gli Ospedali Universitari e gli IRCCS hanno costi per indicatore maggiori della media nazionale. Anche questo fenomeno è riconducibile alle attività generalmente più rischiose e all'erogazione di cure che saranno sempre più complesse e specifiche, come indicato anche dalla Riforma degli 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<sup>9</sup>.

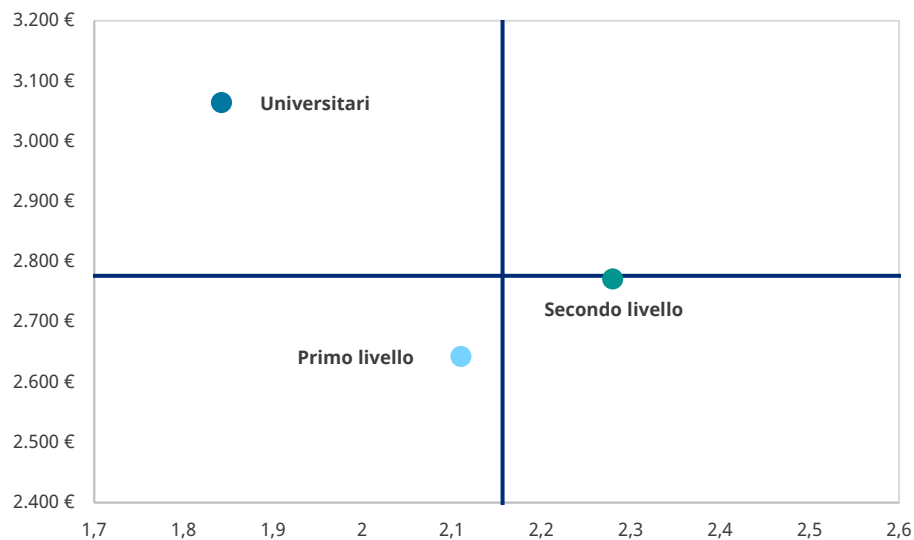
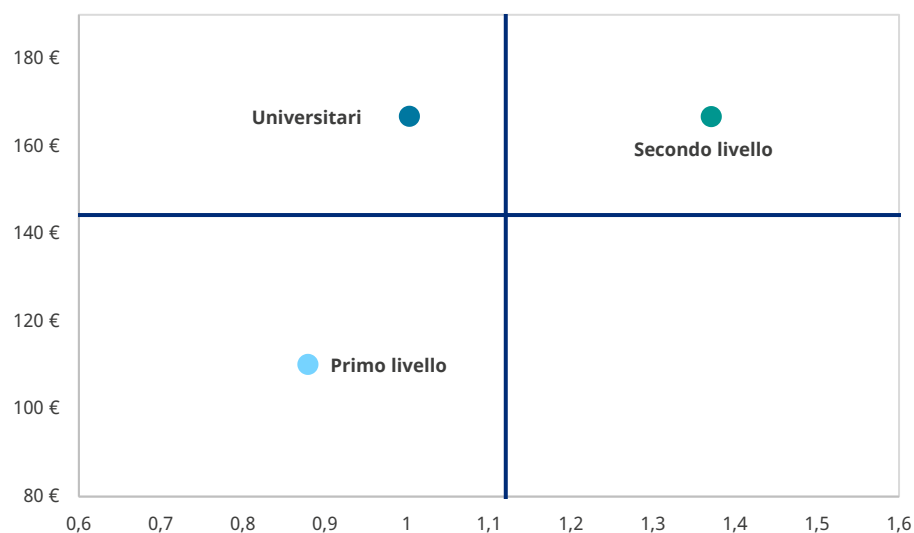
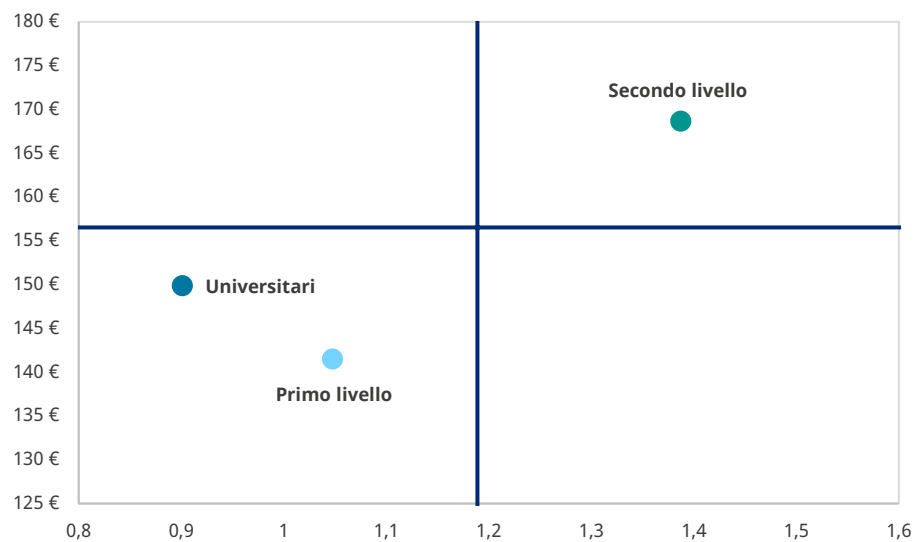
I grafici sotto riportati rappresentano i dati estratti dalla Tabella 5.2, evidenziando il posizionamento delle diverse strutture sanitarie rispetto al benchmark nazionale (Tabella 5.1)

