Marsh

XVI Edizione

Report MedMal



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

A business of Marsh McLennan

Giunto alla sua sedicesima edizione, il Report MedMal rinnova il contributo di Marsh alla comprensione e gestione del rischio sanitario, con l'obiettivo di fornire strumenti a supporto del processo decisionale che favoriscano percorsi di cura sempre più sicuri e affidabili.

MARCO ARALDI
Amministratore Delegato,
Marsh Italia



Introduzione 04

01 Campione di riferimento 07

1.1 Selezione dei dati 07

1.2 Sinistri senza seguito 10

1.3 Sinistri da danneggiamento accidentale 12

1.4 Sinistri in rischio struttura 13

02 Analisi delle frequenze 15

2.1 Andamento medio annuo dei sinistri per struttura 15

2.2 Stato delle pratiche e velocità di apertura/chiusura 16

2.3 Tipologie di procedimento 18

2.4 Tipologie di danno 20

2.5 Eventi denunciati 21

2.6 Aree di rischio 26

2.7 Unità Operative 27

03 Analisi economica 31

3.1 Costo dei sinistri 31

3.2 Importo liquidato 38

3.3 Importo riservato 45

3.4 Costo per tipologia di struttura 47

3.5 Top Claims 48

04 Approfondimenti 51

4.1 Le infezioni correlate all'assistenza 53

4.2 Il richio lavoratore 62

4.3 Le analoghe misure: Fondo rischi e fondo riserva sinistri, DM 232/23 68

05 Indicatori di rischio 71

Conclusioni 83

Contents

Introduzione

Il fenomeno della Medical Malpractice e le sue implicazioni giuridiche, economiche ed organizzative si pone, ormai da diversi anni, al centro dell'attenzione di decisori pubblici ed operatori del settore.

In questo contesto, Marsh è lieta di presentare la XVI edizione del Report MedMal, un appuntamento ormai consolidato che, anno dopo anno, offre una fotografia dettagliata e aggiornata dell'andamento delle richieste di risarcimento danni da Medical Malpractice e della gestione del rischio nelle aziende sanitarie.

Attraverso l'esame dei dati raccolti in un arco temporale definito, il Report si propone di individuare tendenze significative, variazioni nel numero e nella tipologia delle richieste. Il Report vuole essere uno strumento strategico per le aziende sanitarie, ponendosi una duplice finalità: da un lato il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure per i pazienti grazie all'identificazione, analisi e valutazione continua dei rischi; dall'altro la maggiore sostenibilità economica e organizzativa delle aziende sanitarie.

L'approccio metodologico utilizzato per lo sviluppo di tale Report si basa sull'analisi dei **sinistri da responsabilità civile verso terzi/prestatori d'opera**.

I principali contenuti del Report, sebbene il team di lavoro analizzi tutte le richieste di risarcimento danni provenienti dal campione di aziende sanitarie Nazionali che in forma anonima decidono di condividere con Marsh le proprie informazioni, sono relativi all'analisi dei dati sulla Medical Malpractice in termini di **numero di richieste di risarcimento danni** in base ad aspetti come struttura, Unità Operative, anno, tipologia di eventi (errori chirurgici, diagnostici, terapeutici), soggetti coinvolti (paziente, operatore), esiti per i pazienti, tempi medi di risoluzione delle controversie.

Tale analisi qualitativa si completa con una panoramica sui costi sostenuti dalle aziende e sviluppa dei focus che permettono di approfondire delle tematiche specifiche. Sebbene, come detto sopra, il Report abbia uno specifico focus sul paziente e sugli eventuali eventi che hanno comportato ad esso un danno, offre altresì una panoramica anche su **eventi che coinvolgono il professionista** che opera all'interno della struttura sanitaria, tematica affrontata nel focus dedicato al rischio lavoratore.

La XVI edizione del Report affronta, nei suoi **approfondimenti**, i temi legati alle **infezioni correlate all'assistenza (ICA), al rischio lavoratore e al fondo rischi introdotto dal *Decreto attuativo n.232 Legge 24/2017***, ponendosi come strumento di informazione e aggiornamento su tematiche di interesse nazionale, con l'obiettivo finale di supportare le aziende sanitarie, i decisori pubblici e gli operatori del settore nell'elaborazione di politiche e interventi volti a migliorare la sicurezza del paziente, ridurre il contenzioso e garantire una gestione più efficiente delle risorse.

Il tema delle infezioni correlate all'assistenza (**ICA**) è oggetto di notevole attenzione e di ricerche. Le 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. 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.

Il secondo **approfondimento** è dedicato al **rischio lavoratore**. Le aziende sanitarie rappresentano ambienti di lavoro particolarmente complessi, caratterizzati da una molteplicità di rischi legati sia alla natura delle attività svolte, sia all'esposizione a fattori biologici, chimici, fisici e psicosociali. Il rischio per i lavoratori in ambito sanitario risulta dunque significativamente elevato, richiedendo una **valutazione costante e misure di prevenzione e protezione** adeguate.

Sono diversi i rischi cui sono esposti i lavoratori delle aziende sanitarie, ad esempio il rischio biologico, chimico, ergonomico, fisico, rischio da infortuni (cadute, tagli, punture accidentali) ed il rischio psicosociale e stress lavoro-correlato, determinato da turni prolungati, carichi di lavoro elevati, coinvolgimento emotivo, aggressioni da parte dell'utenza, mancanza di supporto organizzativo richiedendo un **approccio integrato** da parte delle aziende sanitarie e socio-sanitarie.

L'approfondimento che propone la XVI edizione del Report si focalizza proprio su quest'ultimo rischio che incide notevolmente sulla salute mentale e sul benessere psicofisico del lavoratore, sottolineando che la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori in ambito sanitario sia una priorità assoluta, non solo per la salvaguardia dell'integrità fisica e mentale degli operatori, ma anche per garantire un servizio assistenziale efficace e sicuro per i pazienti.

Il terzo **approfondimento** proposto nella XVI edizione del MedMal Report è dedicato all'istituzione del **fondo rischi** ai sensi del DM 232/2023 nelle aziende sanitarie.

Il Decreto del Ministero della Salute n. 232 del 29 dicembre 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 2 gennaio 2024, introduce l'**obbligo per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di istituire un fondo specifico a copertura dei rischi individuabili** al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento danni a carico della struttura. Il provvedimento si inserisce nel quadro normativo delineato dalla Legge Gelli-Bianco (L. 24/2017). Il focus proposto nel Report affronterà i temi relativi alle modalità di costituzione e utilizzo del fondo, impatti organizzativi e gestionali e finalità del fondo stesso.

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, nonché di eventuali correlazioni con fattori strutturali e organizzativi del sistema sanitario.

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

Il Report MedMal, elaborato e presentato annualmente da Marsh per il mondo della sanità, rappresenta una fotografia dei sinistri di un campione di aziende sanitarie pubbliche e private. Il campione di riferimento, in crescita nel corso degli anni, riflette una maggiore attenzione al fenomeno della Medical Malpractice e consente un'analisi sempre più accurata e rappresentativa delle dinamiche coinvolte.

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. I sinistri presentati nel Report MedMal non appartengono solo ad aziende clienti ma 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 sedicesma edizione del Report MedMal vede l'adesione di **84 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 della 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 2025
Primo livello	28,8%
Secondo livello	60,2%
Universitaria	11,0%

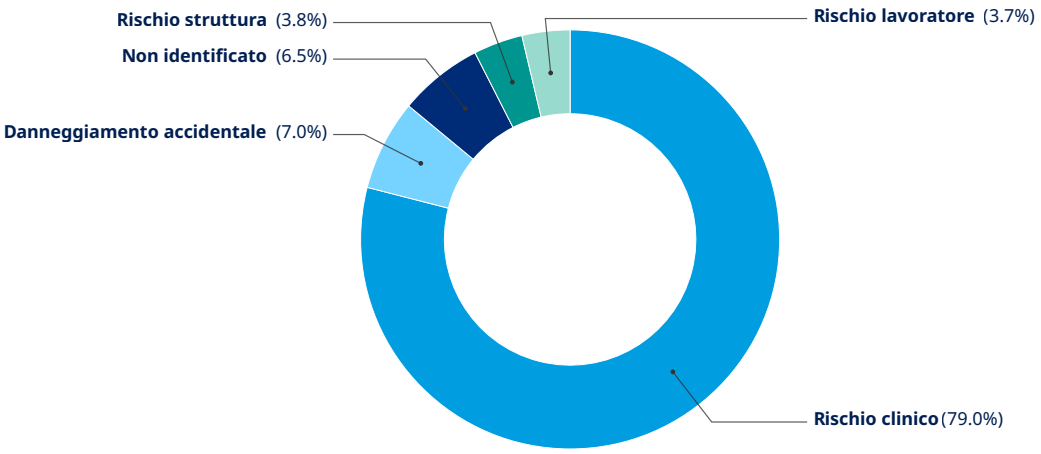
Il perimetro del campione fornito dalle aziende sanitarie di questo studio è relativo ai sinistri da **responsabilità civile verso terzi/prestatori d'opera (RCT/O)** con anno di denuncia dal **2007 al 2024**. Il database della sedicesima edizione del Report MedMal conta complessivamente **31.986 sinistri**.

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, il **79 %** delle richieste di risarcimento pervenute **afferisce alla categoria del rischio clinico**. La **seconda fonte di rischio** è il **danneggiamento accidentale di oggetti personali** (7,0%), seguito dal **rischio strutturale** (3,8%); gli eventi denunciati in seguito a **danni subiti da operatori** sono il 3,7% del campione.

All'interno della categoria "Non identificato" sono confluite tutte quelle richieste di risarcimento danni per le quali non è stato possibile procedere ad una classificazione del dato; rappresentano il 6,5% dei sinistri analizzati, **un valore in aumento rispetto alle scorse edizioni del Report**.

La presenza di numerosi casi “Non identificati” può essere attribuita a diversi fattori, spesso legati a limiti organizzativi e documentali. A titolo esemplificativo: carenza di dati strutturati e sistemi informativi poco integrati tra area clinica, amministrativa e assicurativa, documentazione incompleta o poco dettagliata (spesso infatti le richieste di risarcimento danni non contengono dati sufficienti per identificare Unità Operativa), tipologie dell’evento e/o altro, ritardi nella trasmissione o gestione dei dati (spesso la richiesta poco dettagliata perviene alla struttura anni dopo l’evento), ecc... La criticità che si segnala rispetto alla categoria di “Non identificati” è che essi rappresentano una zona grigia che limita l’efficacia delle politiche di prevenzione del rischio e miglioramento della qualità e sicurezza dei servizi offerti. Lavorare su una migliore qualità del dato, integrazione tra sistemi e formazione del personale può ridurre significativamente questa criticità.

L’obiettivo che si pone il Report MedMal è fornire **un’analisi sistemica** dei sinistri correlati a malpractice medica al fine di supportare le aziende sanitarie ad individuare le aree di maggiore criticità, supportare l’adozione di misure preventive e migliorare la qualità e le sicurezze delle cure erogate.

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 struttura e rischio lavoratore a cui, però, sarà dedicato uno specifico focus.

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[1]

N. sinistri totali	31.986
N. sinistri selezionati	23.637
Personale sanitario	123.772
Medici	21.065
Infermieri	54.273
Posti letto (PL)	41.945
Ricoveri	1.096.650

Nota tecnica: La riclassificazione dei dati è stata svolta a partire dalle descrizioni dei sinistri, laddove presenti, in modo da inglobarli nelle categorie che saranno descritte nell’apposita sezione (“eventi denunciati”). Un maggiore dettaglio in fase di raccolta dati consente una più precisa collocazione degli eventi all’interno delle categorie di danno. **La completezza dei dati è un requisito fondamentale per strutturare un’analisi di rischio che possa effettivamente rivelarsi utile alla realizzazione di azioni correttive mirate.**

1 | 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'analisi dei sinistri senza seguito è una **fonte d'informazione importante**, in quanto permette di individuare punti deboli, prevenire errori, gestire in modo più puntuale il rischio sanitario, oltre a consentire un'efficienza operativa e una migliore allocazione delle risorse in quanto la comprensione del peso di tali sinistri consente all'azienda di stimare meglio i costi nascosti e ottimizzare i processi.

L'analisi dei sinistri senza seguito, inoltre, è un indicatore di trasparenza verso il personale, i pazienti e le istituzioni poiché permette di valutare i livelli di rischio e supportare le decisioni strategiche per pianificare interventi formativi, modifiche organizzative e politiche di gestione del rischio.

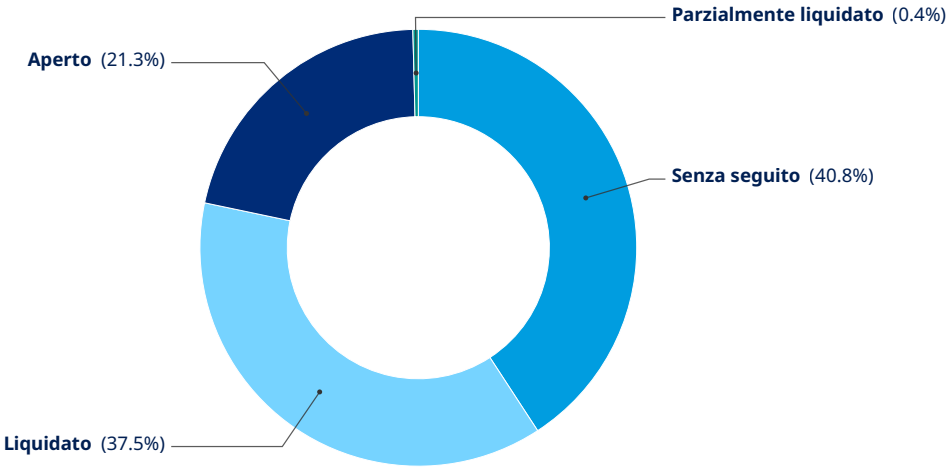
Dall'analisi del campione analizzato nel Report si nota come **il tempo medio di gestione** di un sinistro senza seguito sia **superiore** di circa 7 mesi rispetto al tempo medio di liquidazione di una pratica ove venga accertata la responsabilità dell'Ente.

Tabella 1.3 | Tempo medio di chiusura delle pratiche

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

Le pratiche senza seguito costituiscono, inoltre, una quota rilevante di richieste di risarcimento che pervengono alle aziende sanitarie, con il **40,8% di incidenza sul totale dei sinistri**.

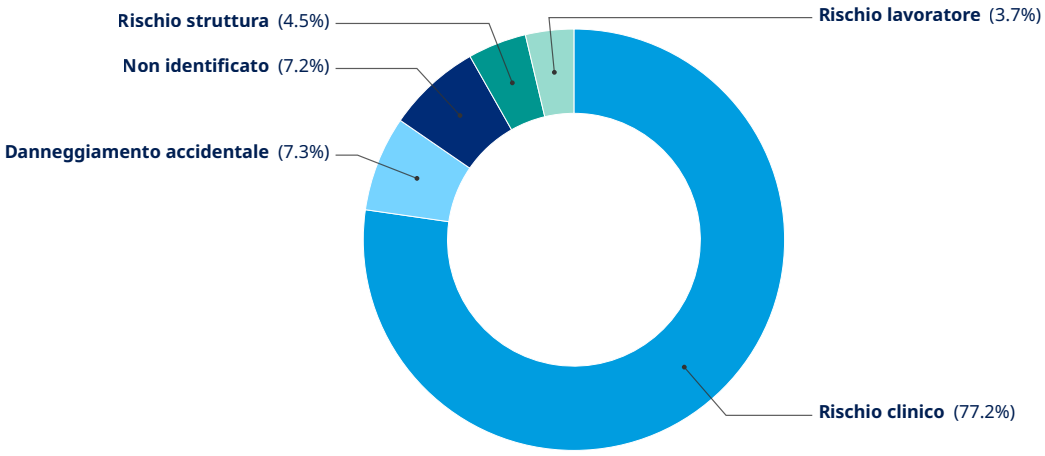
Grafico 1.2 | Stato delle pratiche (campione complessivo)



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.

Ad ulteriore conferma della complessità di gestione delle pratiche senza seguito, si evidenzia che il 77% di tali pratiche è relativo 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 20,7% e il 20,2%, seguiti in misura minoritaria dalle **cadute accidentali** (10,6%) e dagli errori terapeutici (9,9%)

Tabella 1.4 | Eventi denunciati — pratiche senza seguito

Evento denunciato — pratiche senza seguito	% sul totale delle pratiche senza seguito
Errore diagnostico	20,67%
Errore chirurgico	20,15%
Caduta accidentale	10,59%
Errore terapeutico	9,92%
Furto/Smarrimento	6,35%
Infezione	4,01%
Danni a cose	3,84%
Errore assistenziale	3,78%
Errore procedure invasive	2,91%
Infortunio/Malattia professionale	2,84%
Errore da parto/cesareo	2,48%
Livello di servizio	2,26%
Errore anestesiologico	2,00%
Errore trasfusionale	1,19%
Errore di prevenzione	1,08%
Altro	5,93%

Nota tecnica: La Tabella 1.4 è rappresentativa solo di quei sinistri riconducibili a un determinato evento e non comprende quindi quelle richieste di risarcimento "non identificate", mancanti di descrizione.

1.3 Sinistri da danneggiamento accidentale

Nell'ambito della gestione del rischio e dell'analisi della sinistrosità, meritevoli di attenzione sono anche i sinistri da danneggiamento accidentale che nel campione del MedMal Report riguardano 2.228 sinistri, rappresentando il **7% del totale**.

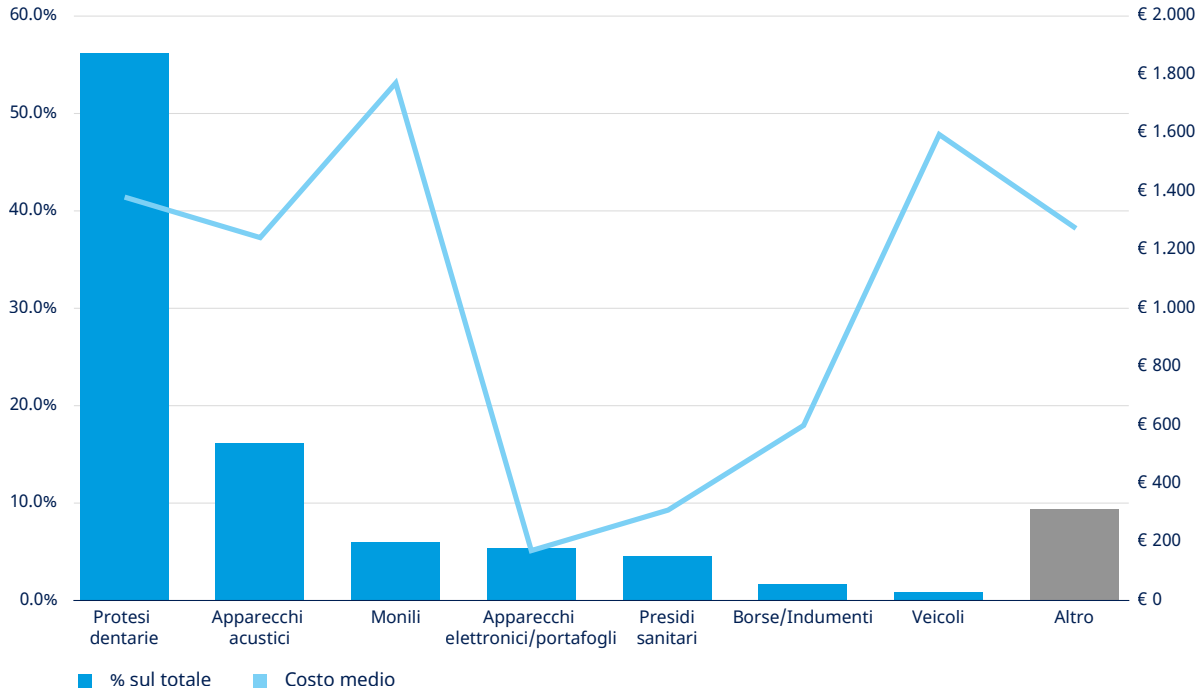
Tali richieste, pur non configurandosi come eventi di malpractice medica, impattano in modo rilevante sulla gestione amministrativa e sull'immagine aziendale. Si tratta per il 20,3% di richieste di risarcimento per **danni a cose**, categoria che include danni accidentali che portano alla rottura o danneggiamento di oggetti (occhiali, indumenti, ecc...) e per il 79,7% di richieste per **furti e smarrimenti** all'interno delle strutture sanitare.

Le richieste risarcitorie per furti o smarrimenti riguardano principalmente:

- Protesi dentarie (apparecchi, bytes, dentiere);
- Apparecchi acustici (cuffie, protesi acustiche);
- Monili (gioielli, orologi);
- Apparecchi elettronici/portafoglio (cellulare, computer, soldi, portafogli);
- Presidi sanitari (collari, tavole, occhiali, plantari);
- Borse/Indumenti (borsette, sacche, vestiti);
- Veicoli (biciclette, motocicli, automobili);
- Altro (laddove non fosse possibile individuare cosa contenessero gli effetti personali).

Nell'analisi dei sinistri da danneggiamento accidentale e nella distribuzione degli oggetti, sotto presentata, sono inclusi anche i sinistri senza seguito, che rappresentano il 41% del campione totale dei furti (esattamente 921 richieste di risarcimento danni), perfettamente in linea con il MedMal Report; questo spiega anche il costo medio contenuto.

Grafico 1.4 | Furto e Smarrimento: distribuzione di frequenza e costo medio dei principali oggetti



L'analisi delle richieste di risarcimento per furti e smarrimenti offre uno spunto importante per **migliorare l'organizzazione interna, ridurre i contenziosi non clinici e accrescere la fiducia dell'utenza**. Una gestione proattiva di questi eventi rappresenta una componente fondamentale del sistema di gestione del rischio aziendale e della qualità percepita.

1.4 Sinistri in rischio struttura

Altra categoria di rischio e quindi di richieste di risarcimento danni trattata nel MedMal Report è il rischio struttura che, nel campione oggetto di studio, rappresenta il **3,8% dei sinistri totali** (ovvero 1209 sinistri).

I rischi strutturali fanno riferimento a condizioni fisiche e ambientali delle strutture sanitarie che possono causare danni a pazienti, visitatori e operatori sanitari. Alcuni esempi sono pavimentazioni sconnesse o scivolose, crolli di intonaco, malfunzionamento di porte automatiche.

Sebbene l'entità economica dei risarcimenti sia spesso contenuta, l'impatto in termini di ricadute organizzative e reputazionali può essere significativo, specialmente se gli eventi coinvolgono soggetti fragili.

Relativamente alle richieste di risarcimento danni, la distribuzione di tale tipologia di eventi è la seguente:

Tabella 1.5 | Frequenza in percentuale dello stato delle pratiche correlate al rischio struttura

Aperto	11,1%
Liquidato	40,2%
Parzialmente liquidato	0,09%
Senza seguito	48,7%

La percentuale minima di aperti, diversamente dai liquidati, potrebbe indicare una tendenza a chiudere con liquidazione in tempi ristretti. Ciò viene anche confermato dall'analisi dei tempi di chiusura di questa tipologia di eventi che viene **liquidata in 1,4 anni**.

Altra percentuale meritevole di attenzione di tale categoria di rischi è relativa ai sinistri senza seguito, 48,7% la cui chiusura però risulta più lunga attestandosi sui 2.3 anni.

I rischi strutturali rappresentano una **componente importante della responsabilità patrimoniale delle aziende**. Affrontarli in modo sistemico, identificandoli e mitigandoli, significa tutelare la sicurezza degli utenti, limitare l'esposizione al contenzioso e promuovere un ambiente di cura più sicuro ed accogliente. La loro gestione deve essere parte integrante del sistema di gestione del rischio aziendale e delle politiche di miglioramento continuo.





Analisi delle frequenze

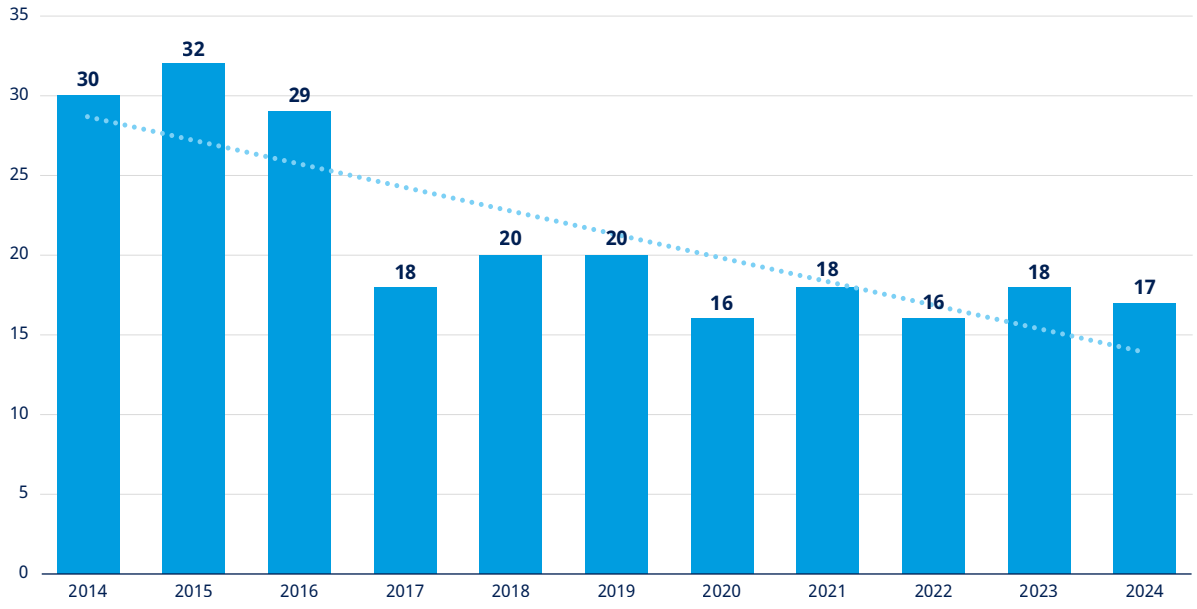
2.1 Andamento medio annuo dei sinistri per struttura

Ogni anno il MedMal Report si arricchisce di contenuti grazie all'adesione di nuove aziende e quindi all'incremento di richieste di risarcimento danni. Ciò determina, nel corso delle varie edizioni, una modifica del campione oggetto d'analisi. 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.

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.

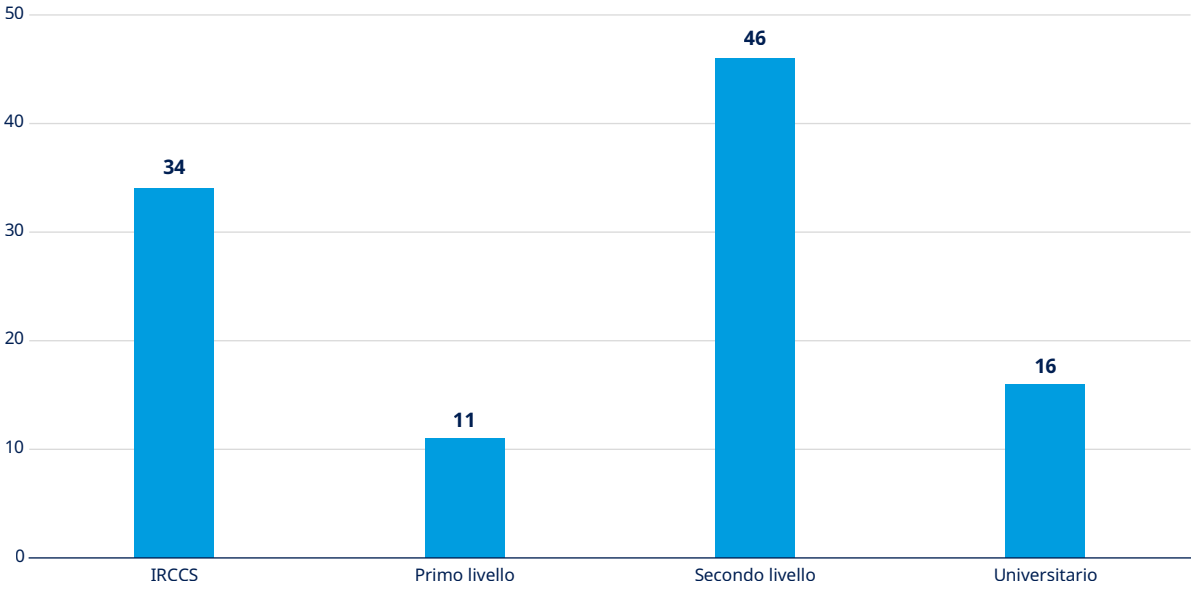
Il Grafico sottostante (Grafico 2.1) — relativo alle **richieste di risarcimento danni ricevute da ogni singola struttura nel periodo 2014-2024** — mostra una media di 21 sinistri all'anno. La XVI edizione del MedMal Report evidenzia un trend di diminuzione nel numero di richieste per singola struttura, corrispondente complessivamente al **– 7%**.

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 IRCSS. 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

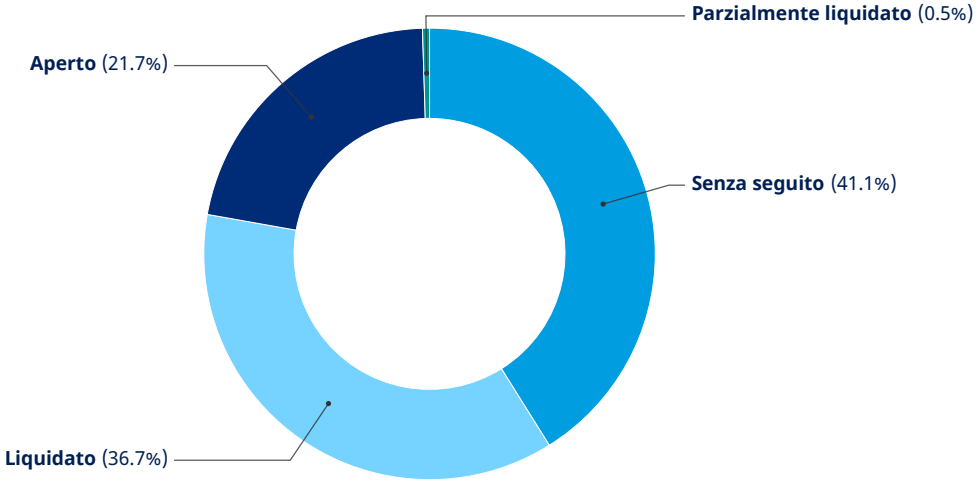


2.2 Stato delle pratiche e velocità di apertura/chiusura

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 **41,1%**, rispetto a quelli aperti e liquidati.

Il **36,7%** dei sinistri analizzati corrisponde infatti a **pratiche concluse con liquidazione di un importo al danneggiato**, mentre **il 21,7%** è relativo a **pratiche ancora aperte**. Si sottolinea, inoltre, una percentuale piuttosto bassa, pari allo 0,5%, 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.

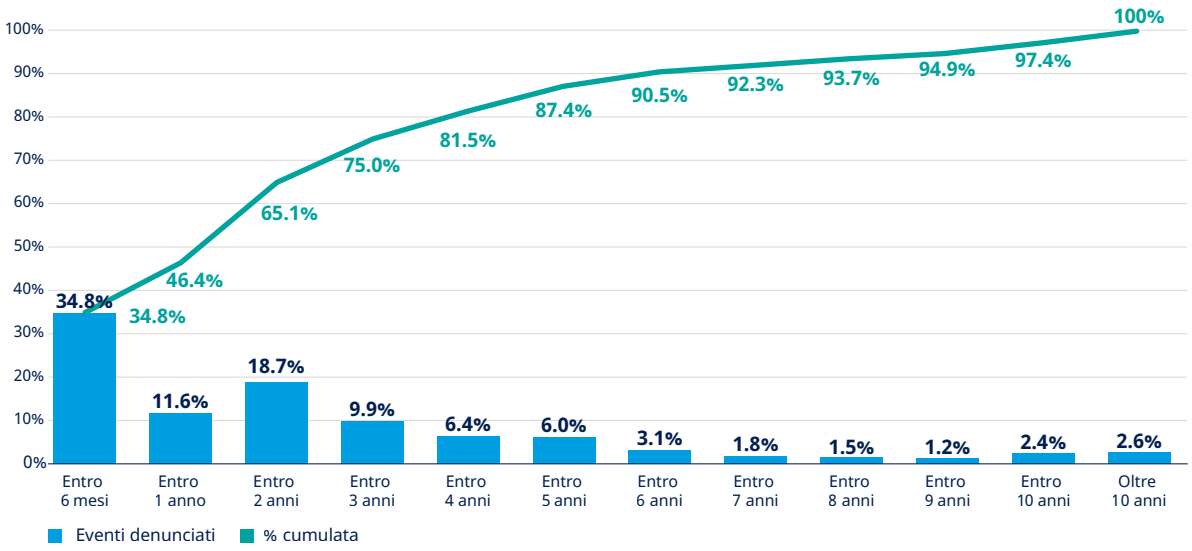
Grafico 2.3 | Distribuzione percentuale dello stato della pratica



Per quanto riguarda i tempi di apertura dei sinistri, circa il **35% degli eventi** dà luogo ad una richiesta di risarcimento danni **entro 6 mesi dalla data di accadimento**, mentre più del **90%** viene **denunciato entro 6 anni**.

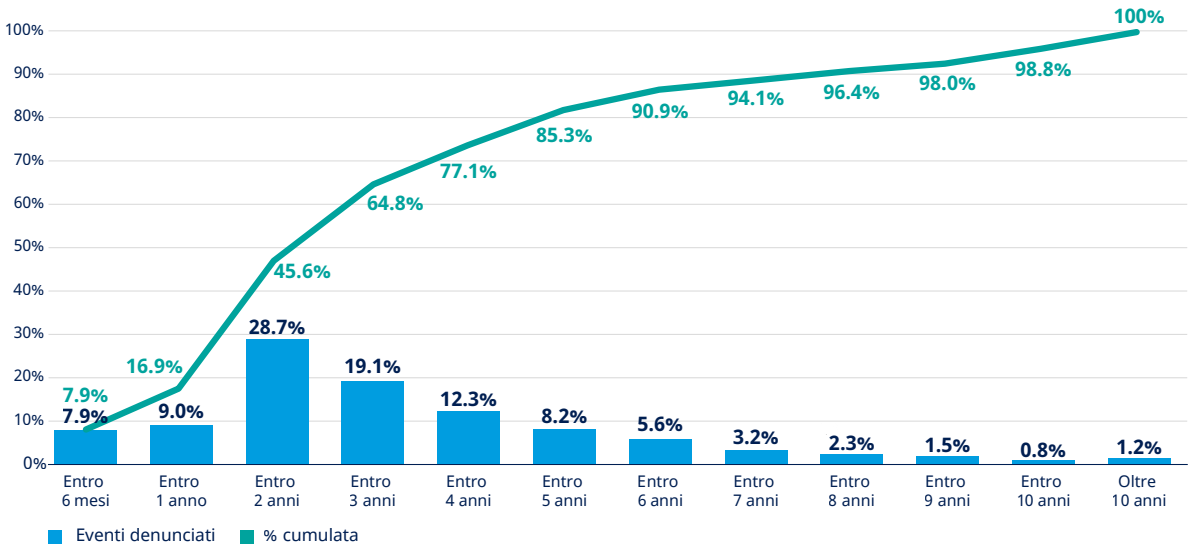
I tempi calcolati risultano in linea a quanto osservato nella precedente edizione del Report, con un **tempo medio di apertura del sinistro pari a 2,4 anni dal verificarsi del fatto lesivo**.

Grafico 2.4 | Velocità di denuncia



Il Grafico 2.5. valuta invece i **tempi di chiusura dei sinistri**. Il **65%** delle pratiche viene **chiuso entro i 3 anni dalla denuncia**, arrivando ad **oltre il 90% entro 6 anni**. Il **tempo medio di chiusura** risulta in linea con gli studi passati, **rimanendo pari a 2,8 anni**.

Grafico 2.5 | Velocità di chiusura





2.3 Tipologie di procedimento

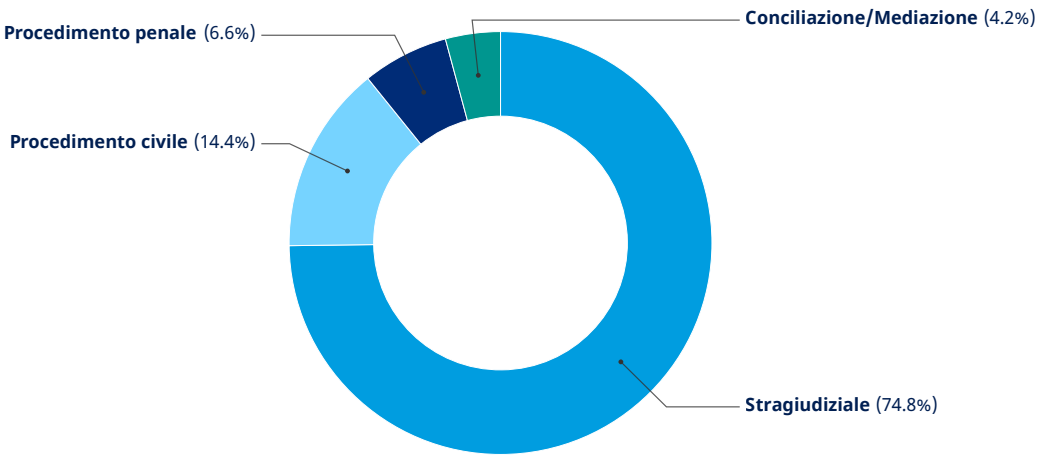
Le richieste di risarcimento avanzate nei confronti delle aziende sanitarie sono gestite tramite procedimenti di diversa natura. Sulla base della disponibilità di tale informazione nei differenti database delle aziende, i sinistri sono stati suddivisi nelle seguenti categorie:

- **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 **74,8%**, anche se in diminuzione rispetto alla precedente edizione, in cui si attestavano al 75,8%. Il ricorso prevalente a procedimenti stragiudiziali ha differenti aspetti benefici per le aziende sanitarie tra cui il contenimento dei costi (meno spese processuali), una maggiore prevedibilità dell'esito, poiché diventa più facile stimare il rischio riducendo l'aleatorietà rispetto al giudizio di un giudice, una migliore gestione del rischio reputazionale e relazionale mantenendo anche un clima più collaborativo con pazienti e familiari e una riduzione di stress operativo in quanto tale procedimento richiede minori sforzi di risorse interne (legali, amministrative) dedicate al contenzioso prolungato.

I procedimenti **giudiziali** (civili e penali) sono complessivamente il **21%**, con un aumento dei procedimenti penali dal 6% dello scorso anno. Il ricorso alla **mediazione è rimasto stabile**, intorno al **4%**.

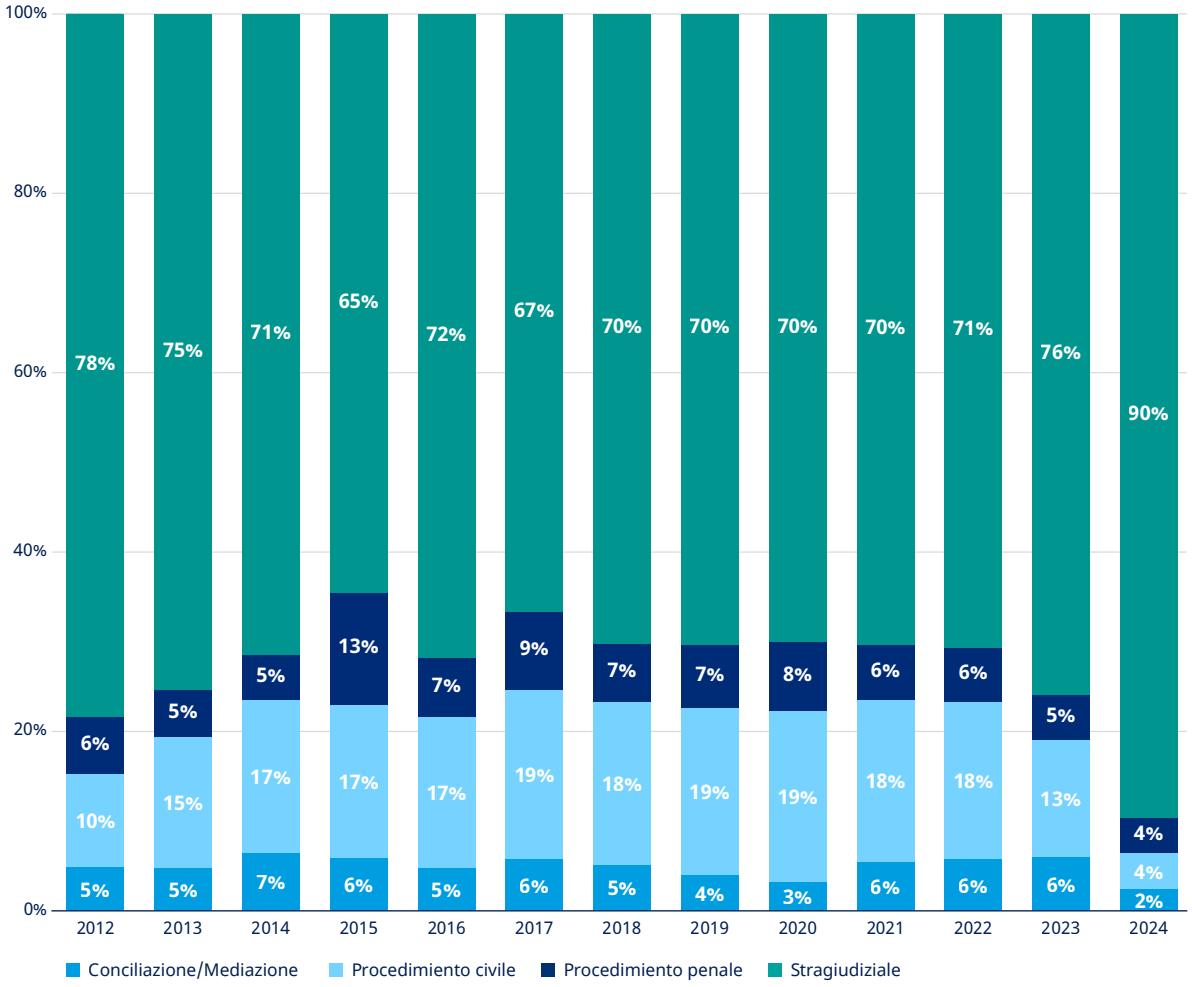
Grafico 2.6 | Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento



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

Osservando la distribuzione delle tipologie di procedimento nelle annualità considerate emerge, in linea con quanto osservato nel corso delle precedenti edizioni del MedMal Report, un progressivo **aumento dei procedimenti civili fino ad un picco nel 2020** — in cui si registra una percentuale del 19% degli stessi — seguito da valori in costante diminuzione.

Grafico 2.7 | Andamento percentuale per an no 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 (tra i 2 anni e mezzo e i 3). I **tempi maggiori** si evidenziano invece nei **procedimenti civili** (4 anni e mezza in media dal momento dell'apertura del sinistro) ed in quelli **penali** (3,6 anni dall'apertura).

Tabella 2.1 | Tempi medi di chiusura per tipologia di procedimento

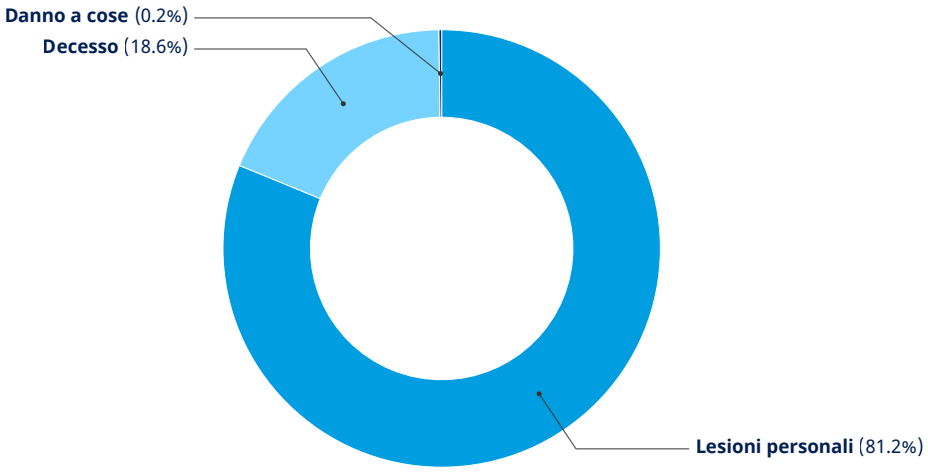
Tipologia di procedimento	**Tempo medio di apertura delle pratiche** (in anni)	**Tempo medio di chiusura delle pratiche** (in anni)
Procedimento civile	3,2	4,5
Procedimento penale	1,2	3,6
Mediazione	2,8	2,9
Stragiudiziale	2,3	2,5



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 0,2% del totale.

Sulle **due tipologie di danno maggiormente rappresentative** (lesioni personali e decesso), sono stati analizzati i tempi medi di apertura e chiusura dei sinistri. Se per la **fase di apertura** entrambe le tipologie considerate presentano **valori pressoché analoghi**, per la **fase di chiusura** dei sinistri si riscontrano maggiori **variazioni**: le **lesioni personali**, verosimilmente di più facile interpretazione, vengono **gestite più velocemente**, richiedendo **circa 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	2,5	2,7
Decesso	2,2	3,5



2.5 Eventi denunciati

Il sistema sanitario si configura come un'organizzazione altamente complessa, caratterizzata da una rete articolata di processi clinici, amministrativi e gestionali che coinvolgono una molteplicità di attori: professionisti sanitari, pazienti, strutture ospedaliere, enti regolatori e soggetti assicurativi. La natura stessa delle attività svolte, spesso ad alto contenuto tecnico e in condizioni di incertezza, espone il sistema a un elevato livello di rischio clinico e organizzativo.

Tale complessità è amplificata dalla **continua evoluzione normativa**, dall'**innovazione tecnologica**, dall'aumento della domanda di salute e dalle crescenti **aspettative dei cittadini** in termini di qualità, sicurezza e trasparenza. In tale contesto, in cui si intrecciano aspetti clinici, organizzativi, normativi ed etici, diventa sempre più necessario un **equilibrio costante tra qualità delle cure, sostenibilità economica e tutela dei diritti dei pazienti**.

In quest'ottica, si rende indispensabile l'implementazione di un sistema strutturato ed efficace di gestione del rischio, inteso come insieme coordinato di attività volte all'identificazione, valutazione, monitoraggio e mitigazione dei rischi clinico-assistenziali. Una governance del rischio ben progettata consente non solo di migliorare la sicurezza delle cure, ma anche di tutelare la reputazione dell'organizzazione, ottimizzare l'uso delle risorse e ridurre l'esposizione a contenziosi e oneri assicurativi.

Investire in cultura del rischio e in modelli proattivi di gestione, basati sull'analisi dei dati, sulla formazione continua e sulla promozione di buone pratiche, rappresenta oggi un elemento chiave per garantire la sostenibilità e la resilienza del sistema sanitario nel lungo periodo.