**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 vengono ogni anno calcolati nel dettaglio anche per le **Unità Operative** di Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia e per l'Area Chirurgica.

In continuità con quanto introdotto nelle scorse edizioni, sono stati inclusi gli indicatori relativi agli **errori da parto**, che presentano **un costo** per le strutture di **175 € 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
<b>Chirurgia generale</b>			
1,32	Per 1000 ricoveri	187 €	Per ricovero
1,29	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	184 €	Per ricovero ponderato
<b>Ortopedia e traumatologia</b>			
2,76	Per 1000 ricoveri	166 €	Per ricovero
2,76	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	166 €	Per ricovero ponderato
<b>Ostetricia e ginecologia</b>			
1,09	Per 1000 ricoveri	293 €	Per ricovero
1,11	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	299 €	Per ricovero ponderato
<b>Area chirurgica</b>			
1,65	Per 1000 ricoveri	238 €	Per ricovero
1,64	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	237 €	Per ricovero ponderato
<b>Errori da parto</b>			
4,05	Per 10.000 parti	175 €	Per parto

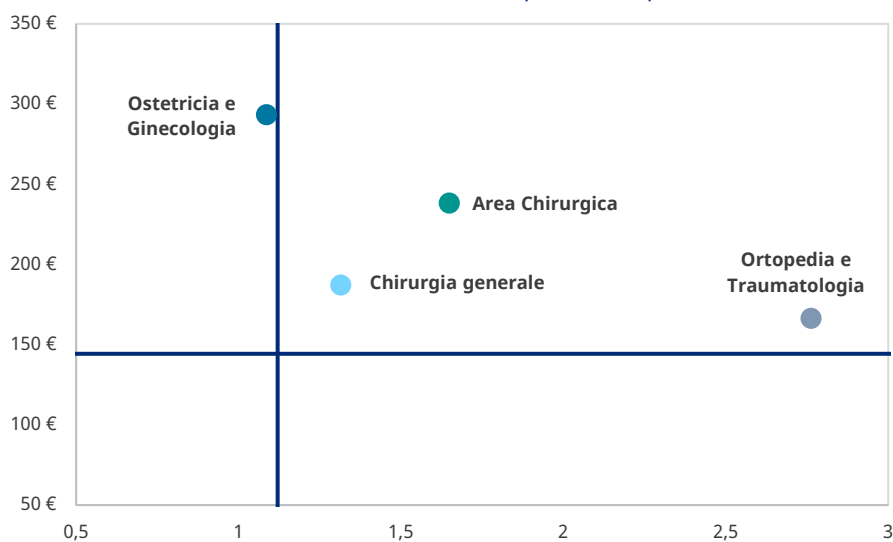
In linea con quanto osservato nelle edizioni passate, **Ostetricia e Ginecologia** si conferma come l'Unità Operativa **più costosa** (€ 299 per ricovero ponderato), in aumento dagli € 288 dell'anno scorso, seppur con una probabilità di richieste di risarcimento inferiore alla media (1,11 sinistri ogni 1.000 ricoveri ponderati).



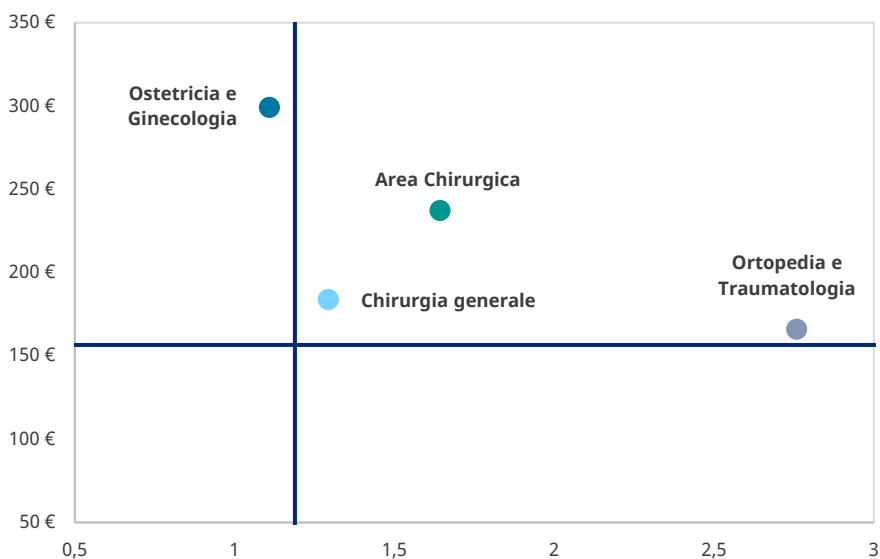
I grafici 5.6 e 5.7 rappresentano il posizionamento delle quattro Unità Operative considerate rispetto al benchmark dei ricoveri e dei ricoveri ponderati, calcolato sul campione nazionale (cfr. Tabella 5.1).

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 2,76; 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



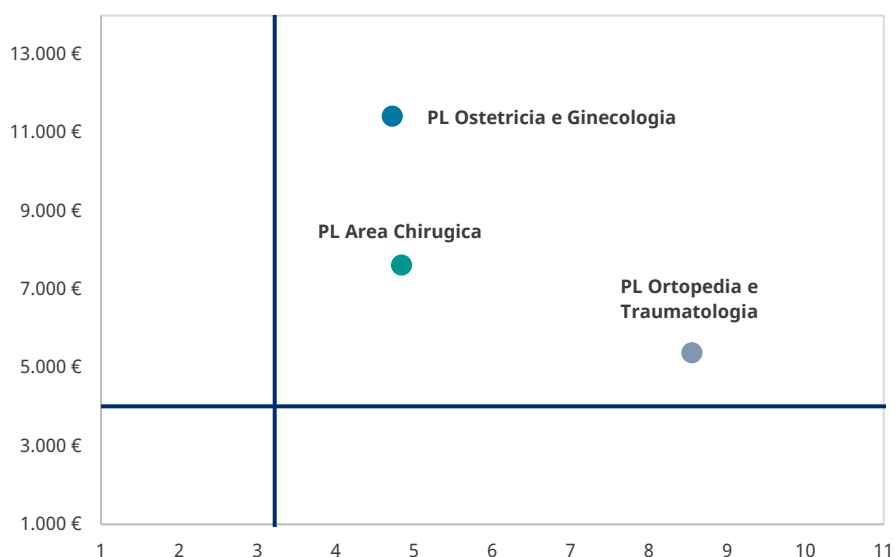
Allo stesso modo, si è deciso di calcolare l'**incidenza dei sinistri sui posti letto** delle Aziende Sanitarie.

Analogamente all'analisi sui ricoveri, risulta una **maggiore frequenza di sinistri (8,56) per ogni 100 posti letto in Ortopedia e Traumatologia**. Il peso maggiore in termini di costo è in aumento, e indubbiamente dato dall'**Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia**: oltre € 11.400 ogni posto letto.

**Tabella 5.4** Indicatori di rischio e costo per posti letto

N° sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
3,22	Per 100 posti letto	4.012 €	Per posto letto
4,84	Per 100 posti letto di chirurgia	7.619 €	Per posto letto per l'Area chirurgica
8,56	Per 100 posti letto di ortopedia	5.382 €	Per posto letto di ortopedia
4,72	Per 100 posti letto di ostetricia	11.422 €	Per posto letto di ostetricia

**Grafico 5.8** Indicatori di rischio e costi assicurativi per Unità Operativa — posti letto



Tutti questi dati si collegano con le osservazioni fatte nei capitoli precedenti.