In una organizzazione così complessa, infatti, **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*"[2] 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

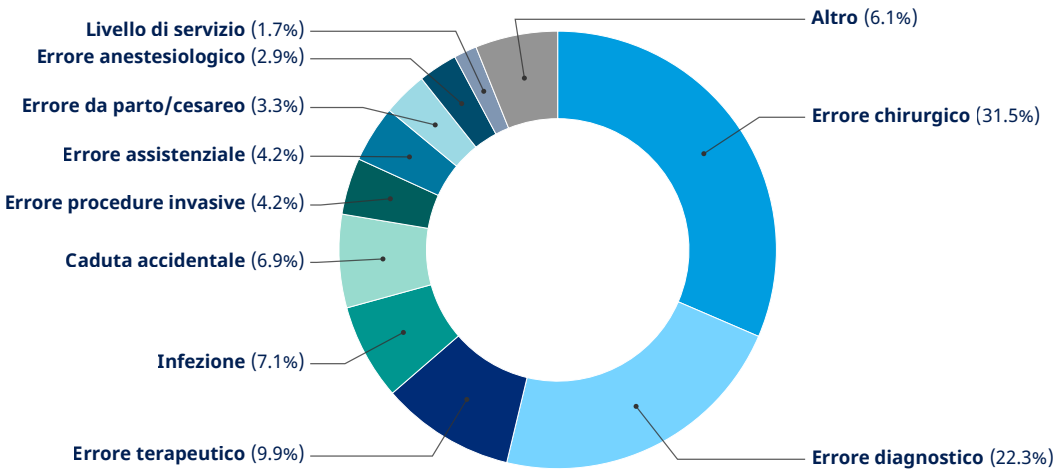
Classificazione evento	Descrizione
Aggressione	Qualsiasi tipo di violenza, fisica e/o verbale, a danno di paziente da chiunque (operatore sanitario, altro paziente, familiare, visitatore) compiuta all'interno di strutture sanitarie.
Autolesione/Suicidio	Atti auto lesivi, tentato suicidio, suicidio del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



Le percentuali osservate rispetto ai diversi sinistri denunciati si conformano al trend già emerso nelle precedenti edizioni di questo Report, e vedono **al primo posto l'errore chirurgico che coinvolge il 31,5% dei sinistri**, al secondo l'**errore diagnostico** (22%) e al terzo quello **terapeutico** (10%). Seguono, ancorché in misura minoritaria: infezioni e cadute accidentali (7%); errori connessi a procedure invasive e assistenziali (4%); errori da parto/cesareo (3,3%).

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

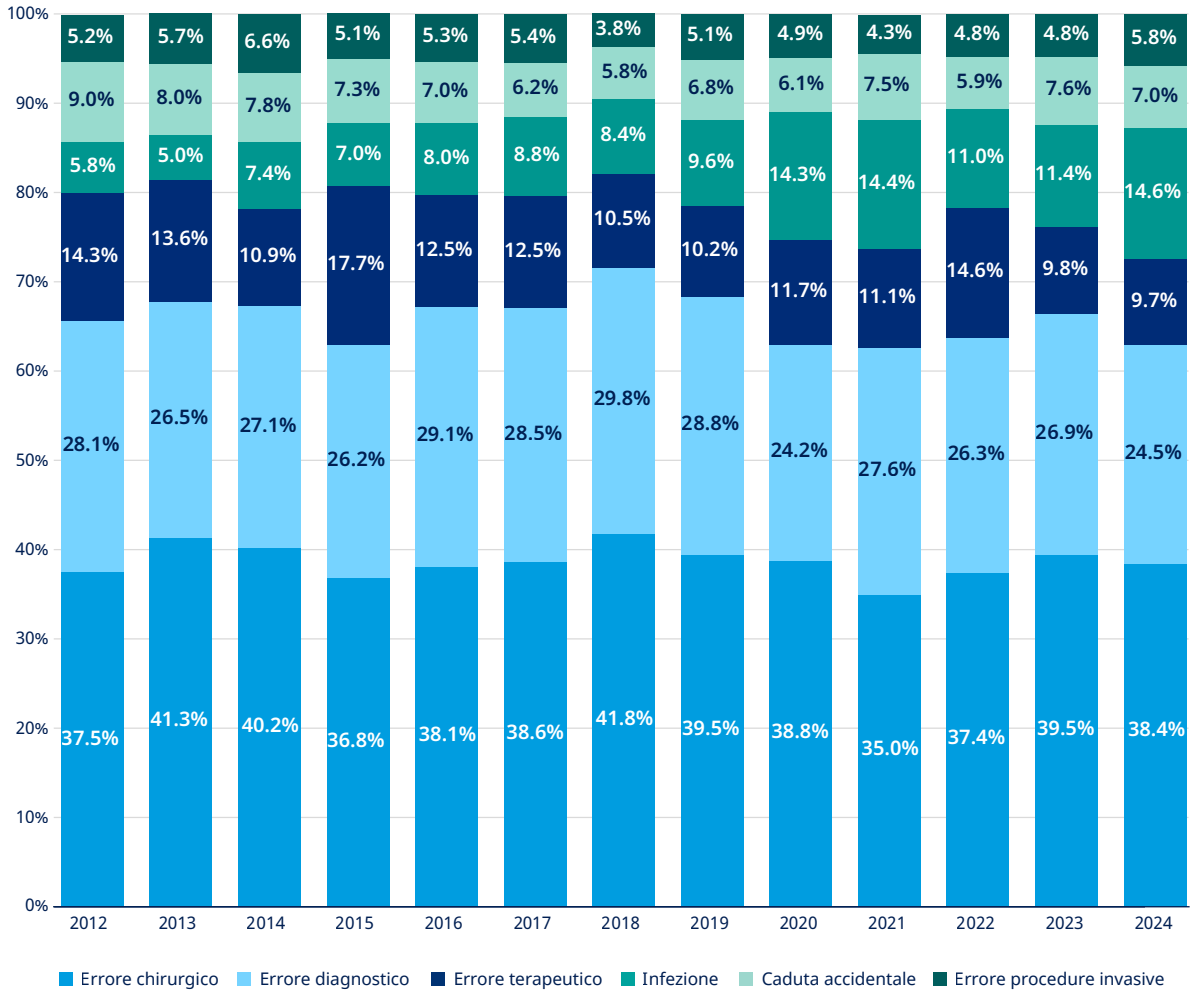
Grafico 2.9 | Distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato





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 negli ultimi cinque anni** considerati, dovuto in particolar modo alla pandemia da Covid-19.



All'interno del contenzioso MedMal altra area rilevante è rappresentata dalle richieste di risarcimento danni derivanti da errori connessi a procedure invasive. Tali procedure, che comprendono manovre endoscopiche, biopsie, posizionamento di cateteri, ecc., comportano per loro natura un potenziale elevato di eventi avversi. Nel periodo analizzato, le richieste di risarcimento danni relative a questa categoria hanno registrato un andamento costante, con una percentuale di circa il 5% in tutti i 15 anni analizzati. Dal punto di vista assicurativo, le procedure invasive rappresentano spesso sinistri ad alta intensità risarcitoria, specialmente quando coinvolgono danni permanenti, esiti invalidanti o decessi. Una gestione proattiva e strutturata del rischio in queste aree ad alta complessità è dunque essenziale per la tutela sia del paziente sia dell'azienda sanitaria.

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 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.

Gli **errori terapeutici**, quali errori afferenti all'indicazione di terapie non farmacologiche errate o non appropriate, nonché l'erogazione di trattamenti non idonei al paziente, risultano alle volte più complessi, e presentano quindi tempi di chiusura più lunghi rispetto alla media.

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)
Errore chirurgico	2,8	2,9
Errore diagnostico	2,1	3,0
Errore terapeutico	2,3	3,2
Infezione	3,0	3,0
Caduta accidentale	0,4	2,0
Errore procedure invasive	1,5	2,7

2.6 Aree di rischio

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

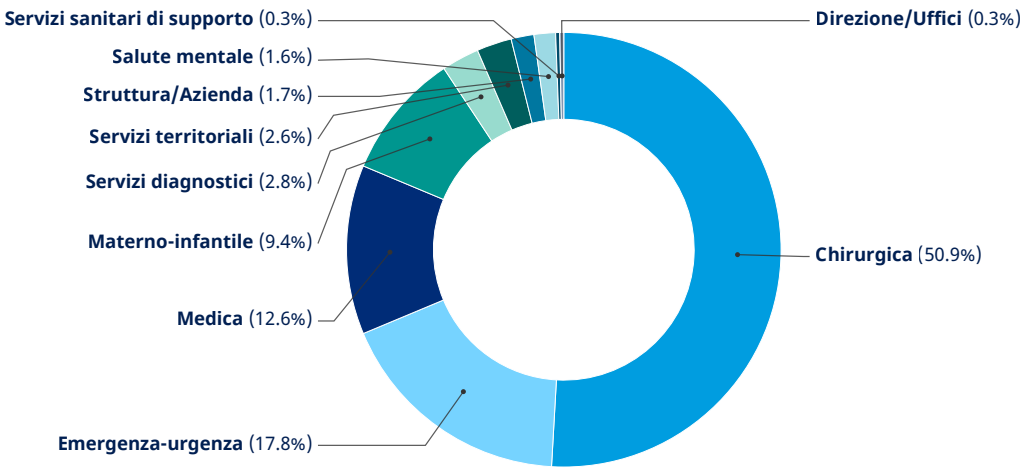
Di seguito la suddivisione proposta:

Tabella 2.5 | Suddivisione delle Unità Operative in aree di rischio

Chirurgica	Cardiochirurgia, Chirurgia Bariatrica, Chirurgia Generale, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia, Oculistica e Oftalmologia, Odontoiatria e Stomatologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorinolaringoiatria e Audiologia, Urologia
Direzione-uffici	Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa
Emergenza-urgenza	Anestesia, Rianimazione, T.I., Chirurgia d'urgenza, DEA/Pronto Soccorso, Medicina d'urgenza, Ssuem 118
Materno-infantile	Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Neonatologia e TIN, Chirurgia Pediatrica, Oncoematologia Pediatrica
Medica	Cardiologia e UTIC, Dermatologia-Allergologia, Diabetologia-Endocrinologia, Ematologia-Immunoematologia, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Malattie infettive e tropicali, Medicina Generale, Medicina Trasfusionale, Nefrologia e Dialisi, Neurologia, Oncologia e Radioterapia, Pneumologia, Tisiologia e Fisiopatologia Respiratoria, Reumatologia e Geriatria, Riabilitazione Specialistica
Salute mentale	Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria
Servizi diagnostici	Altri servizi diagnostico-terapeutici, Anatomia e istologia patologica, Laboratorio analisi, Radiologia e diagnostica per immagini
Servizi sanitari di supporto	Altri servizi di supporto sanitari
Servizi territoriali	Centro Vaccinale, Day Hospital/Day Surgery, RSA-ADI-Lungodegenza, Servizi di Assistenza Territoriale/MMG
Struttura-azienda	Struttura/Parti comuni

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

Grafico 2.11 | Aree di rischio



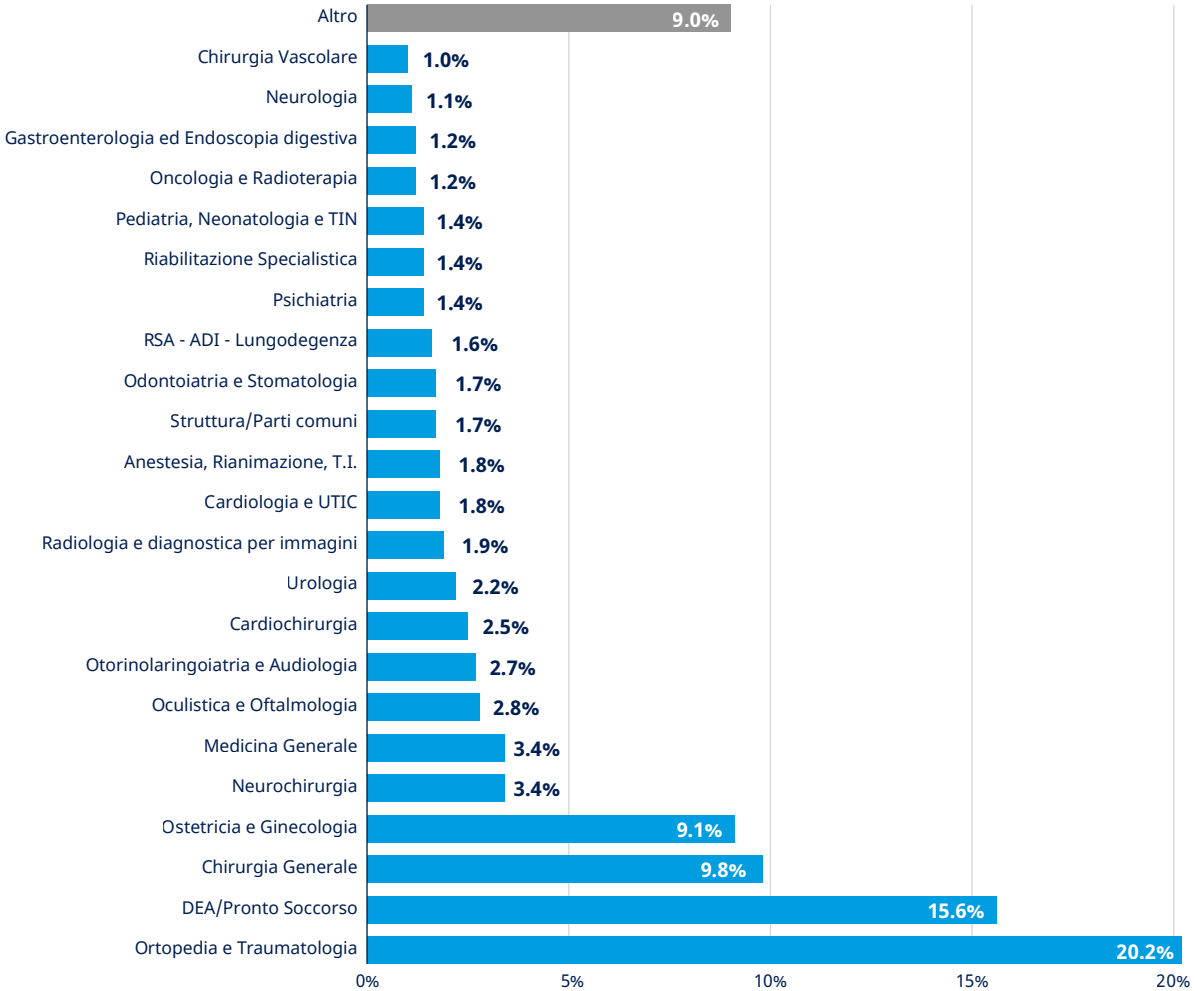
2.7 Unità Operative

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 UU.OO. che maggiormente necessitano di azioni di gestione e mitigazione dei rischi.

In linea con quanto riportato nelle precedenti edizioni del Report MedMal, anche quest'anno l'**Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia**, con una percentuale pari al **20,2% 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 15,6% di richieste di risarcimento; Chirurgia Generale in aumento, con quasi il 10%, e Ostetricia e Ginecologia con il 9,1%.

Il dettaglio nel Grafico 2.12 che segue.

Grafico 2.12 | Incidenza delle principali Unità Operative sul totale dei sinistri



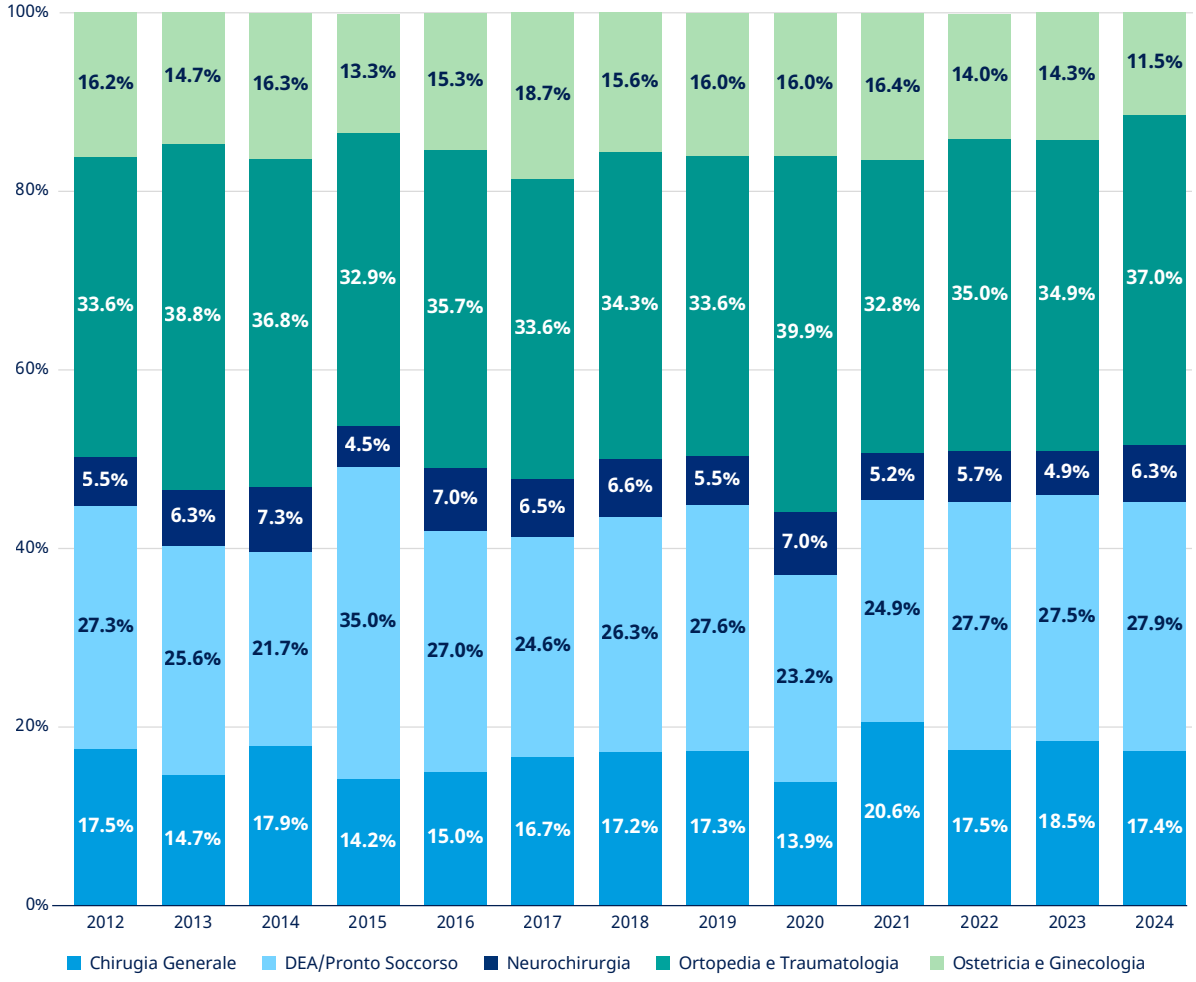
Analogamente a quanto osservato in occasione dell'analisi degli eventi denunciati, è stato analizzato l'**andamento temporale per anno di denuncia delle 5 Unità Operative maggiormente coinvolte** nelle richieste di risarcimento danni, che rappresentano quasi il 60% dei sinistri.

Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono riportate le Unità Operative corrispondenti a una percentuale di incidenza inferiore a 1%. Nello specifico si tratta di: Chirurgia Plastica, Chirurgia Maxillo-facciale, Pneumologia, Tisiologia e Fisiopatologia Respiratoria, Laboratorio analisi, Centro Vaccinale, Nefrologia e Dialisi, Dermatologia-Allergologia, Chirurgia Pediatrica, Ssuem 118, Chirurgia Toracica, Malattie infettive e tropicali, Servizi di Assistenza Territoriale/MMG, Reumatologia e Geriatria, Altri servizi di supporto sanitari, Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa, Ematologia-Immunoematologia, Anatomia e istologia patologica, Medicina d'urgenza, Diabetologia-Endocrinologia, Chirurgia Bariatrica, Neuropsichiatria Infantile, Altri servizi diagnostico-terapeutici, Chirurgia d'urgenza, Day Hospital/Day Surgery, Oncoematologia Pediatrica e Medicina Trasfusionale.



Nel Grafico 2.13 è interessante notare come le onde si susseguano in modo regolare, suggerendo che ci sia una certa **coerenza nel processo sottostante che le genera**: i valori risultano quindi essere relativamente stabili nel tempo, indicando una uniformità dei dati analizzati.

Grafico 2.13 | Distribuzione delle principali Unità Operative per anno di denuncia



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

Tabella 2.6 | Principali Unità Operative e relativi eventi avversi denunciati

Chirurgia Generale	
Errore chirurgico	60,7%
Infezione	9,2%
Errore diagnostico	8,1%
Errore anestesiologico	4,9%
Errore terapeutico	4,6%
Errore procedure invasive	3,4%
Caduta accidentale	2,9%
Errore assistenziale	2,1%
Altro	4,2%

Ortopedia e Traumatologia	
Errore chirurgico	60,1%
Infezione	11,6%
Errore diagnostico	10,0%
Errore terapeutico	8,5%
Caduta accidentale	1,9%
Errore anestesiologico	1,8%
Errore assistenziale	1,6%
Altro	4,5%

Ostetricia e Ginecologia	
Errore da parto/cesareo	37,3%
Errore chirurgico	29,2%
Errore diagnostico	15,1%
Errore terapeutico	3,9%
Errore procedure invasive	2,9%
Infezione	2,6%
Errore anestesiologico	2,3%
Errore assistenziale	1,5%
Altro	5,2%

DEA/Pronto Soccorso	
Errore diagnostico	64,2%
Errore terapeutico	17,5%
Errore assistenziale	5,1%
Caduta accidentale	4,0%
Errore procedure invasive	2,1%
Infezione	1,9%
Livello di servizio	1,7%
Altro	3,6%

Neurochirurgia	
Errore chirurgico	60,6%
Infezione	11,5%
Errore diagnostico	7,7%
Errore terapeutico	5,4%
Errore anestesiologico	3,0%
Errore procedure invasive	2,0%
Altro	9,7%

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'11,6% nella U.O. di Ortopedia. Negli ultimi anni, tuttavia, si è registrato un sensibile aumento delle richieste di risarcimento danni per infezioni correlate all'assistenza a cui verrà dedicato specifico approfondimento nel presente Report.

Relativamente a **Ostetricia e Ginecologia**, invece, gli **errori da parto** risultano essere **la prima fonte di rischio con il 37,3% sul totale** dei sinistri ivi denunciati. Anche se in aumento rispetto alla precedente edizione, occorre considerare che nell'interpretazione di questo dato 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	2,6	2,7
DEA/Pronto Soccorso	1,4	2,9
Chirurgia Generale	2,9	2,8
Ostetricia e Ginecologia	3,1	3,1
Neurochirurgia	3,3	3,2



Analisi economica

3.1 Costo dei sinistri

L'analisi economica delle richieste di risarcimento danni rappresenta una componente fondamentale nello studio della Medical Malpractice poiché consente di valutare l'impatto finanziario che gli eventi avversi generano sulle aziende, sul sistema sanitario e sui pazienti.

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 2014 al 2024**, si noti come il **costo totale dei sinistri è pari a circa 1 miliardo e 356 milioni di euro**, di cui il 45% si riferisce ad importi liquidati al danneggiato o suoi aventi diritto.

Il **costo medio per sinistro**, sempre calcolato sulle pratiche valorizzate superiori a € 500, risulta leggermente superiore rispetto a quanto calcolato nella scorsa edizione del Report, raggiungendo quasi i **€ 133.400 per singola pratica**. Questo deriva da un aumento sia del riservato sia del liquidato medio, rispettivamente del 3,1% e del 4,8%.

Tabella 3.1 | Analisi economica — dati generali

Costo totale dei sinistri	€ 1.355.693.583
Riservato totale	€ 742.344.958
Liquidato totale	€ 613.348.625
Costo medio per sinistro	€ 133.395
Riservato medio per sinistro	€ 147.174
Liquidato medio per sinistro	€ 119.818
Costo medio annuo	€ 123.244.871
Costo medio annuo per struttura	€ 1.753.808

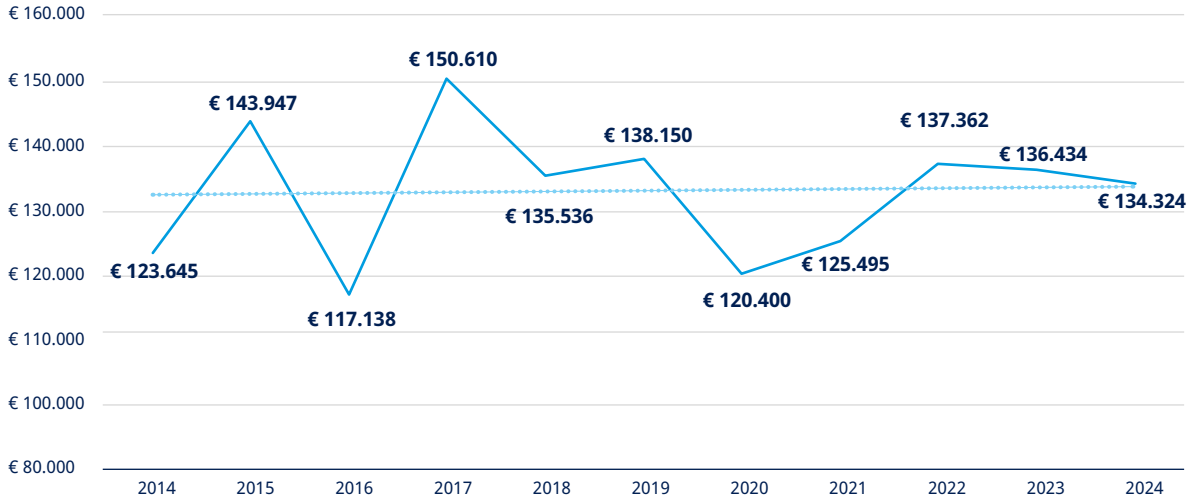
Nota tecnica: Sono stati esclusi dall'analisi i sinistri non valorizzati e con costo inferiore a € 500, oltre che i danneggiamenti accidentali e i rischi non clinici. All'interno dell'analisi economica, le pratiche parzialmente liquidate — che presentano importi sia a riserva sia liquidati — sono state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

L'andamento del **costo medio dei sinistri per anno** di denuncia (Grafico 3.1) mostra una lieve crescita, con valori che si mantengono intorno alla media. Il picco nel 2017 è probabilmente dovuto a liquidazioni di maggiore entità.

Dal 2020 al 2022 si osservano valori più vicini ai 140.000 euro, sicuramente influenzati da quelle riserve di sinistri ancora aperti e denunciati durante la pandemia e attribuibili a Covid-19, il cui importo medio si attesta su valori statisticamente più elevati per tutto il periodo (€ 152.000).

La diminuzione del liquidato e riservato medio in confronto al costo medio viene quindi giustificata dal comportamento intrinseco delle sue due componenti nel corso degli anni.

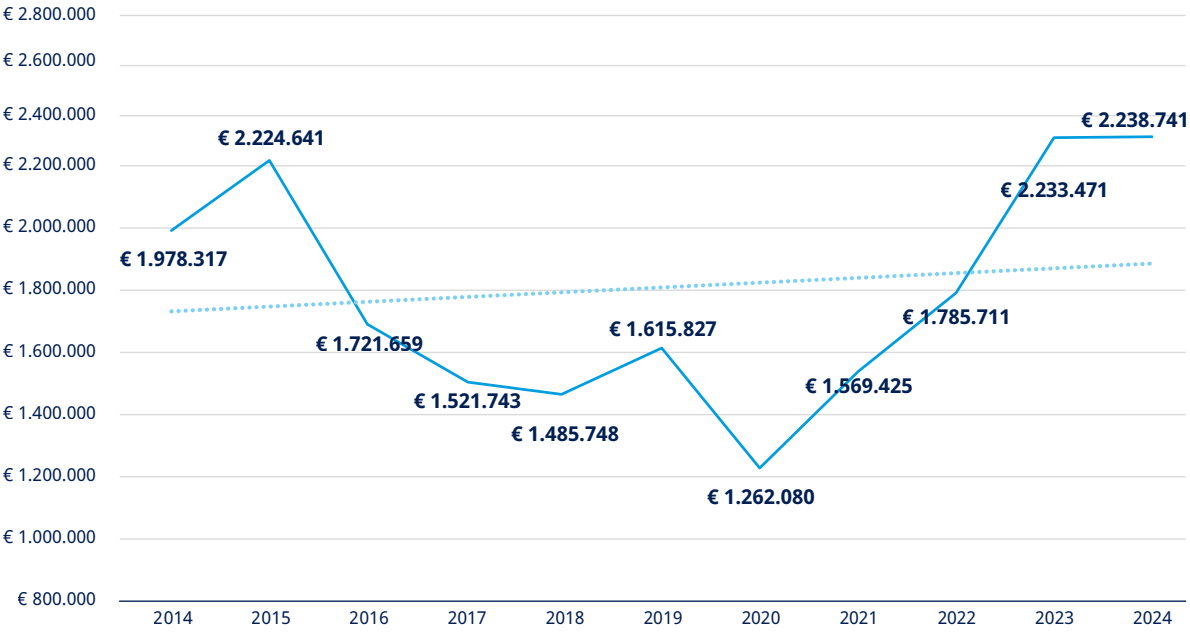
Grafico 3.1 | Andamento del costo medio dei sinistri per singola pratica per anno di denuncia



Il Grafico 3.2 mostra una **tendenza crescente**, con un **costo medio annuo per struttura** in crescita nel corso del tempo.

Sebbene il Grafico 2.1 del Capitolo 2 avesse evidenziato una riduzione in termini di frequenza del numero di richieste di risarcimento medie per azienda, a parità di strutture, tuttavia, i costi risultano più elevati. La tendenza in crescita è probabilmente dovuta al fatto che i **sinistri che si verificano sono più complessi o costosi da risolvere** e le aziende ancora devono adottare **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:

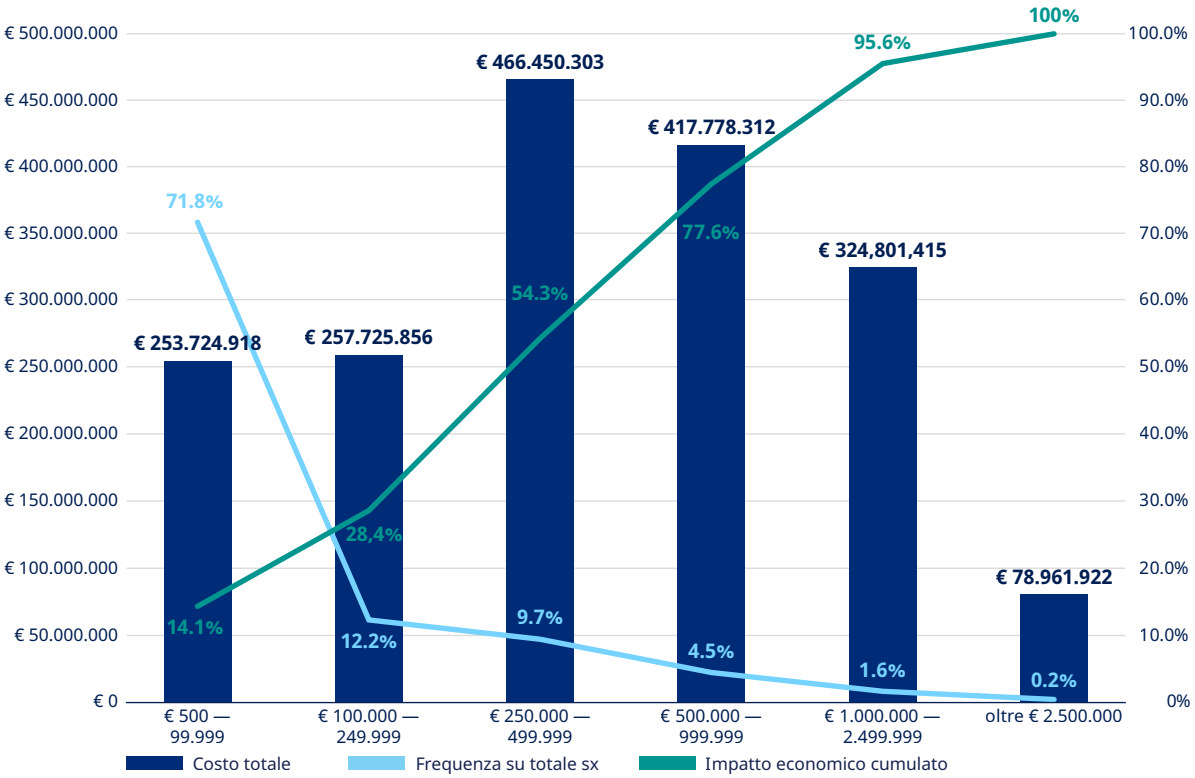
- Costo inferiore a € 100.000;
- Costo compreso fra € 100.000 e € 250.000;
- Costo compreso fra € 250.000 e € 500.000;
- Costo compreso fra € 500.000 e € 1.000.000;
- Costo compreso fra € 1.000.000 e € 2.500.000;
- Costo superiore a € 2.500.000.

Tabella 3.2 | Fasce di costo per impatto economico e frequenza

Fascia di costo	Frequenza sul totale dei sinistri	Impatto economico
€ 500 — 99.999	71,8%	14,1%
€ 100.000 — 249.999	12,2%	14,3%
€ 250.000 — 499.999	9,7%	25,9%
€ 500.000 — 999.999	4,5%	23,2%
€ 1.000.000 — 2.499.999	1,6%	18,1%
oltre € 2.500.000	0,2%	4,4%

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

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





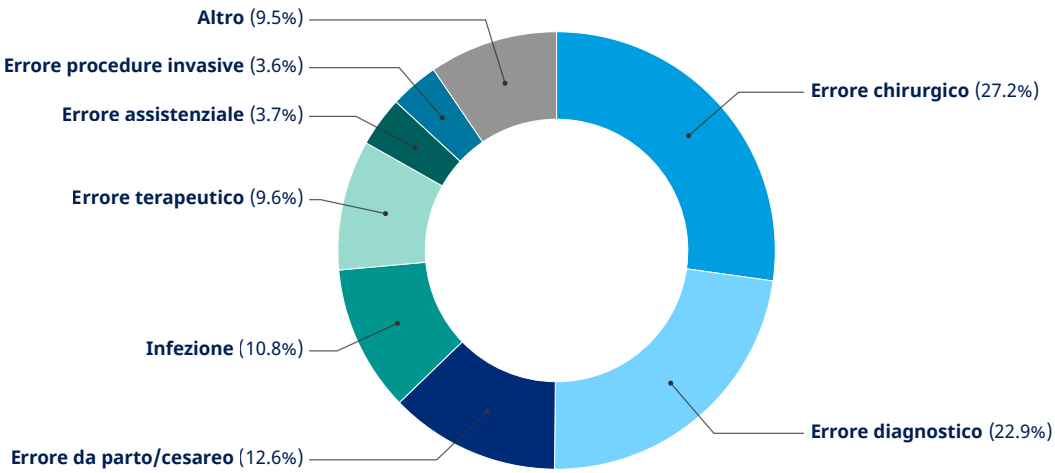
Entrando nel merito degli **eventi denunciati**, si è posta attenzione all'incidenza degli stessi sul costo totale dei sinistri, con lo scopo di individuare **le principali fonti di rischio** non solo per frequenza di accadimento ma anche per impatto economico.

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

- Errori chirurgici (27,2%);
- Errori diagnostici (22,9%);
- Errori da parto (12,6%).

Dal confronto tra l'incidenza sul costo totale e l'analisi delle frequenze, di cui al Capitolo 2 (*cfr. Grafico 2.9*), si evince che **errori chirurgici e diagnostici** non sono solo gli eventi **a maggior impatto economico**, ma anche quelli con **maggiore incidenza in termini di frequenza**. Fanno eccezione gli **errori da parto**, che incidono in misura percentualmente ridotta sull'analisi delle frequenze dei sinistri (il 3,3%), ma che gravano per quasi il 13% 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



Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore al 3%.

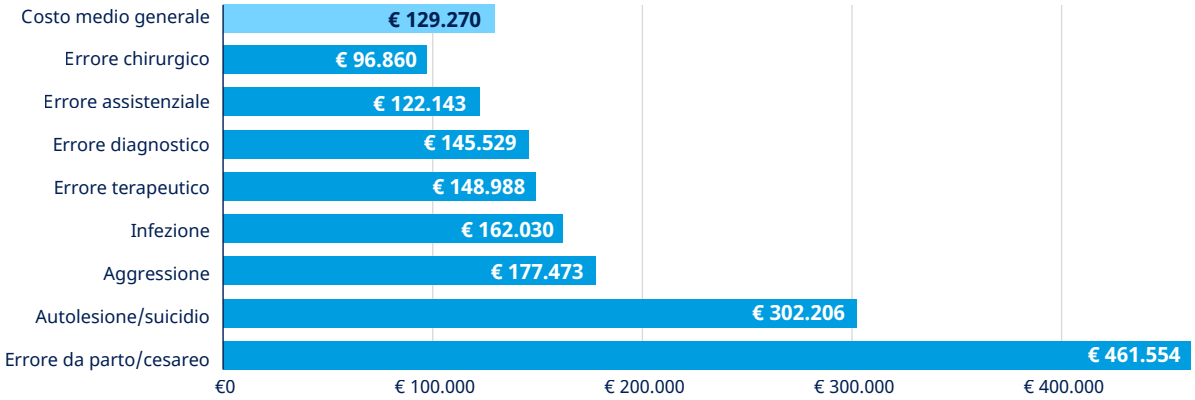


Il Grafico sul **costo medio dei sinistri per le principali fonti di errore** (Grafico 3.5) riporta un valore generale di **oltre € 129.000 a pratica**. Significativi scostamenti possono essere giustificati dalla tipologia di soggetti coinvolti e dalla gravità dell'evento occorso. È ciò che avviene negli **errori da parto** che spiccano con **un importo medio di oltre € 460.000** o negli **errori chirurgici** che pur avendo una frequenza elevata (31,5%) presentano **costi più contenuti** ed inferiori alla media.

Per quanto attiene gli atti autolesivi e suicidari, il costo medio è pari a € 302.206 con una frequenza di accadimento dello 0,71%. Quest'ultimo valore, in leggero aumento rispetto alla precedente edizione (0.66%) non può ancora essere considerato come statisticamente rappresentativo dell'andamento del rischio da Medical Malpractice.

Infine, si è voluto evidenziare come le **aggressioni** siano la terza principale fonte di rischio in termini di costo medio, con oltre € 177.000. Questo argomento, di grande attualità nell'ambito sanitario, sarà parte di un focus approfondito all'interno del Capitolo 4.

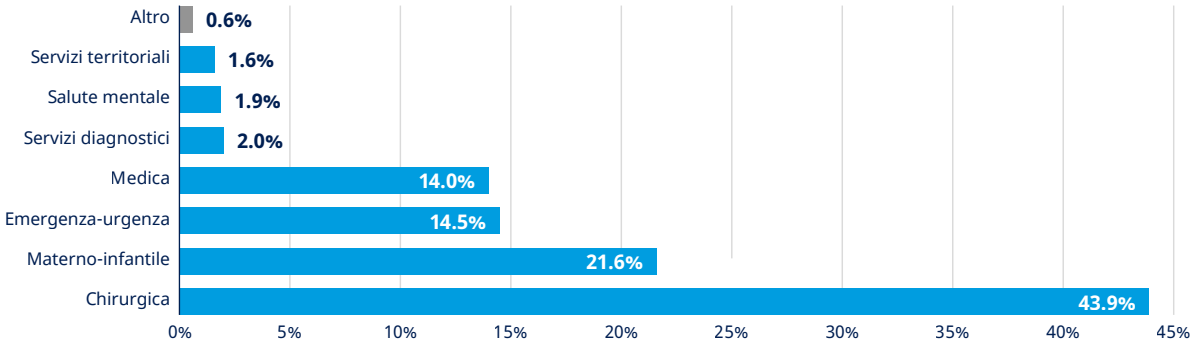
Grafico 3.5 | Costo medio per sinistro per le principali fonti di errore



Il Grafico 3.6 introduce il dettaglio sulla distribuzione dei costi in considerazione del tipo di attività svolta e dell'utenza prevalente. Come prevedibile dalle considerazioni fatte nel Capitolo 2 sulla frequenza (*cfr. Grafico 2.11*), l'area che impatta maggiormente in termini di esborso è quella **chirurgica**.

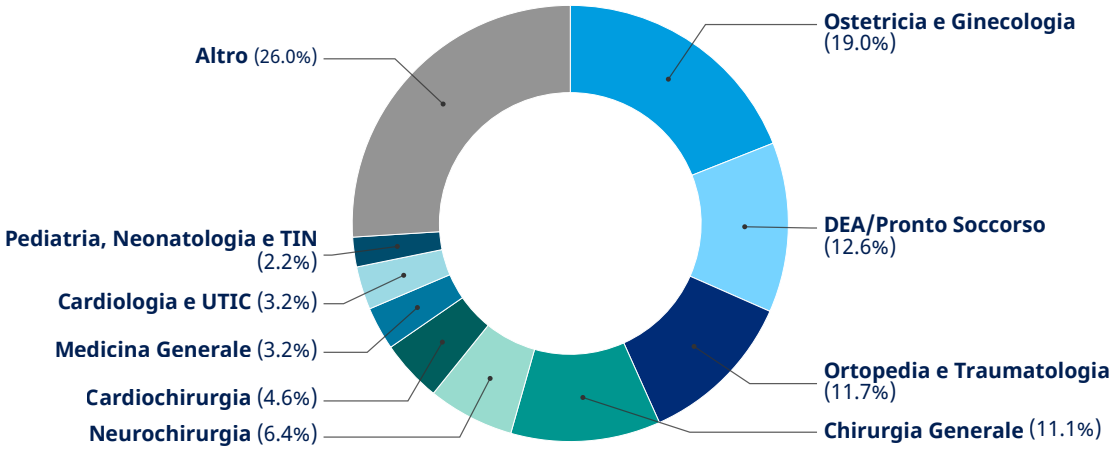
Segue l'area **materno-infantile** sulla quale va sottolineato che seppure la frequenza del totale degli eventi rimanga ferma al 9,4%, il suo impatto economico cresce arrivando al secondo posto con un valore pari al 21,6% sul costo totale dei sinistri. A questa area è associato anche un costo medio molto elevato, di oltre € 287.000, trainato dai costi delle Unità Operative che la compongono, e che spesso si riferiscono a sinistri di grave complessità.

Grafico 3.6 | Incidenza delle aree di rischio sul costo totale dei sinistri



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 le scorse edizioni, infatti, la **voce di costo principale** risulta essere la specialità di **Ostetricia e Ginecologia**, con il 19% di incidenza sul costo totale ed una frequenza del 9,1%. Seguono **DEA/Pronto Soccorso** che assorbe circa il 12,6% dei costi e presenta il 15,6% di frequenza; **Ortopedia e Traumatologia** con l'11,7% di costi ed il 20,2% di frequenza; **Chirurgia Generale**, con un impatto sul costo totale all'11,1% ed una frequenza di quasi il 10%.

Grafico 3.7 | Incidenza delle Unità Operative sul costo totale dei sinistri



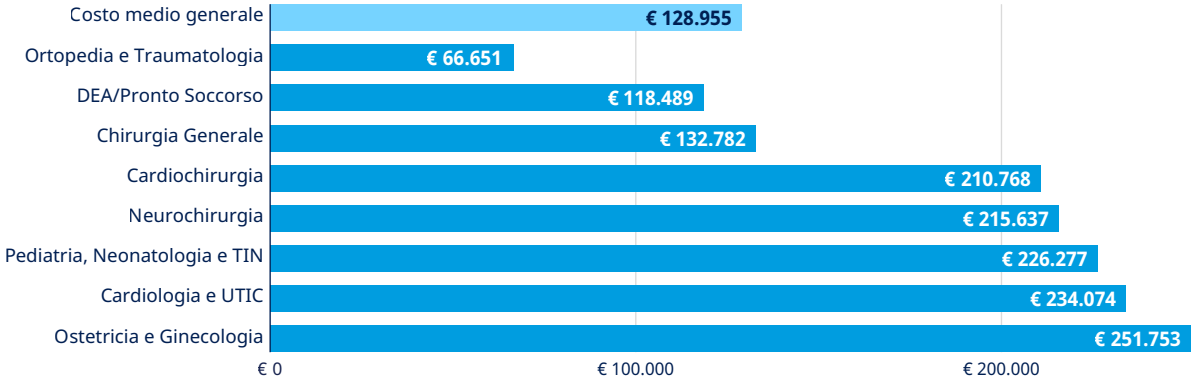
Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 2%.

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 € 226.000.

Meritevole di attenzione è il dato del costo per l'Unità Operativa di **Cardiologia e UTIC**, che ricordiamo rappresentare solo l'**1,8% della frequenza totale dei sinistri** (*cfr. Grafico 2.12*). Dall'analisi delle ultime tre annualità, emerge che il costo è in crescita costante (€ 193.600 circa nel 2023, € 212.000 nel 2024; € 234.000 nel 2025). L'origine di questo incremento potrebbe essere dovuta a una combinazione di fattori: clinici, a causa dell'alta complessità dei pazienti; organizzativi e medico-legali, correlati alla complessità dei casi, alla carenza documentale e a linee guida molto dettagliate che rendono più facile per i periti evidenziare la deviazione dagli standard.

Analogo discorso vale per l'U.O. di **Neurochirurgia** che presenta un costo medio di circa € 216.000, pur con una frequenza di sinistri pari al 3,4% e l'U.O. di Cardiochirurgia, con una frequenza del solo 2,5% ma un costo medio di quasi € 211.000. **DEA, Pronto Soccorso e Ortopedia e Traumatologia**, sebbene siano le due U.O. con la più **elevata frequenza** di sinistri (complessivamente rappresentano il 35,8% degli stessi), si assestano su **valori più contenuti** rispetto al costo medio complessivo.

Grafico 3.8 | Costo medio per sinistro per le principali U.O.



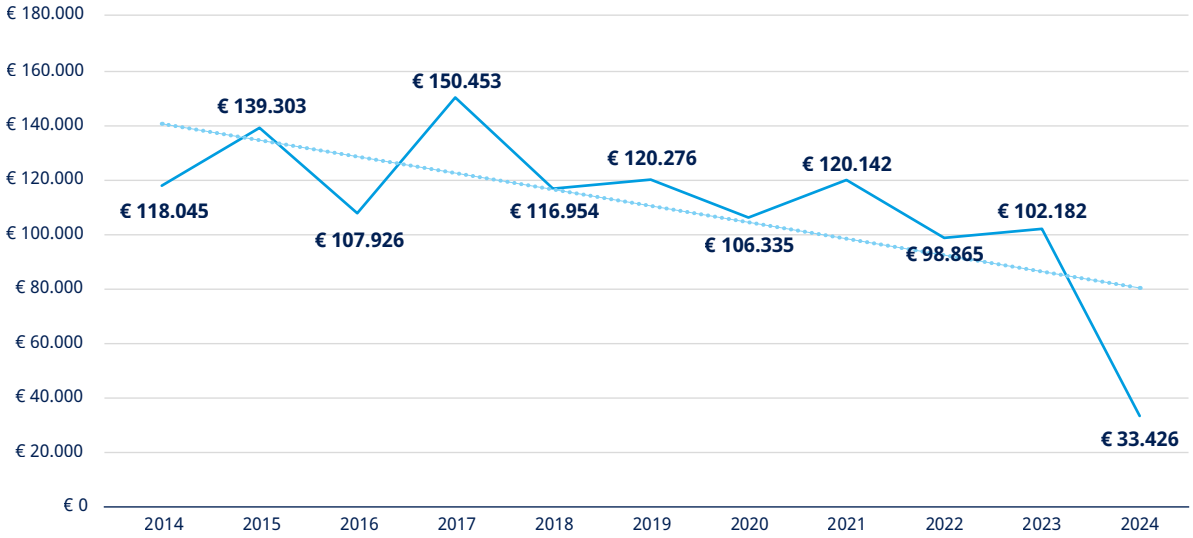


3.2 Importo liquidato

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 € 119.818**, in aumento rispetto alla precedente edizione.