Nel Capitolo 2 si sono analizzate le frequenze dei sinistri collegati al solo Rischio Clinico, ed è emerso come l'Unità Operativa di **Ortopedia e Traumatologia** risulti essere la **principale fonte di rischio per le Aziende Sanitarie**, con una percentuale pari al 19,1% sul totale dei sinistri. **Chirurgia Generale** e **Ostetricia e Ginecologia** si posizionano al terzo e al quarto posto, con una frequenza di quasi il 10% di richieste di risarcimento (cfr. Grafico 2.12).

I valori dei tassi che emergono dalle tabelle 5.3 e 5.4 e dai grafici 5.6, 5.7 e 5.8 sono coerenti non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche da quello qualitativo: l'analisi economica del Capitolo 3 ha infatti evidenziato come le Unità Operative analizzate in questo capitolo incidano significativamente sul costo totale dei sinistri (cfr. Grafico 3.6).









# Conclusioni

Trarre informazioni, comprendere le cause, identificare i pattern di rischio e adottare idonee strategie utili a determinare in quali aree intervenire e con quale ordine di priorità mediante l'analisi delle richieste di risarcimento danni, richiede un approccio metodico e strutturato che ogni anno il MedMal è in grado di vantare. L'attività necessita di una accurata raccolta dei dati, informazioni dettagliate su ciascun sinistro che consentano una loro organizzazione in un database centralizzato.

A tale fase di raccolta e **aggregazione** segue l'attività di **classificazione**. I sinistri vengono classificati e analizzati adottando diversi parametri quali: azienda coinvolta, data di denuncia, data di accadimento del danno lamentato, soggetto reclamante (paziente, operatore, eredi...), tipologia di sinistro (lesioni personali, decesso, danni a cose...), tipologia di evento denunciato (errore chirurgico, errore diagnostico, errore terapeutico, errore da parto...), dipartimento/reparto/ specialità in cui sono occorsi, aree di rischio, tipologia di procedimento (stragiudiziale, mediazione, contenzioso civile, contenzioso penale), stato della pratica (aperta, respinta, liquidata, chiusa senza seguito), data di chiusura della pratica, impatto economico (per pratiche aperte riservate e chiuse liquidate).

Il MedMal Report si basa sull'**analisi quali-quantitativa** dei sinistri, quale strumento in grado di valutare l'andamento e le caratteristiche dei sinistri, migliorare i processi e ridurre i rischi futuri.

L'analisi quantitativa verte sui dati numerici relativi ai sinistri, allo scopo di fornire alle strutture sanitarie una **maggior contezza delle aree più critiche**.

L'analisi qualitativa, invece, si concentra sulla **comprensione delle caratteristiche e delle cause di ogni sinistro**. Con la combinazione di tali analisi, il MedMal si pone l'obiettivo di supportare le Aziende Sanitarie a **migliorare la prevenzione dei sinistri** intervenendo su fattori di rischio identificati, **ottimizzare i costi assicurativi** e le riserve finanziarie, rafforzare la compliance ed il controllo interno, favorire la diffusione di una **cultura del rischio** all'interno delle Aziende, supportare le scelte strategiche aziendali e impostare un'attività di prevenzione mirata.

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 quindicesima 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.



## Su Marsh

Marsh, un business di Marsh McLennan (NYSE: MMC), è leader globale nel settore del broking assicurativo e della consulenza per il rischio. Marsh McLennan è la principale azienda al mondo di servizi professionali per la gestione del rischio, la strategia e il capitale umano, al fianco di clienti in oltre 130 Paesi attraverso quattro aziende: Marsh, Guy Carpenter, Mercer e Oliver Wyman. Con un fatturato annuo di 24 miliardi di dollari e più di 90.000 colleghi, Marsh McLennan aiuta aziende pubbliche e private a costruire il futuro facendo leva sul potere della prospettiva. Per maggiori informazioni, visitate [marshmclennan.com](https://marshmclennan.com) e seguiteci su LinkedIn e X.

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, insieme a Guy Carpenter, Mercer e Oliver Wyman.

Copyright © 2025, Marsh LLC. All rights reserved.  
25-514352