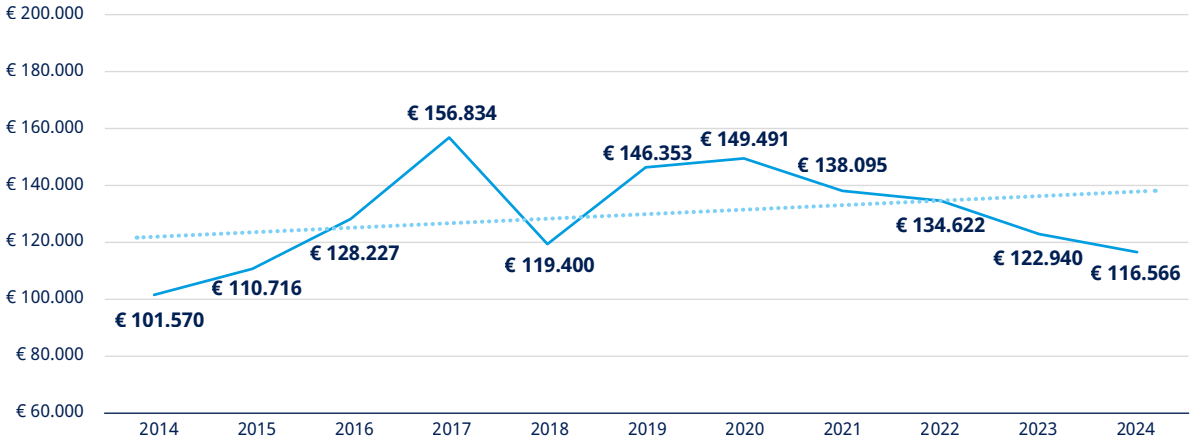
Il Grafico sottostante ne illustra l'andamento **per anno di denuncia** dal 2014 al 2024, ed evidenzia una **tendenza in diminuzione**, dovuta in parte alla **maggiore velocità di liquidazione di sinistri** più semplici e quindi **con importi inferiori** (*cfr. Tabella 3.3*) e in parte alla presenza di **posizioni ancora aperte**, specie nelle ultime annualità, che sono tutt'ora in fase istruttoria e con riserve più alte.

Grafico 3.9 | Liquidato medio per sinistro per anno di denuncia



L'andamento del **liquidato medio per anno di chiusura** delle pratiche conferma, invece, il **trend in lieve crescita** osservato nel corso delle diverse edizioni di questo Report.

Grafico 3.10 | 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.

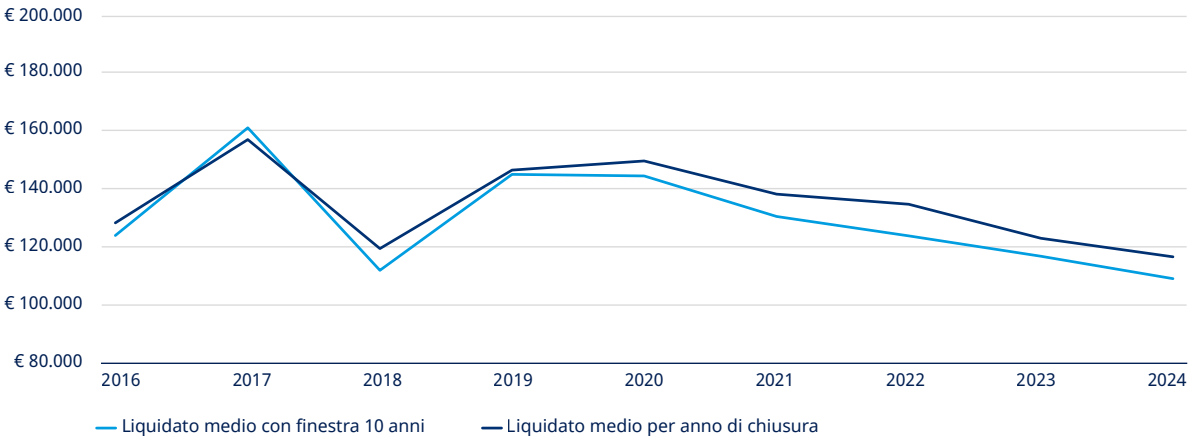
Tabella 3.3 | Tempi medi di liquidazione delle pratiche per fasce di importo

Campione	**Tempo medio di chiusura dei sinistri** (considerando l'anno di chiusura)
Tutti i sinistri	2,8
Sinistri > € 250.000	3,6
Sinistri > € 500.000	3,9
Sinistri > € 1.000.000	4,3

Come nelle precedenti edizioni, per garantire l'omogeneità del campione dei sinistri liquidati, è stato analizzato anche il liquidato medio per anno di chiusura, considerando la stessa **retroattività dei sinistri** all'interno di una finestra temporale di **dieci anni**. In questo modo, si è cercato di confrontare sinistri con pari grado di maturazione, ottenendo un confronto più stabile ed evitando di sottostimare alcune annualità che potrebbero includere o meno sinistri denunciati in periodi più remoti.

Il Grafico 3.11 riportato di seguito mostra come i valori si mantengono stabili per tutto il periodo analizzato. Tuttavia, il liquidato medio calcolato con una finestra di 10 anni risulta inferiore rispetto a quello ottenuto considerando tutti i sinistri; questo probabilmente è dovuto al fatto che alcuni sinistri, aperti da molti anni e caratterizzati da maggiore complessità o da lunghi procedimenti, hanno richiesto più di dieci anni per essere chiusi e si sono conclusi con importi particolarmente elevati.

Grafico 3.11 | Liquidato medio per anno di chiusura con finestra temporale di 10 anni

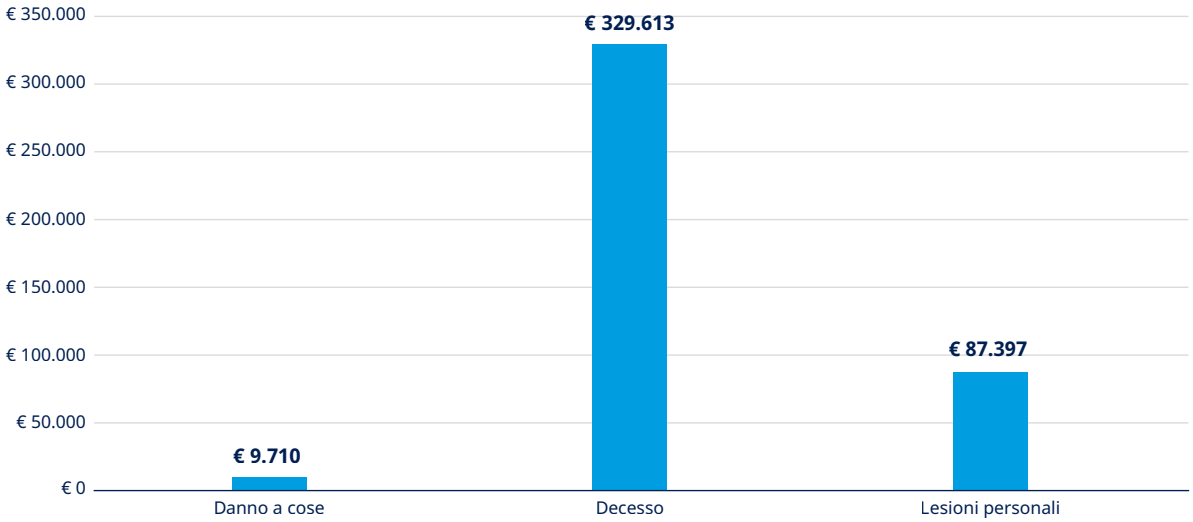






A seconda della **tipologia di danno** arrecata al reclamante, l'importo liquidato medio per sinistro è sensibilmente differente: i casi di **decesso** avvenuti a causa di errori nel percorso di cure, data la gravità del fatto e la variabilità degli eredi coinvolti, registrano un valore liquidato medio di **quasi € 330.000 a pratica**. Per le **lesioni personali**, invece, l'importo è pari a **€ 87.397**, in linea con la scorsa edizione. Aumenta invece di quattro volte 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).

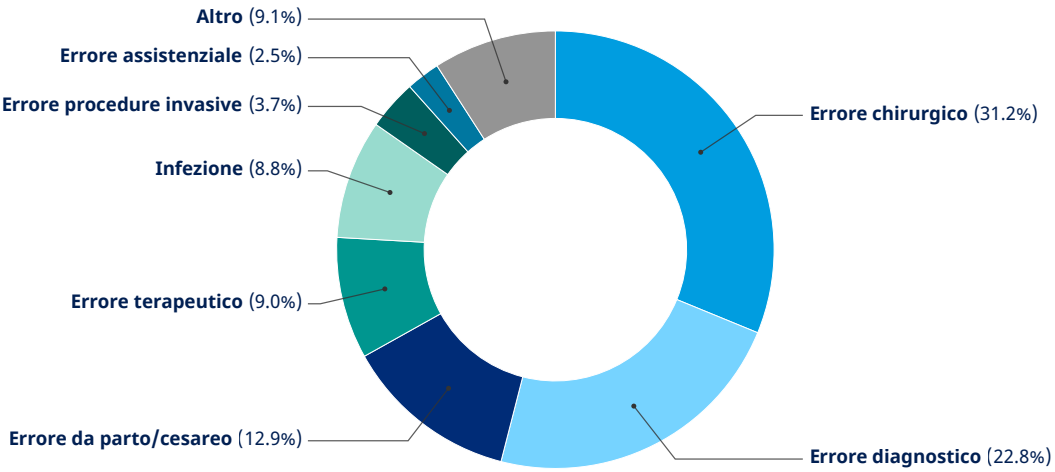
Grafico 3.12 | Liquidato medio per tipologia di danno



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

L'analisi per tipologia di errore ricalca quanto emerso in sede di analisi sul costo totale, confermando una prevalenza di posizioni liquidate riconducibili agli **errori chirurgici** (31%) seguiti dagli **errori diagnostici** (23%) dagli **errori da parto/cesareo** (13%) e da quelli **terapeutici** (9%).

Grafico 3.13 | Incidenza degli eventi denunciati sul liquidato totale

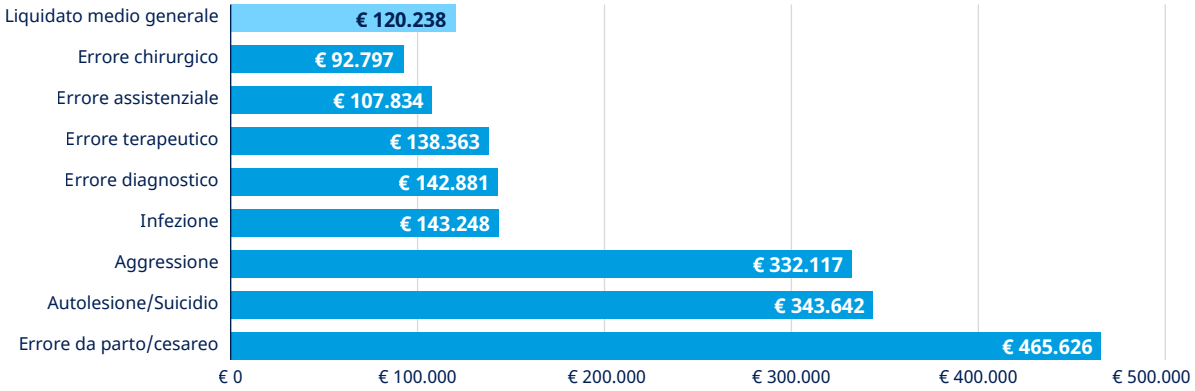


Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 2,5%.

Anche nell'analisi delle somme liquidate, l'**importo medio per sinistro** è più elevato per gli **errori da parto/cesareo**, che **superano i € 465.000**, 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 € 120.000, 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.

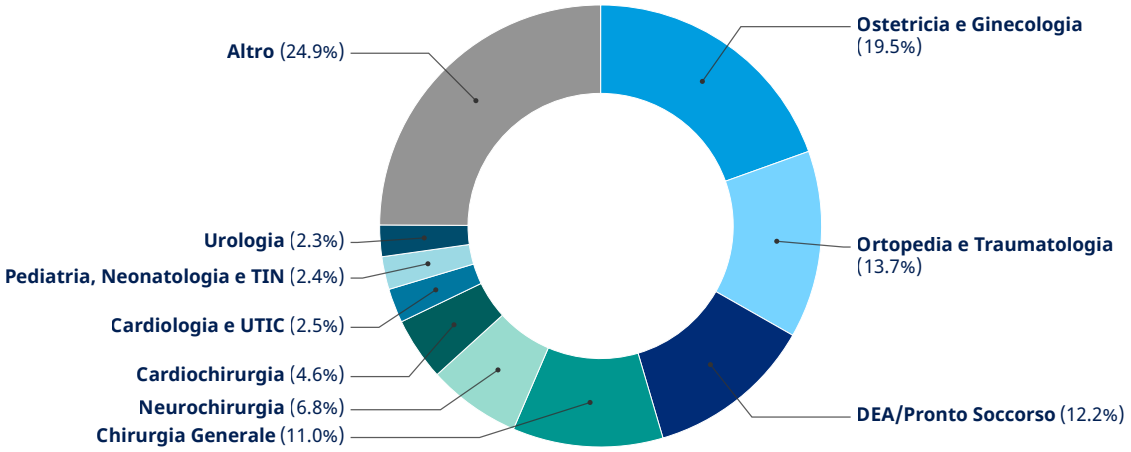
Grafico 3.14 | Liquidato medio per sinistro per le principali fonti di errore



Quasi **un quinto del liquidato totale** proviene dalla specialità di **Ostetricia e Ginecologia** (19,5%), che si conferma come una delle Unità Operative con il più alto **impatto economico anche in termini di esborsi effettivi** (circa € 248.000, ovvero il doppio del liquidato medio).

Seguono per incidenza sul totale dei sinistri liquidati le tre principali Unità Operative chirurgiche già osservate in precedenza: Ortopedia e Traumatologia, Pronto Soccorso e Chirurgia Generale, con un impatto tra il 13,7% e l'11%.

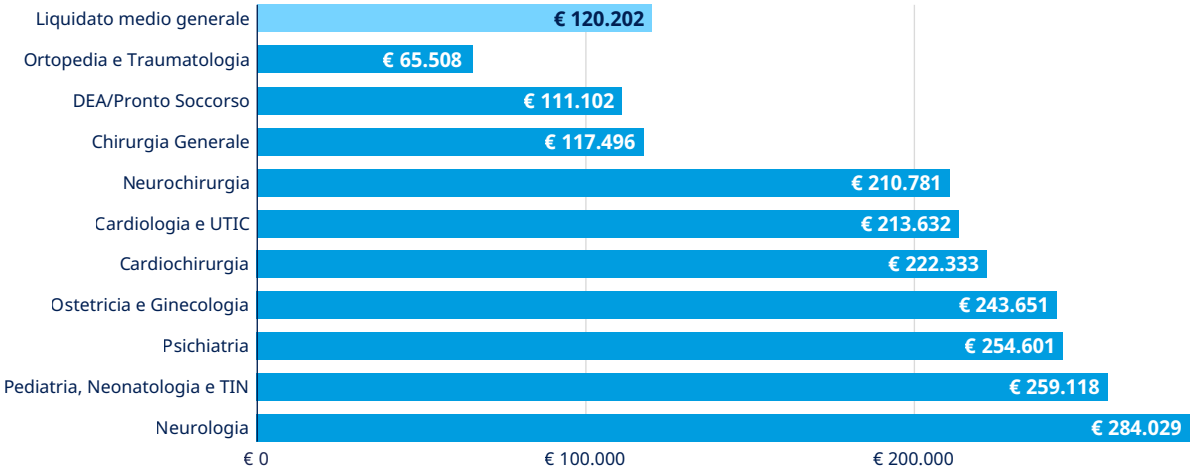
Grafico 3.15 | Incidenza delle Unità Operative sul liquidato totale



Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 2,3%.

L'analisi del liquidato medio ci permette di evidenziare quali sono le UU.OO. che presentano i liquidati medi più elevati e che si rappresentano nel Grafico 3.15. Spicca la **Neurologia**, la **Pediatria, Neonatologia e TIN**, la **Psichiatria** e l'**Ostetricia**. In queste aree, verosimilmente, gli eventi avversi tendono a provocare danni gravi, permanenti e spesso invalidanti, con un impatto significativo sulla qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie. In generale le UU.OO. sopra menzionate condividono la caratteristica di trattare pazienti vulnerabili e **situazioni critiche ad alto rischio**, in cui un errore può avere esiti catastrofici.

Grafico 3.16 | Liquidato medio per sinistro per le principali Unità Operative





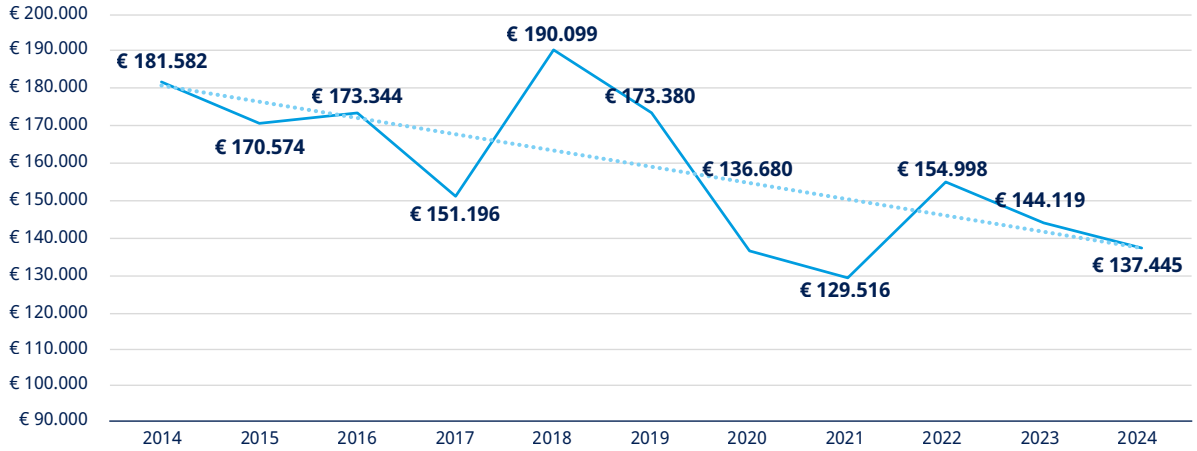
3.3 Importo riservato

Il presente paragrafo analizza le **somme allocate a riserva** per i sinistri ancora aperti.

Come già anticipato all'inizio del Capitolo, il **trend è in lieve diminuzione**, pur con un importo riservato medio per sinistro elevato, pari **a € 147.174**.

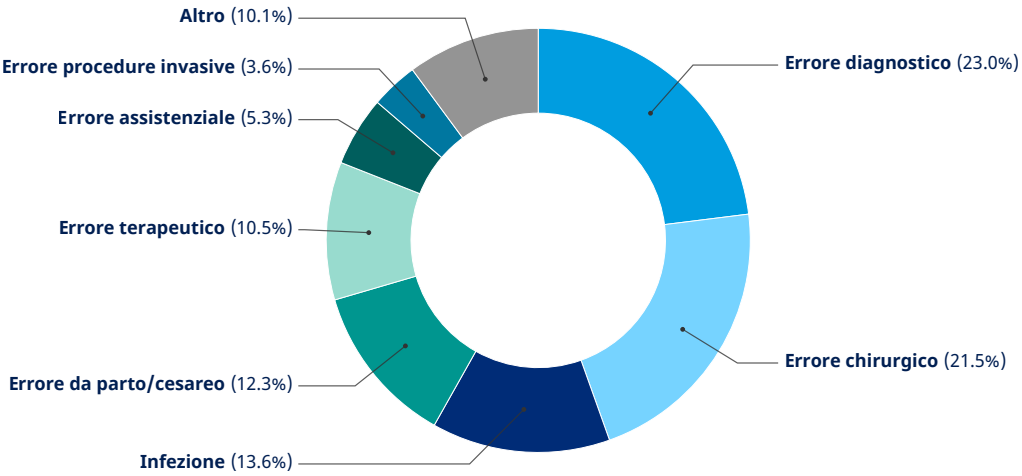
Infatti, negli anni più remoti sono rimasti aperti soltanto i **sinistri più complessi**, spesso caratterizzati da cause civili o penali, che devono ancora giungere a conclusione. Di conseguenza, le riserve associate a questi casi risultano più elevate. Analogamente, il riservato medio degli anni più recenti si riferisce a numerosi sinistri ancora aperti, con importi generalmente allineati alla media. Questi sinistri potranno essere archiviati come senza seguito, liquidati, oppure rimanere aperti, con la possibilità che le relative riserve vengano ulteriormente incrementate nel corso degli anni.

Grafico 3.17 | Riservato medio per sinistro per anno di denuncia



L'incidenza delle diverse **fonti di errore** sul riservato totale mostra valori leggermente differenti a quelli riscontrati nel paragrafo 3.2, dove viene esaminata l'incidenza degli errori sulle somme liquidate. La prima tipologia di errore risulta essere l'errore diagnostico, con un impatto sul riservato totale del 23%; segue l'errore chirurgico, al 21,5%, mentre salgono al terzo posto le infezioni, che incidono sul riservato con il 13,6%.

Grafico 3.18 | Incidenza degli eventi denunciati sul riservato totale



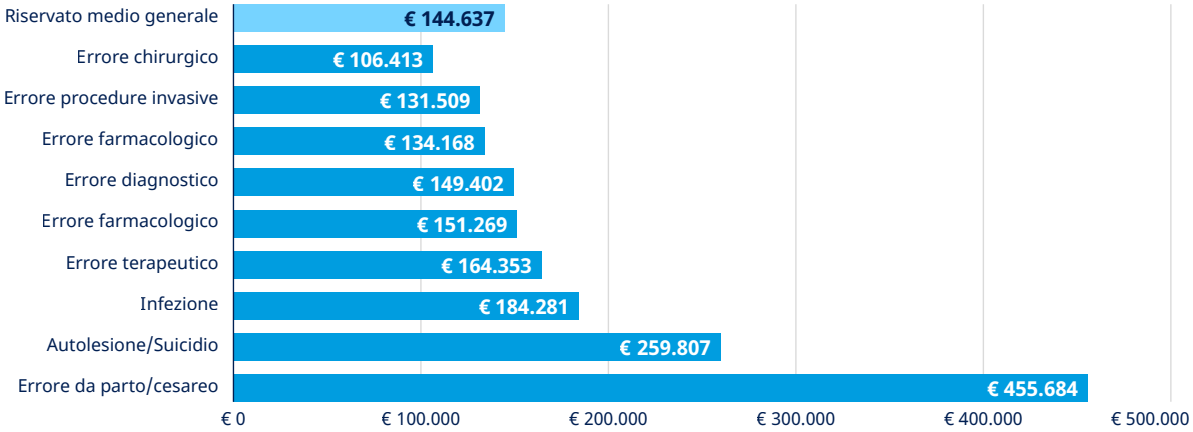
Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 2,5%.

Il Grafico sul **riservato medio** dei sinistri per le principali fonti di errore (Grafico 3.19) riporta un valore generale di quasi **€ 145.000 a pratica**. Agli **errori da parto** corrisponde l'**importo riservato medio più elevato** e pari a € 455.684, in aumento rispetto alla scorsa edizione.

Si noti come, per questa tipologia di errore, a fronte di un riservato di quasi € 456.000 corrisponda un **liquidato medio di oltre € 466.000** (*cfr. Grafico 3.14*). Tale divario si sta sempre più restringendo, allineando gli importi riservati alla liquidazione finale. Verosimilmente questo allineamento potrebbe essere dato da un'analisi più accurata degli eventi, che porta a stime più precise.

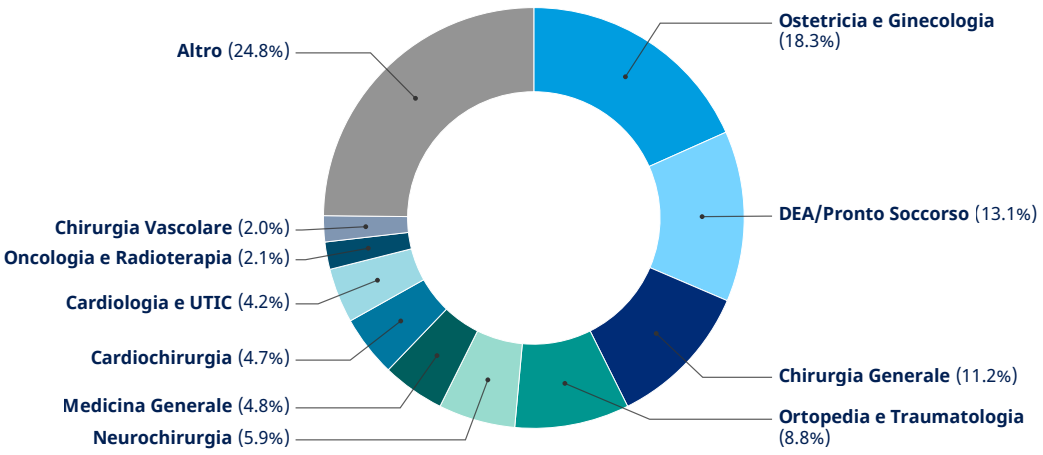
In merito alla crescita dell'impatto economico delle infezioni verrà dedicata una parte approfondita del Capitolo 4.

Grafico 3.19 | 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 18% del campione, seguita dal DEA/Pronto Soccorso (13,1%) e dalla Chirurgia Generale (11,2%). Da notare l'U.O. di **Ortopedia e Traumatologia** che, pur con un'incidenza dell'8,8% sul riservato totale, si posizionava al secondo posto nel Grafico 3.14, gravando per il 13,7% del liquidato.

Grafico 3.20 | Incidenza delle Unità Operative sul riservato totale



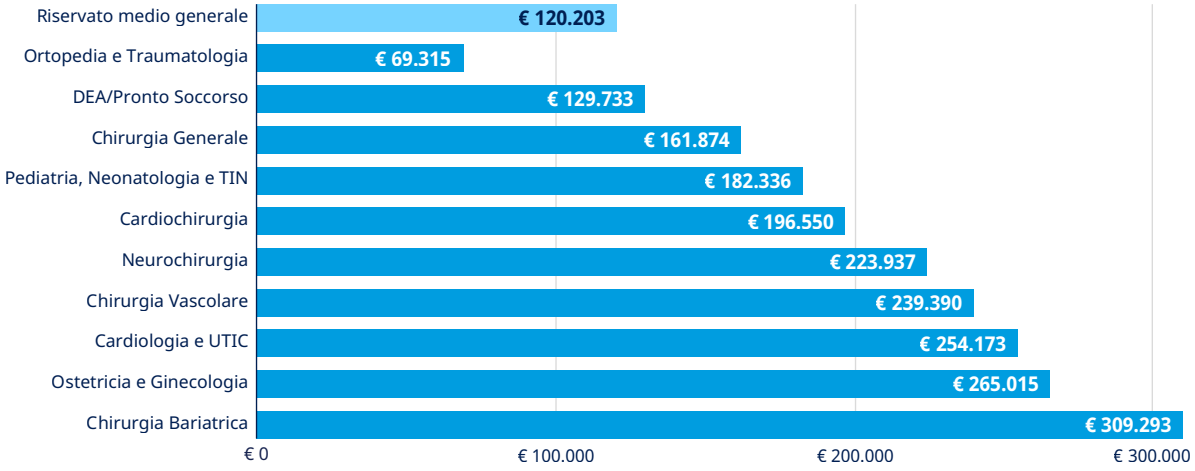
Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono incluse le Unità Operative con impatto economico inferiore a 2%.

L'analisi del **riservato medio per Unità Operativa** si discosta leggermente dai valori esaminati nel sottocapitolo del liquidato; emerge sì che tra le attività più dispendiose ci siano le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, cardiologia, Pediatria, Neonatologia e TIN, Neurochirurgia e Cardiochirurgia, ma troviamo anche nuove UU.OO. come la **Chirurgia Bariatrica** e la **Chirurgia Vascolare**.

Verosimilmente ad entrambe le Unità Operative vengono assegnate delle riserve importanti, anche a causa della gravità degli esiti (morte, disabilità grave, ecc), del profilo altamente specialistico delle prestazioni e delle complicanze intrinseche che, sebbene rare, sono contemplate e prevedibili.

Al contrario, le Unità Operative di Pronto Soccorso e Ortopedia e Traumatologia risultano avere riserve in linea con gli importi liquidati.

Grafico 3.21 | 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.

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	€ 118.047	€ 93.870	€ 105.997
Secondo livello	€ 128.875	€ 91.730	€ 145.787
Universitario e IRCCS	€ 160.270	€ 135.653	€ 137.102

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 **6,3% del totale**, mentre il loro **impatto** sul costo è del **45,7%**, in leggera diminuzione rispetto alla scorsa edizione.

Tabella 3.5 | Top Claims — dati generali

N. RRD	878
Costo totale	€ 821.541.649
di cui riservato	€ 285.928.662
di cui liquidato	€ 535.612.986

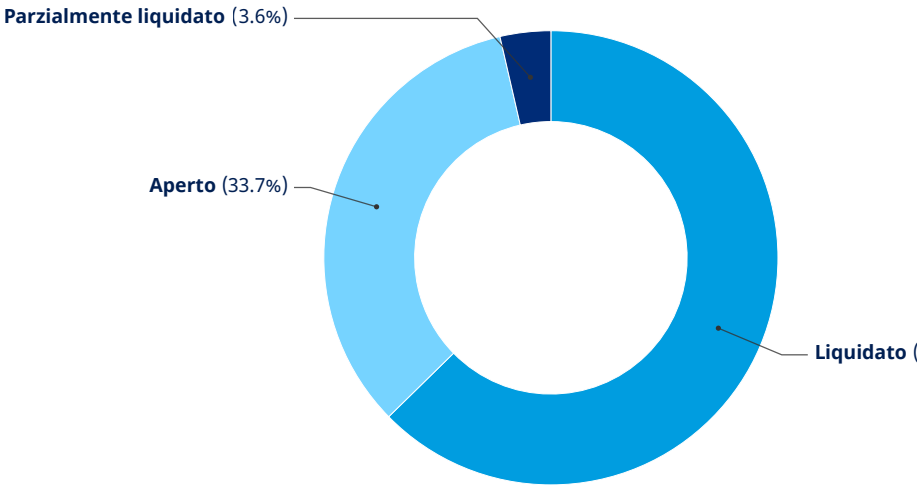
Suddividendo i Top Claims per **fasce di costo**, notiamo come la maggior parte di essi, il 71%, possa essere collocato nella prima fascia (€ 500.000 — € 999.999). Soltanto **10 richieste** risarcitorie su tutto il campione hanno generato costi con **importi superiori ai 3 milioni di euro**.

Tabella 3.6 | Distribuzione dei Top Claims per fasce di costo

Fascia di costo	Numero sinistri	% sul totale Top Claims
€ 500.000 — 999.999	623	71,0%
€ 1.000.000 — 1.999.999	205	23,3%
€ 2.000.000 — 2.999.999	40	4,6%
Oltre € 3.000.000	10	1,1%

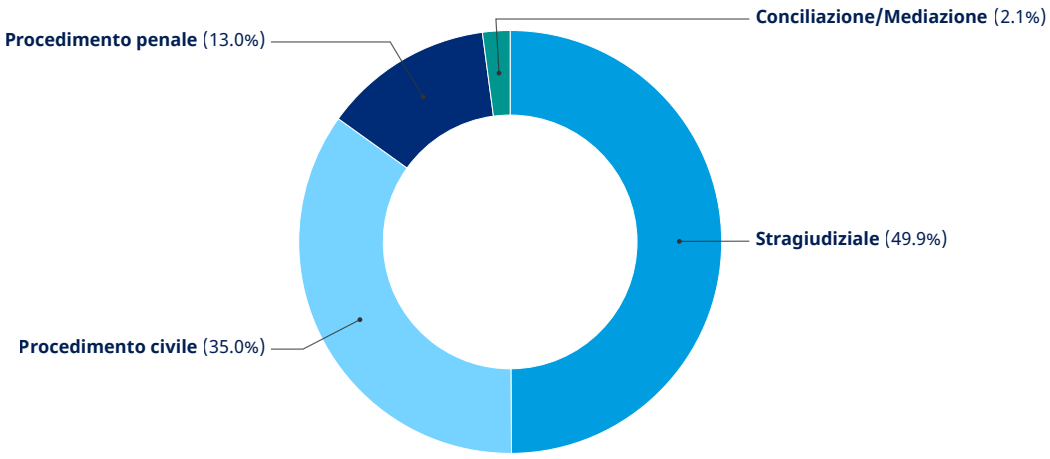
Di seguito la distribuzione per stato delle pratiche dei sinistri Top Claims, che mostra una prevalenza di importi liquidati.

Grafico 3.22 | Distribuzione percentuale dello stato delle pratiche per i Top Claims



Anche l'analisi delle diverse **tipologie di procedimento** continua a mostrarci un aumento della frequenza dei procedimenti più complessi: le cause **civili** coinvolgono il 35% dei Top Claims (ricordiamo che i procedimenti civili pesano per il 14,4% 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 13%, mentre sul totale del campione riguardano il 6,6% del totale dei sinistri (*cfr. Grafico 2.6*). Ciò a discapito dei meno complessi procedimenti stragiudiziali e delle mediazioni.

Grafico 3.23 | Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento per i Top Claims



Osservando le **tipologie di lesioni** riportate, prevalgono i decessi (51,6%), a discapito delle lesioni personali (48,4%):

Tabella 3.7 | Esito degli eventi avversi

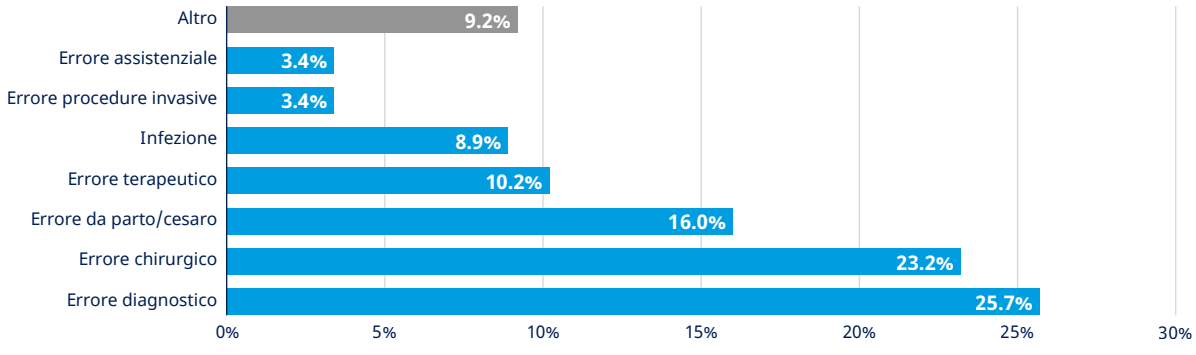
Esito	**% Top Claims**	**% campione analizzato** *(cfr. Tabella 2.2)*
Decesso	51,6%	18,6%
Lesioni personali	48,4%	81,4%





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

Grafico 3.24 | Eventi denunciati nel campione dei Top Claims



Nota tecnica: Nella voce "Altro" sono inclusi gli eventi con impatto economico inferiore a 2%.

Approfondimenti

Il MedMal Report nasce con l'obiettivo di approfondire il tema delle richieste di risarcimento danni da Medical Malpractice, ponendosi sia come **strumento di informazione e aggiornamento** su tematiche di interesse nazionale sia come documento a **supporto delle aziende sanitarie 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.

Approfondire i casi delle richieste di risarcimento danni da Medical Malpractice è un dovere civile e giuridico che riguarda non solo i professionisti della sanità ma l'intera collettività. Si tratta, infatti, di un ambito in cui si intrecciano diritti fondamentali: quello del paziente alla salute (**Art. 32 della Costituzione Italiana**), quello della sicurezza delle cure (**Art. 1 Legge 24/2017**) e alla tutela in caso di errore (**Art. 7 Legge 24/2017**) e quello del medico ad esercitare la propria professione con serenità, senza essere vittima di un clima di sospetto o di un contenzioso eccessivo (**Artt. 1, 6, 7, Legge 24/2017**).

Un'analisi approfondita di questo tema è necessaria per diverse ragioni. **L'aumento del contenzioso** può avere numerose conseguenze negative sul sistema sanitario, sia dal punto di vista economico, sia organizzativo, sia etico-professionale. Tra gli effetti si ricorda la **crescita dei costi diretti e indiretti** (spreco di risorse sanitarie e assicurative), la **diffusione della medicina difensiva** (ossia la tendenza dei professionisti a prescrivere esami e trattamenti non sempre necessari, con un aggravio dei costi per il sistema e, paradossalmente, un peggioramento della qualità dell'assistenza), il **clima di sfiducia** e tensione nel rapporto medico-paziente, l'**impatto psicologico e professionale sui medici** (il contenzioso e la paura di sbagliare possono generare stress e burnout , rischiando di allontanare i professionisti dalla medicina) e il **sovraccarico giudiziario**.

Il contenzioso per Medical Malpractice non migliora la sicurezza delle cure, aggrava la spesa pubblica e deteriora la qualità del sistema sanitario; comprendere quindi le cause di tali dinamiche è fondamentale per proporre soluzioni equilibrate.

Approfondire queste tematiche consente, inoltre, di promuovere una **cultura della sicurezza e della trasparenza**, significa anche individuare punti deboli nei processi sanitari, migliorare i protocolli, formare meglio il personale e prevenire il ripetersi di errori. Non si tratta dunque solo di accertare responsabilità individuali, ma di **favorire un apprendimento collettivo e sistemico**.

Marsh in ogni edizione si sofferma con più attenzione su alcuni temi che diventano oggetto di approfondimento del seguente Capitolo.

La XVI edizione del MedMal Report pone il focus su:

- **Infezioni correlate all'assistenza (ICA)** — che rappresentano una delle principali cause di richieste di risarcimento danni in ambito sanitario diventando 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 hanno un impatto sistemico rilevante aumentando i costi sanitari, prolungando i ricoveri, peggiorando la qualità dell'assistenza, causando morti premature/disabilità e minando la fiducia dei cittadini nelle strutture sanitarie. Per questo l'Art.1 della Legge 24/2017 riconosce la sicurezza delle cure come parte integrante del diritto alla salute e impone alle strutture di adottare politiche di risk management e di prevenzione del rischio sanitario.

  Il quadro che emerge con la XVI edizione del Report è che le ICA continuano a essere tra gli eventi avversi che impattano in modo significativo sulle aziende sanitarie sia a livello etico-professionale sia a livello economico. L'approfondimento nel MedMal Report dedicato a tale tema ha il fine di permettere il monitoraggio di un fenomeno in crescita che, malgrado costituisca una fonte di rischio importante per le aziende sanitarie, è in molti casi facilmente prevenibile.

- **Rischio lavoratore** — Il lavoratore che opera all'interno di un'azienda sanitaria è esposto a una serie di rischi professionali peculiari, che derivano dalla natura stessa dell'attività assistenziale. Medici, infermieri, tecnici, operatori socio-sanitari e personale ausiliario svolgono un lavoro ad alta responsabilità, in ambienti dove la tutela della salute del paziente deve coniugarsi con la protezione della salute e sicurezza del personale.

  Dal punto di vista normativo, la tutela del lavoratore in ambito sanitario trova fondamento nell'Art. 2087 del Codice Civile, che impone al datore di lavoro di "*adottare tutte le misure necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale del lavoratore*".

  A livello specifico, la disciplina è contenuta nel D.Lgs. 81/2008 (testo unico sulla sicurezza sul lavoro), che obbliga le aziende sanitarie a valutare tutti i rischi specifici connessi alle attività sanitarie, a predisporre misure di prevenzione e protezione adeguate, a formare e informare il personale sui rischi e sui comportamenti corretti, a nominare un responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) e un medico competente per la sorveglianza sanitaria.

  La gestione efficace del rischio lavorativo in sanità non è solo un dovere legale, ma anche un elemento essenziale della qualità e della sicurezza delle cure. Garantire la sicurezza degli operatori significa anche migliorare la qualità e la sicurezza delle cure perché un lavoratore tutelato, informato e formato opera con maggiore efficacia, riducendo il rischio di errore e contribuendo a creare un ambiente di lavoro più sicuro per tutti. Alla luce dell'importanza del tema la XVI edizione del MedMal Report dedica un approfondimento ad hoc al fine di presentare non solo le richieste di risarcimento danni relative a quest'ambito ma anche di analizzare il fenomeno nella sua interezza e complessità.

- **Le analoghe misure assicurative: Fondo rischi e fondo riserva sinistri, DM 232/23** — Il Decreto attuativo n. 232 della Legge Gelli-Bianco (riferito all'Art. 10 comma 6 della Legge 24/2017) determina i 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 si pone la finalità di permettere una preservazione delle risorse e, al tempo stesso, una più efficace tutela dei danneggiati, che si tratti di professionisti o pazienti.

  La XVI edizione del Report MedMal, nell'approfondimento dedicato, proporrà alcune considerazioni sugli artt. 10 e 11.

4.1 Le infezioni correlate all'assistenza

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano un indicatore rilevante della qualità e sicurezza delle cure erogate, possono verificarsi **in ogni ambito assistenziale** e sono la **complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria**.

Si definiscono ICA le infezioni che al momento dell'ingresso nella struttura, o prima dell'erogazione dell'assistenza, non erano clinicamente manifeste, né in incubazione e che, dovute a batteri, funghi, virus o altri agenti patogeni, vengono contratte durante l'assistenza sanitaria in qualsiasi setting sanitario o socio-sanitario ospedaliero e territoriale: ospedali per acuti, Day Hospital/Day Surgery, strutture di Lungodegenza e Riabilitazione, strutture residenziali e semi-residenziali, ambulatori, centri di dialisi, assistenza domiciliare integrata (ADI), etc. Il monitoraggio e la prevenzione delle ICA costituiscono un obiettivo prioritario del sistema di gestione del rischio sanitario e della sicurezza del paziente.

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.

Benché vi siano forti prove che una grande percentuale di queste infezioni potrebbe essere prevenuta, le ICA continuano a rappresentare un problema generalizzato di salute pubblica e di sicurezza dei pazienti. 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, sia dal punto di vista assistenziale provocando giornate aggiuntive di degenza, decessi e invalidità, sia dal punto di vista economico portando ad un incremento dei costi che, come riporta il Ministero della Salute[3], vengono stimati in approssimativamente **7 miliardi di euro**, includendo solo i costi diretti.

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 oneri sia per i sistemi sanitari traducendosi in un sovraccarico aggiuntivo di attività e costi (aumento della durata della degenza, utilizzo di procedure diagnostiche e farmaci, impiego di personale sanitario), sia a livello sociale e psicologico per pazienti, famiglie e comunità.

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



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 quindicesima edizione (94%). Ad ogni modo, in linea con i MedMal Report passati, il focus si focalizzerà principalmente sul cluster legato al rischio clinico.

Tabella 4.1 | Tipologia danneggiato ICA

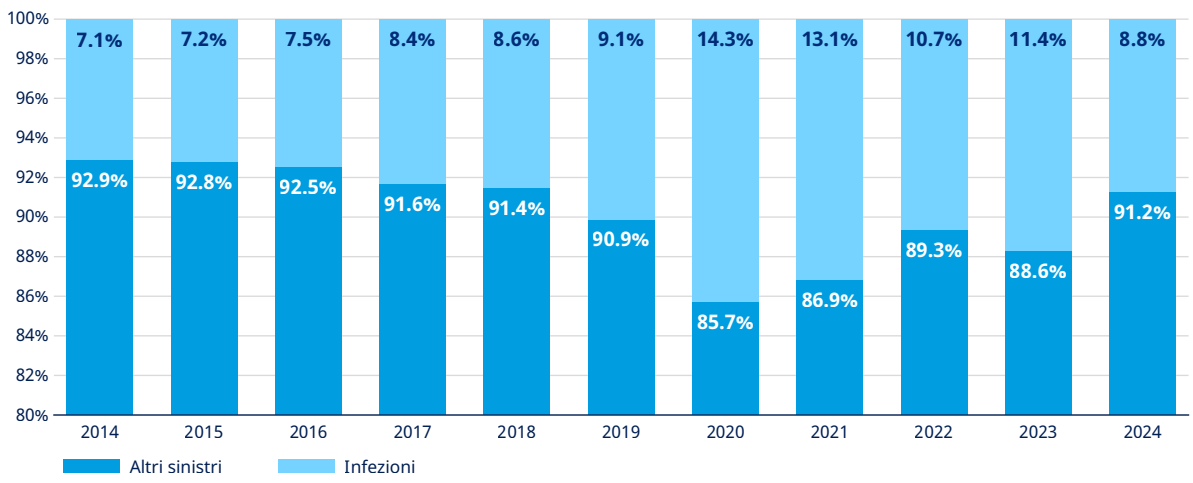
Danneggiato	%
Paziente	92,9%
Operatore	7,1%

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 **7,1%** (*cfr. Capitolo 2.5, Grafico 2.9*) e per il **10,8%** (*cfr. Capitolo 3.1, Grafico 3.4*) sul **costo totale**, rivelandosi inoltre come un fenomeno cui è associato uno dei costi medi più elevati per singola pratica, che supera i **€ 162.000** (*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 tre 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 ICA** sul totale dei sinistri analizzati segue, negli anni presi in esame, una tendenza crescente costante.

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 sedicesima 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 cui fosse disponibile anche una descrizione dettagliata della dinamica dell'evento lesivo (oltre ovviamente alla classificazione), è stato possibile isolare un campione di circa 2.350 sinistri sui quali è stata condotta un'analisi approfondita.

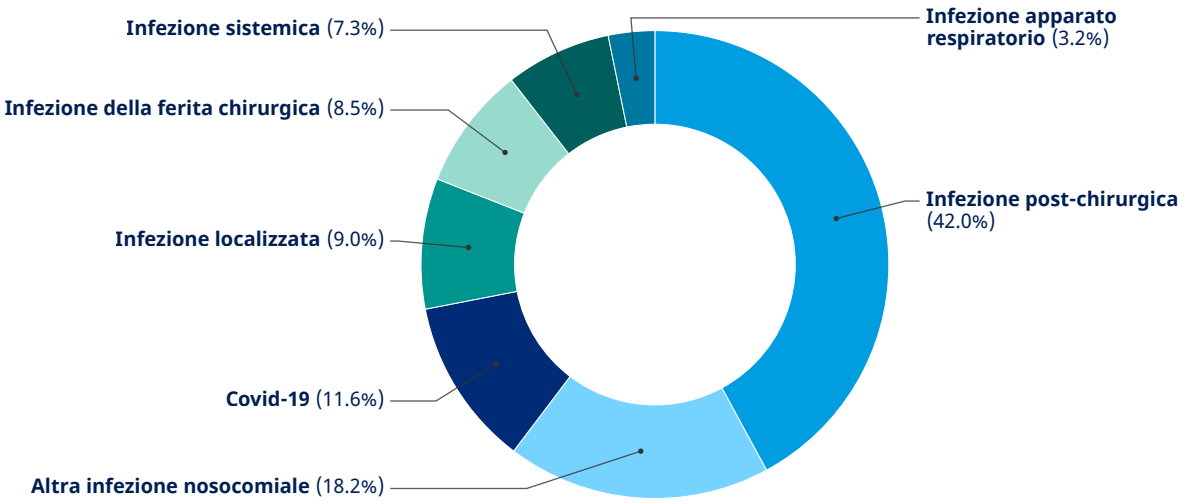
Di seguito il dettaglio della classificazione:

Tabella 4.2 | Classificazione di dettaglio dei sinistri da infezione correlata all'assistenza

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

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

Grafico 4.2 | Classificazione dei sinistri da infezione ospedaliera

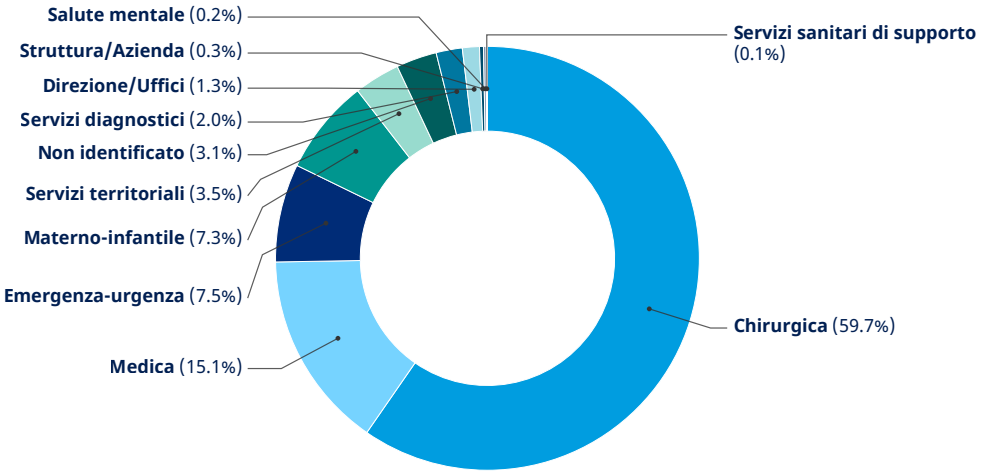


La distribuzione è in linea alla precedente edizione del MedMal Report, osservando come le **infezioni post-chirurgiche** rappresentano oltre il 42% dei sinistri analizzati.

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 quasi il **60% delle richieste risarcitorie**.

Seguono l'area medica (15,1%), l'area di emergenza-urgenza (7,5%) e l'area materno-infantile (7,3%).

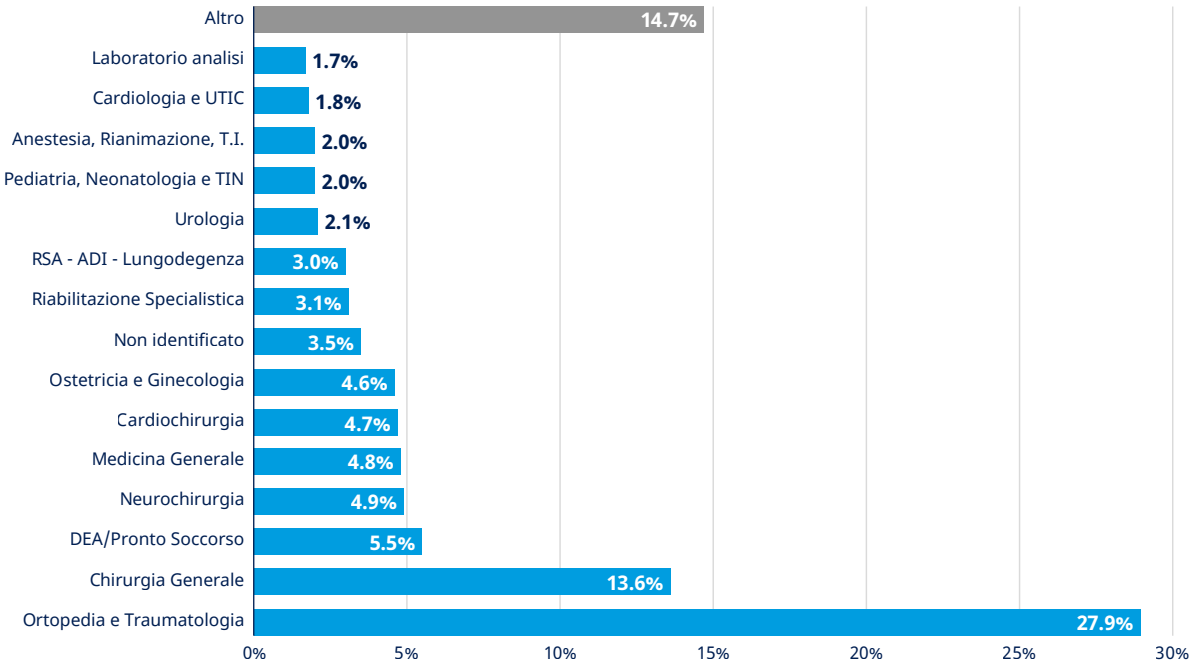
Grafico 4.3 | Aree di rischio ICA



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 13,6%.

Al terzo posto quest'anno troviamo il **Pronto Soccorso**, con oltre il 5,5% dei sinistri. Neurochirurgia si conferma quarta per frequenza di sinistri da infezione.

Grafico 4.4 | Unità Operative maggiormente coinvolte in sinistri da infezione



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: Oculistica e Oftalmologia, Direzione Sanitaria, Generale, Amministrativa, Chirurgia Vascolare, Pneumologia, Tisiologia e Fisiopatologia Respiratoria, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Plastica, Nefrologia e Dialisi, malattie infettive e tropicali, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Oncologia e Radioterapia, Otorinolaringoiatria e Audiologia, Odontoiatria e Stomatologia, Neurologia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Pediatrica, Servizi di Assistenza Territoriale/MMG, Struttura/Parti comuni, Ematologia-Immunoematologia, Radiologia e diagnostica per immagini, Dermatologia-Allergologia, Reumatologia e Geriatria, Psichiatria, Chirurgia Bariatrica, Diabetologia-Endocrinologia, Altri servizi di supporto sanitari, Day Hospital/Day Surgery, Oncoematologia Pediatrica, Ssuem 118, Chirurgia d'urgenza e Anatomia e istologia patologica.

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 tutte le Unità Operative** dell'area chirurgica, con un picco di oltre il **63%** in Chirurgia Generale, e un 62% in Ortopedia. Nel Pronto Soccorso, prevalgono al primo posto l'infezione localizzata, con una percentuale del 38,8%.

Rispetto alla precedente edizione del Report MedMal si osserva una diminuzione di ICA, in termini di frequenza, nella U.O. di Ostetricia e Ginecologia che si posiziona, quindi, al settimo posto. Questo miglioramento può essere verosimilmente riconducibile a un insieme di interventi preventivi, organizzativi e formativi che hanno portato a una **riduzione del rischio infettivo nelle pazienti gravide e nel periodo peripartum**.

L'approfondimento sulle ICA ci permette, inoltre, di porre l'attenzione sull'Unità Operativa di **Medicina Generale** e sul rischio legato alle ICA non riconducibile a una specifica classe di infezione bensì a varie tipologie. La ragione della predominanza della classe "**altre infezioni nosocomiali**", con una percentuale del 43,1% risiede verosimilmente nella tipologia di pazienti che accedono alla U.O. di Medicina Generale. Si tratta, infatti, di soggetti con patologie croniche, comorbilità multiple e ricoveri prolungati. Per tale motivo le infezioni che si sviluppano in tale U.O. non derivano da un'unica fonte ma da molteplici fattori interagenti di tipo ospite/ambiente/procedura/organizzazione.

Tabella 4.3 | Tipologie di infezioni nelle principali U.O. analizzate

Tipologia infezione	Ortopedia e Traumatologia	Chirurgia Generale	Neurochirurgia	DEA/Pronto Soccorso	Medicina Generale
Altra infezione nosocomiale	12,0%	12,5%	13,5%	16,5%	43,1%
Infezione apparato respiratorio	0,7%	2,1%	0%	5,8%	18,5%
Infezione della ferita chirurgica	15,7%	10,4%	15,4%	5,8%	0%
Infezione localizzata	5,6%	5,9%	2,9%	38,8%	9,2%
Infezione post-chirurgica	62,0%	63,2%	59,6%	17,5%	10,8%
Infezione sistemica	4,2%	5,9%	6,7%	15,5%	18,5%

Altra informazione di rilevo nell'analisi sui sinistri derivanti da ICA è relativa alle **conseguenze delle infezioni**. Sul totale delle ICA presenti nel database, oltre 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 4.4*).

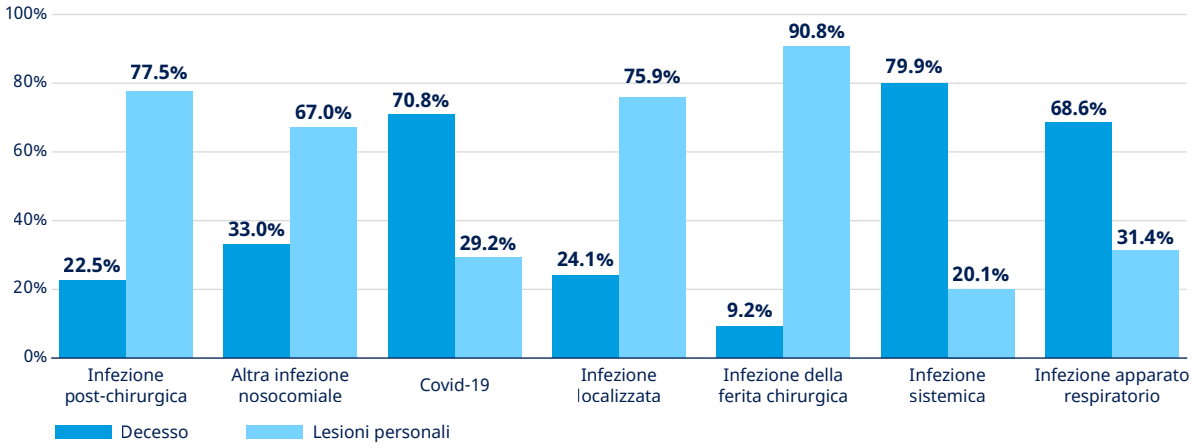
Tabella 4.4 | Esito dei sinistri da infezione correlata all'assistenza

Esito	%
Decesso	34,7%
Lesioni personali	65,3%



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 di quasi l'80% sul totale del campione.

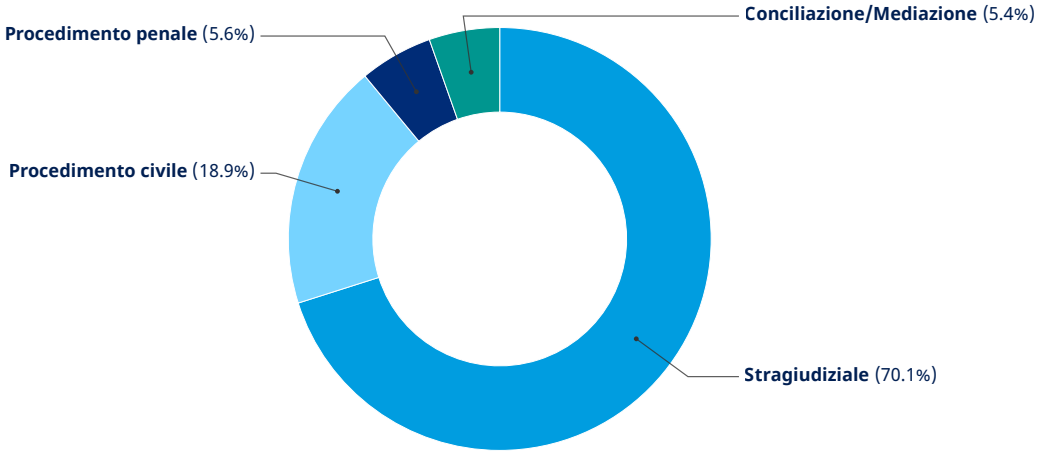
Grafico 4.5 | Esito per tipologia di infezione

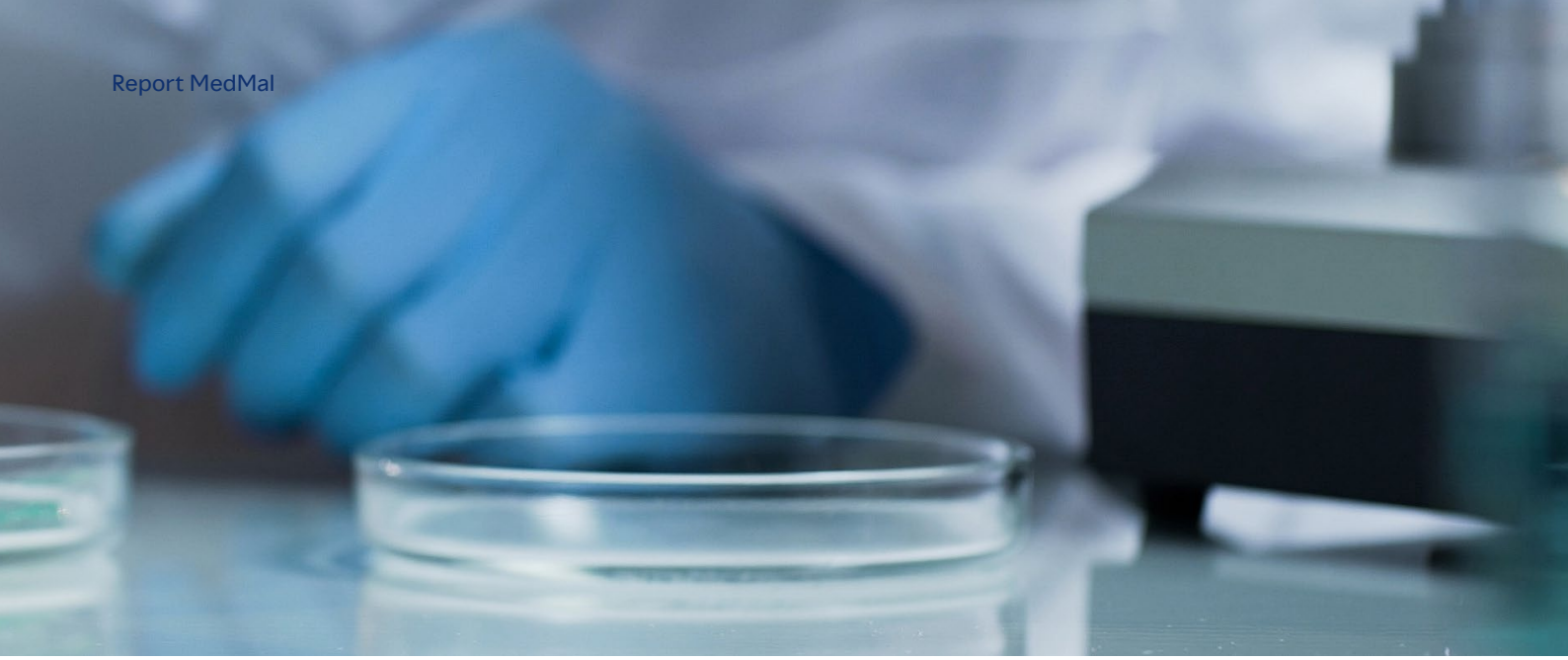


Ponendo il focus sulle **tipologie di pratica**, in linea con la precedente edizione del Report, sulle ICA il ricorso alla **mediazione** e ai **procedimenti penali** si riscontra in **minima parte**, solo nel 5/6% dei casi. I **procedimenti civili sono quasi un quinto** di tutte le infezioni considerate, **in numero superiore** 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**[4].

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.

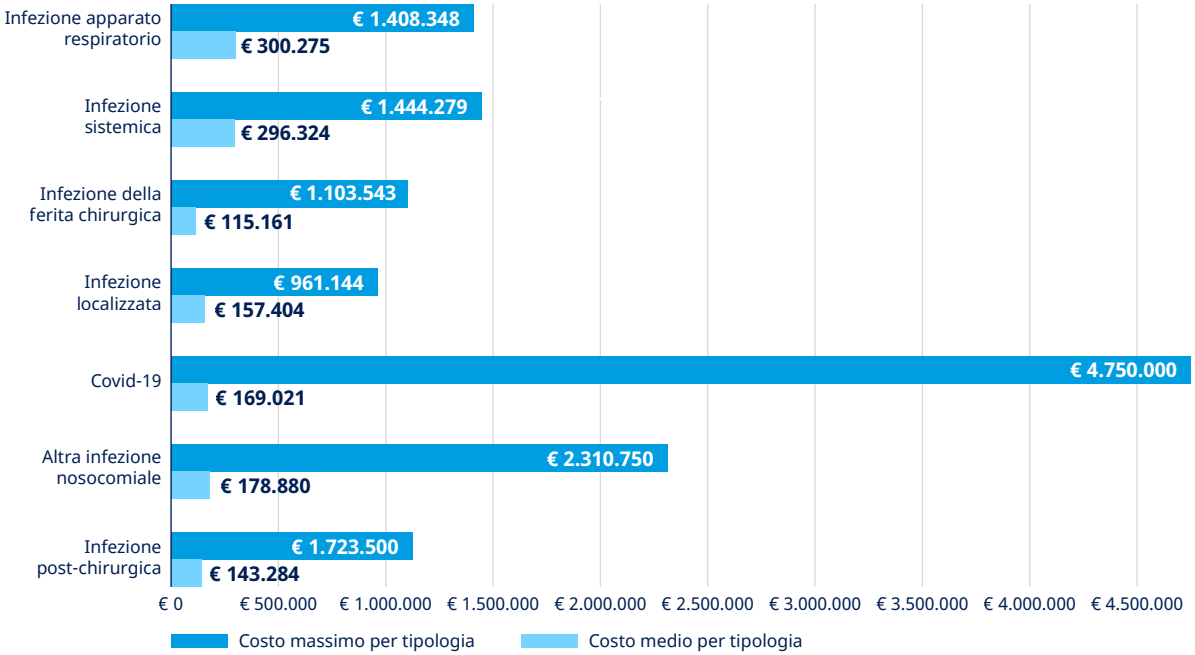
Al fine di approfondire l'aspetto economico legato a questa tipologia di evento, per ogni tipologia di infezione analizzata sono stati individuati il **costo massimo** e il **costo medio**, calcolato escludendo le pratiche senza seguito e quelle non valorizzate.

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

- Sinistri da **Covid-19**, che registrano il costo massimo più alto;
- **Infezioni sistemiche** e **infezioni dell'apparato respiratorio**, 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

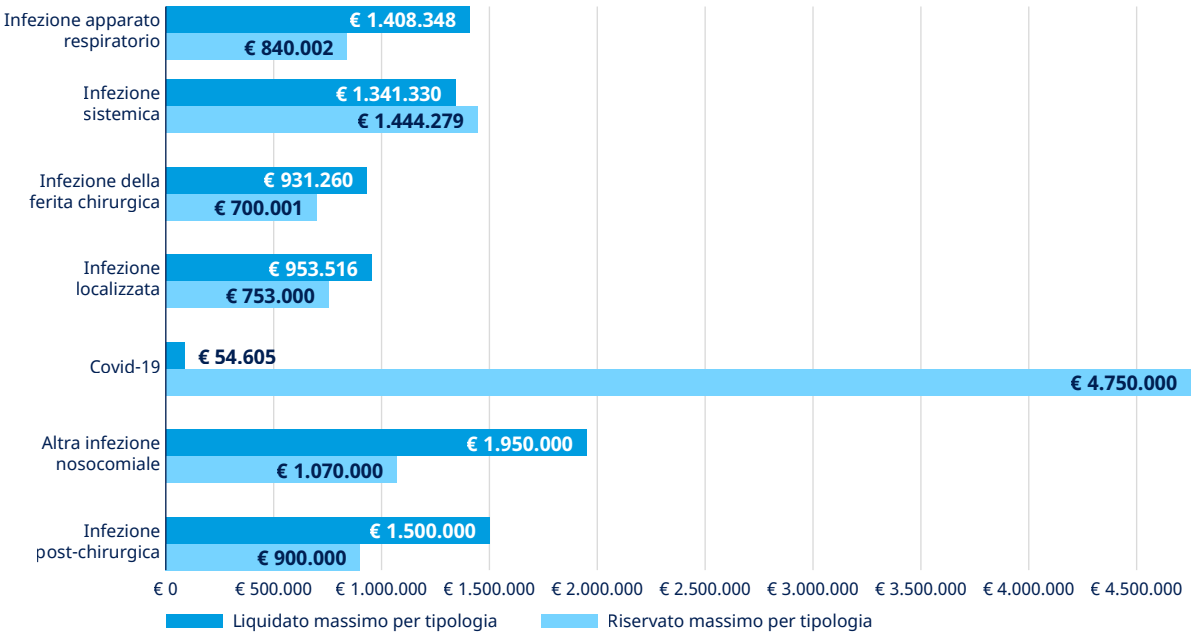


4 | https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica.

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 e 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 di **1.5 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 (oltre il 63%), mentre i chiusi senza seguito rappresentano il 34%, e i liquidati sono solo il 3%, 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. Inoltre, vista la natura singolare della pandemia, possiamo assicurare che i numeri relativi alla chiusura di questi sinistri 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 in termini di costo per quanto riguarda gli indicatori sui ricoveri, mentre sono in lieve aumento i parametri sui posti letto.

Tabella 4.5 | Indicatori di frequenza e costo dei sinistri da infezione ospedaliera

Frequenza sx	Indicatore di attività	Costo per indicatore di attività	Indicatore di attività
0,18	Per 1000 ricoveri	**€ 20,18**	Per ricovero
0,19	Per 1000 ricoveri ponderati	**€ 23,22**	Per ricovero ponderato
0,49	Per 100 posti letto	**€ 568,38**	Per posto letto

Per interpretare correttamente questo dato occorre specificare che i tassi sono calcolati sulla base del numero di infezioni che dà luogo a una richiesta di risarcimento, escludendo dunque tutte le altre infezioni contratte durante il percorso di cure che non vengono poi denunciate.

Nota tecnica: 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.

Le ICA costituiscono un **tema estremamente rilevante nell'ambito di sanità pubblica e sicurezza delle cure**. Il Ministero della Salute raccomanda che ciascuna azienda sanitaria sviluppi procedure di monitoraggio e controllo delle ICA.

Il **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025**[5], all'interno nel Piano Predefinito (PP10) "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza", ha previsto la formazione dei professionisti sanitari sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA. Questo obiettivo è sostenuto dalla **Missione Salute del PNRR**, che ha destinato oltre € 80 milioni per un piano di formazione straordinario sulle infezioni ospedaliere per il personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ponendosi come obiettivo la formazione di oltre 290.000 professionisti sanitari: circa 150.000 entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro giugno del 2026.

Sebbene le caratteristiche del paziente e le tipologie di procedure cui viene sottoposto abbiano un ruolo centrale nell'insorgenza delle ICA, è stato dimostrato che un assetto organizzativo dedicato e un'elevata qualità dell'assistenza contribuiscono a prevenirle e a ridurre la diffusione dei batteri resistenti. Di conseguenza è indispensabile pianificare e attuare programmi di sorveglianza delle ICA a diversi livelli (nazionale, regionale, locale) e attuare interventi mirati a minimizzare il rischio infettivo.

Le ICA possono verificarsi in **tutti i setting assistenziali** e richiedono una attenzione particolare da parte di tutti i professionisti e gli operatori sanitari, per il loro rilevante impatto clinico, epidemiologico, legale ed economico. Le attività necessarie per la loro prevenzione e controllo sono molto articolate e comprendono ad esempio interventi di ordine procedurale, organizzativo, strutturale relativi alla gestione dei dispositivi medici, alla formazione e informazione del personale, alla gestione del rischio clinico, etc.

Il fenomeno delle infezioni correlate all'assistenza è solo in parte osservabile attraverso i database dei sinistri, in quanto una quota rilevante di tali eventi **non viene denunciata** ma è comunque presente all'interno delle strutture sanitarie, rappresentando quindi un costo per l'azienda non solo per le cause sopra descritte ma anche in termini di cure necessarie alla gestione del fenomeno infettivo e rischio aggiuntivo di potenziale altro evento avverso. Diventa quindi fondamentale attivare **azioni e strategie di prevenzione e controllo delle ICA** che possano permettere una riduzione di tale fenomeno ormai in crescita da tanto tempo.

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

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

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.

5 | Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 https://www.epicentro.iss.it/piano_prevenzione/pnp-2020-25.



4.2 Il richio lavoratore

La gestione dei rischi per il personale sanitario: Interventi sistemici e organizzativi

Il settore sanitario rappresenta uno degli ambiti lavorativi a più **elevato rischio professionale**. La vasta scala operativa e la diversità delle professioni coinvolte definiscono un panorama di rischio complesso e articolato che coinvolge i lavoratori, sia con profilo sanitario (medici, infermieri, operatori socio-sanitari, fisioterapisti, farmacisti, odontoiatri, ostetriche ecc.) sia con funzioni non sanitarie (amministrativi, tecnici).

Nel 2022[6] complessivamente il settore contava 785.191 professionisti sanitari di cui 249.869 medici (generici e specialisti) e 384.882 infermieri, con un peso significativo sull'economia nazionale contribuendo per il 6,2% al valore aggiunto totale prodotto in Italia. La vasta scala operativa di questo comparto si traduce inevitabilmente in una **significativa incidenza dei rischi professionali** che, se non adeguatamente prevenuti e gestiti, possono generare infortuni, malattie professionali e stress psicosociale.

Nelle strutture ospedaliere, i rischi si concentrano soprattutto nei reparti a maggiore intensità assistenziale[7] (emergenze, terapia intensiva, sale operatorie, reparti di medicina e chirurgia) e sono riconducibili prevalentemente a rischi biologici (esposizione a virus, batteri e microrganismi patogeni trasmessi tramite sangue, fluidi biologici o contatto diretto con pazienti); rischi ergonomici e muscoloscheletrici (movimentazione manuale dei pazienti, posture incongrue, uso prolungato di strumenti e dispositivi che possono provocare lombalgie, disturbi a ginocchia, spalle e colonna vertebrale); rischi chimici (esposizione a farmaci antiblastici, anestetici, detergenti e disinfettanti aggressivi); rischi da radiazioni (presenti in radiologia, medicina nucleare e radioterapia); rischi da aggressioni (episodi di violenza verbale e fisica da parte di pazienti o familiari); rischi psicosociali (stress lavoro-correlato, burnout).

Nel contesto dell'assistenza territoriale (ambulatori, RSA, assistenza domiciliare) i rischi sono prevalentemente di tipo biologico (nelle RSA e nei contesti domiciliari) ed ergonomico (nell'assistenza domiciliare, con ambienti non idonei alla movimentazione dei pazienti) nonché quelli riconducibili a episodi di aggressione.

Fonti INAIL[8] evidenziano che il settore sanitario-assistenziale ha registrato, nel 2023, **oltre 55.000 denunce di infortunio**, pari al 12% del totale di industria e servizi. Le malattie professionali sono in crescita, soprattutto quelle muscoloscheletriche e da stress. Emerge inoltre che tre incidenti su dieci interessano infermieri e ostetriche, uno su quattro professionisti qualificati nei servizi sanitari e sociali. Il 48,3% degli infortunati ha più di 49 anni e la fascia 50-64 anni è la più colpita anche in termini di decessi. Le parti del corpo più a rischio sono la mano e la colonna vertebrale, entrambe con poco più del 15% dei casi codificati, seguite da ginocchio e caviglia. Ai primi posti delle diagnosi contusioni, lussazioni e distorsioni, che insieme rappresentano oltre il 70% degli eventi. I soggetti più colpiti sono le donne, pari a tre quarti di tutte le denunce, ciò anche in considerazione dell'elevata presenza femminile nel settore sanitario.

6 | Source: "*Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*", INAIL, 2024. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 https://www.epicentro.iss.it/piano_prevenzione/pnp-2020-25.

7 | Source: "*Relazione attività 2024*", Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie, 2024.

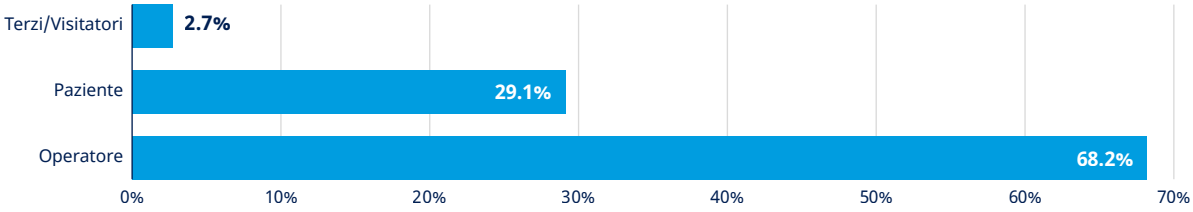
8 | Source: "*Andamento degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali*", INAIL, 2024.



Particolarmente critico è il **tema delle aggressioni** contro gli operatori sanitari e sociosanitari, un **fenomeno in crescita** con **impatti non solo sul benessere psico fisico del singolo operatore ma anche sulla qualità dell'assistenza e sull'attrattività delle professioni sanitarie**.

Analizzando il campione MedMal di questa sedicesima edizione, si evince proprio la numerosità di questi eventi: oltre il **68% 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.

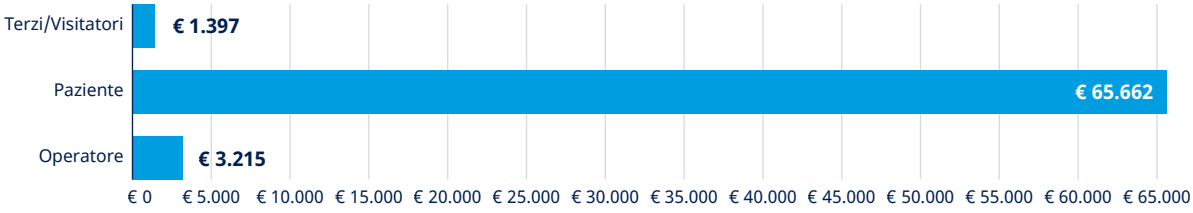
Grafico 4.9 | Distribuzione percentuale dei soggetti coinvolti



Ad ogni soggetto coinvolto è associato un **costo medio** per evento denunciato (*cfr. Grafico 4.10*), che in questo Capitolo è stato calcolato tenendo conto anche dell'incidenza dei **sinistri senza seguito**; queste denunce possono infatti rappresentare anche fino al 60% di tutti i sinistri relativi ad aggressioni. La maggior parte di denunce di aggressione ad operatori sanitari si conclude come sinistro senza seguito a causa di una combinazione di fattori probatori, giuridici, assicurativi e culturali. Solo attraverso una gestione strutturata e proattiva del fenomeno è possibile aumentare il numero di casi correttamente riconosciuti e garantire maggiore tutela agli operatori.

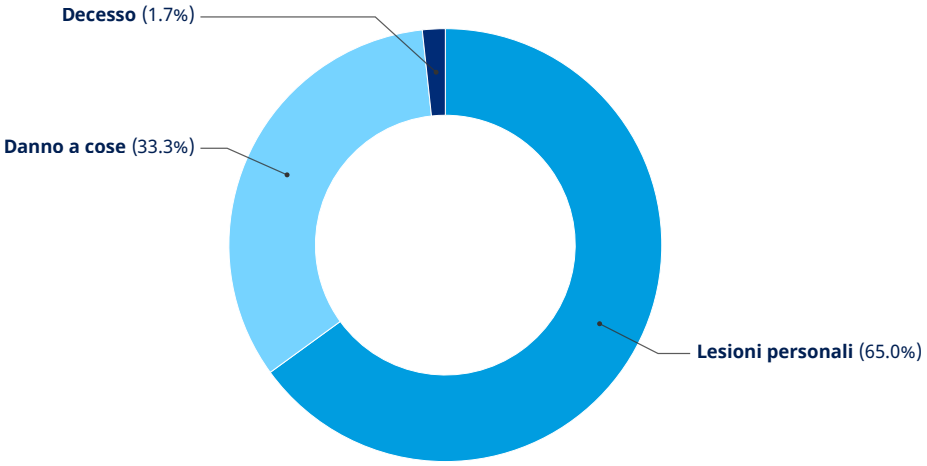
Il costo medio più ingente, oltre € 65.000, si registra nel caso in cui i danneggiati siano **pazienti**.

Grafico 4.10 | Costo medio delle aggressioni per ogni soggetto coinvolto



È importante anche considerare gli esiti che i sinistri legati alle aggressioni comportano. Considerando il campione totale, e quindi analizzando il rischio clinico, il rischio struttura e il rischio lavoratore, notiamo come gli episodi violenti hanno come esito nella maggior parte dei casi **lesioni personali** (65%), seguite dai danni a beni materiali (quali ad esempio rotture di occhiali da vista, capi di abbigliamento, oggetti personali) e, in percentuali più ridotta, nel decesso dell'aggredito.

Grafico 4.11 | Distribuzione percentuale delle tipologie di danno



Diverso è l'impatto economico di ogni tipologia di danno: i casi di **decesso** registrano un costo medio superiore agli € 76.000 a pratica, mentre le lesioni personali si avvicinano ai € 30.000[9]. I valori emersi in tale approfondimento risultano avere qualche discrepanza con quanto riportato nel Capitolo 3, in quanto nell'oggetto di tale analisi risultano inclusi sia i sinistri senza seguito, sia gli altri soggetti coinvolti (operatori e terzi/visitatori).

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.

È interessante anche notare alcune discrepanze che i sinistri derivanti da aggressioni hanno per quanto riguarda i tempi di apertura e chiusura. Nel Capitolo 2.2 si affermava che "*circa il 35% degli eventi dà luogo ad una richiesta di risarcimento danni entro 6 mesi dalla data di accadimento, mentre più del 90% viene denunciato entro 6 anni*". Se si osserva la Tabella 4.6, 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 4.6 | 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. Capitolo 2*)	2,4	2,8
Sinistri da aggressioni	0,5	1,7

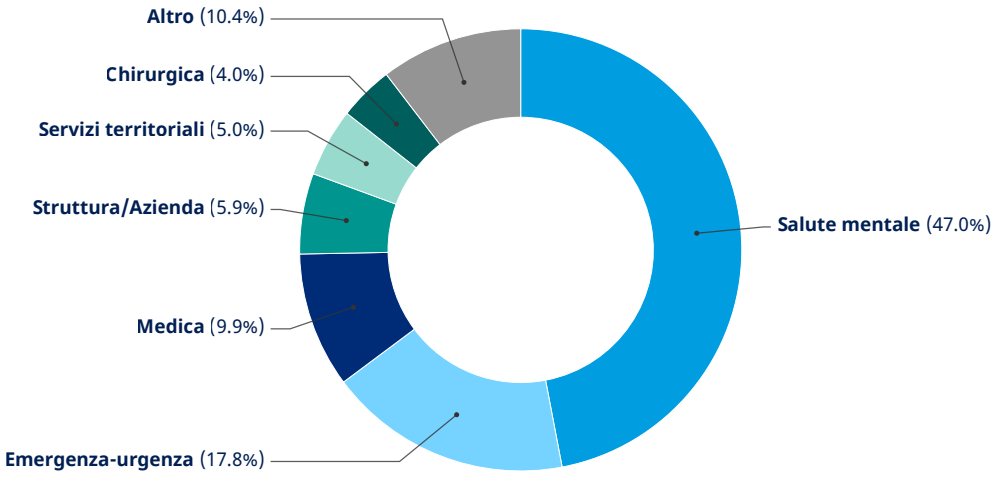
9 | **Nota tecnica**: In tale approfondimento, la parte economica include anche i sinistri senza seguito poiché, benché non portino ad una effettiva liquidazione, restituiscono delle informazioni importanti anche su oneri gestionali e costi indiretti. Escluderli significherebbe perdere opportunità di identificare aree di vulnerabilità, migliorare protocolli interni, formazione e sicurezza.

Fonti istituzionali (INAIL, SIMES, ONSEPS) evidenziano che nel 2024 sono state registrate oltre **18.000 aggressioni a livello nazionale** (+ 15% rispetto al 2023), con un coinvolgimento di **22.000 operatori** tra i 30 e i 49 anni, di cui il **63% di sesso femminile**. Le donne denunciano atti di violenza, con lesioni al cranio, al viso e al torace, più del doppio rispetto agli uomini. I professionisti più colpiti sono gli infermieri (55%), i medici (17,3%) e gli operatori sociosanitari (9,5%).

La forma di violenza più comune è l'**aggressione verbale** che costituisce il **70% del totale**, seguita da quella **fisica (24%)**. Nella maggioranza dei casi l'aggressore è il paziente (67%) seguito da familiari o caregiver (29%). I setting assistenziali più critici sono il Pronto Soccorso, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e le aree di degenza ospedaliera[10].

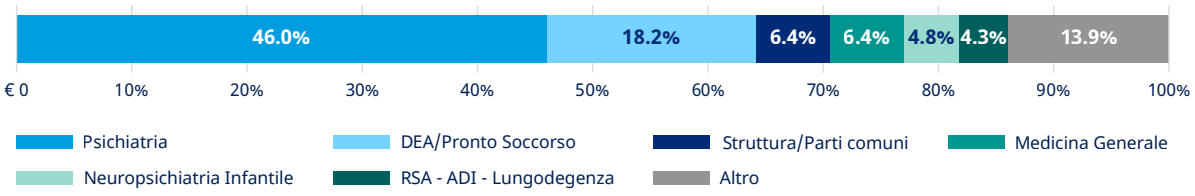
Il MedMal Report 2025 conferma quanto emerge dalle fonti istituzionali, evidenziando che le **aree di rischio** nelle quali sono coinvolti maggiormente gli operatori sanitari sono proprio l'area di **salute mentale (47%)**, quella di **emergenza–urgenza (17,8%)**, seguita dall'area **medica** (quasi il **10%**).

Grafico 4.12 | Frequenza delle aggressioni ai lavoratori nelle principali aree



Nel dettaglio, le aggressioni avvenute nelle Unità Operative di **Psichiatria (46%) e Pronto Soccorso (18%)** contano da sole per quasi i due terzi dei sinistri analizzati per i lavoratori sanitari.

Grafico 4.13 | Frequenza delle aggressioni ai lavoratori nelle principali Unità Operative

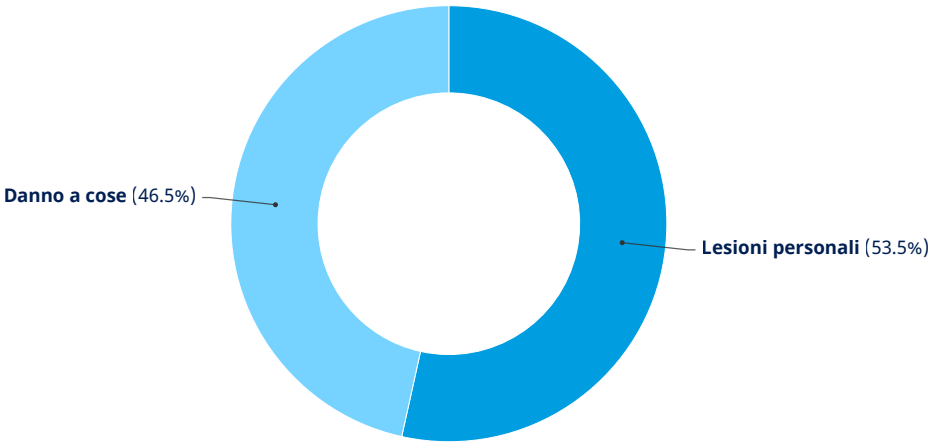


10 | Source: "*Report 2024: Osservatorio sulle aggressioni agli operatori CRI*", Croce Rossa Italiana, 2024.

Se analizziamo solamente la tipologia di danno denunciato dal lavoratore, il campione è diviso tra un 53,5% di aggressioni che ha causato lesioni personali, e un 46,5% che ha provocato danni a cose.

Rispetto agli esiti, analizzando solo il rischio lavoratore, nel campione del Report MedMal non sono presenti sinistri per aggressione che hanno portato come esito il decesso.

Grafico 4.14 | Frequenza per sinistro per esito per il rischio lavoratore



Il costo medio delle **lesioni personali** cala drasticamente: da € 30.000 del campione totale a circa € 5.800 se si considerano i soli operatori sanitari. Ciò può essere dovuto a una gravità generalmente contenuta: nella maggior parte dei casi le aggressioni si concretizzano in spinte, contusioni lievi, traumi minori da colluttazione, episodi verbali o minacce senza danno fisico.

Rimane stabile il valore medio per **danni occorsi a cose**, di circa € 400.

A fronte delle analisi emerse quindi, la violenza contro gli operatori sanitari nei luoghi di cura oltre a essere un **problema di sicurezza individuale** rappresenta un **onere economico a carico del SSN**, con costi diretti e indiretti[11].

I **costi diretti**, più facilmente misurabili, sono riconducibili alla gestione dei **danni alla persona**, alle **assenze** e alle sostituzioni del personale danneggiato, alle **spese legali** e per risarcimenti, ai **danni a strutture** e beni e all'implementazione di sistemi di vigilanza e sicurezza. I **costi indiretti**, più difficilmente quantificabili ma più rilevanti dal punto di vista strategico-organizzativo, sono legati a un peggioramento della qualità dell'assistenza derivante da un clima lavorativo stressante e insicuro, alla perdita di produttività, all'elevato livello di turn over, al **peggioramento del clima organizzativo e alla scarsa attrattività delle professioni sanitarie** verso le nuove generazioni.

In particolare, si rileva una correlazione diretta tra l'esposizione alla violenza e un **deterioramento delle performance sanitarie** (Rapporto ONSEPS) in termini di aumento del rischio di errori medici, di ritardi nell'esecuzione di test diagnostici e aumento delle complicanze post operatorie, e di disaffezione verso il lavoro. Come evidenziato dal report FNOMCeO- Censis[12], il grave disagio psicologico di medici e infermieri, li rende sempre più demotivati e vulnerabili alimentando il fenomeno del burnout e la fuga dal SSN[13].

La gravità del fenomeno ha reso evidente la necessità di adottare **misure normative decise e strutturate** per fornire strumenti di tutela più efficaci e sanzioni più severe. Oltre all'**inasprimento delle pene**, sono state introdotte altre innovazioni normative di grande rilievo tra le quali la **procedibilità d'ufficio** (D.Lgs. 31/2024) ovvero per i reati di lesioni contro il personale sanitario l'Autorità Giudiziaria procede indipendentemente dalla querela della persona offesa; l'introduzione del **reato di danneggiamento** (Dl. 137/2024) che punisce specificamente il danneggiamento di beni destinati al servizio sanitario, con la reclusione da uno a cinque anni e una multa fino a 10.000 euro; l'arresto in flagranza introducendo l'arresto obbligatorio in flagranza per i reati di lesioni e danneggiamento in ambito sanitario. È stata inoltre introdotta la "**flagranza differita**", che consente l'arresto entro 48 ore dal fatto sulla base di prove video, garantendo l'intervento anche quando non è possibile agire nell'immediato.

11 | Source: "*Report eventi sentinella anno 2024*", Ministero della Salute, 2024.

12 | Source: "*Centralità del medico e qualità del rapporto con i pazienti per una buona sanità*", Rapporto FNOMCEO- Censis, 2025.

13 | Source: "*Rapporto professioni infermieristiche I ed.*", FNOPI, Istituto di management Sant'Anna, 2025.

Questo solido quadro normativo e sanzionatorio, per essere pienamente efficace deve, tuttavia, essere affiancato da strategie proattive di prevenzione che agiscano su carenze strutturali del sistema, su dinamiche organizzative e su comportamenti individuali.

Le difficili condizioni lavorative, riconducibili alla carenza di personale, a una cattiva organizzazione del lavoro e alla non sempre adeguata valorizzazione delle competenze, rappresentano un grave fattore di rischio per le organizzazioni chiamate a implementare misure efficaci per ridurre il senso di demotivazione e insicurezza del personale e aumentare il livello di *attraction* e *retention*.

Nel settore sanitario il tema della gestione del personale e dei rischi a questo connessi, assume una rilevanza strategica per il buon funzionamento del sistema. Per people risk si intendono i rischi legati alla forza lavoro, generati dal modo in cui questo asset fondamentale viene attratto, gestito, valorizzato, motivato e mantenuto all'interno delle aziende.

Il report People Risk 2024 di Mercer Marsh Benefits[14] individua ed esamina i principali people risk per le organizzazioni, raggruppandoli in cinque categorie: salute e sicurezza; governance e finanza; digitalizzazione; modalità di lavoro; ambiente e relazioni sociali.

L'esistenza di una correlazione tra malessere organizzativo dei lavoratori con conseguente deterioramento della performance lavorativa, ed episodi di violenza da questi subiti conferma la necessità per le organizzazioni sanitarie di intervenire con specifiche misure di prevenzione e gestione dei rischi più rilevanti, e in particolare:

- ***Salute e sicurezza***: realizzare periodiche indagini di clima per rilevare il livello di soddisfazione e di engagement del personale rispetto agli obiettivi strategici aziendali e definire un action plan per migliorare il benessere organizzativo e ridurre il livello di stress e burnout;
- ***Governance e finanza***: definire e implementare una strategia aziendale di total reward non necessariamente solo di tipo finanziario ma che includa prodotti di welfare e progetti di wellbeing al fine di motivare il personale e rendere le professioni sanitarie più attrattive anche per le nuove generazioni;
- ***Digitalizzazione***: implementare tecnologie a supporto del lavoro del personale sanitario (es. telemedicina o sistemi di Intelligenza artificiale) per ridurre il carico di lavoro amministrativo in capo al personale sanitario e recuperare tempo per l'atto medico e per l'ascolto del paziente e dei suoi familiari/caregiver;
- ***Modalità di lavoro***: intervenire sull'organizzazione e sui processi di lavoro introducendo più razionali modalità di distribuzione dei compiti tra il personale (task shifting) soprattutto in certe aree (es. salute mentale), al fine di impiegare in modo più efficiente le risorse disponibili e consentire al professionista di svolgere in modo più focalizzato, più appropriato e con maggiore soddisfazione la propria attività;
- ***Ambiente e relazioni sociali***: gestire il rischio di demotivazione del personale derivante dalla mancanza di vision, di strategia e di engagement da parte delle direzioni strategiche aziendali. Le organizzazioni devono identificare e comunicare il set valoriale che rispecchia i lavoratori. Diversamente il rischio è quello di perdere competenze preziose.

Gli ostacoli alla mitigazione dei people risk sono da ricondurre a:

1. La **complessità organizzativa**, approcci a "silos" o poco chiara definizione di compiti, ruoli e responsabilità tra le diverse figure professionali. Un approccio di risk management enterprise (ERM) può aiutare nella gestione di rischi trasversali complessi;
2. La difficoltà nel **gestire troppe priorità contemporaneamente** può impedire di trattare tematiche importanti, come la gestione del personale, in modo integrato rispetto alla strategia aziendale e di creare le necessarie sinergie tra la direzione strategica aziendale e le diverse Unità Operative affinché la gestione di questi rischi sia davvero efficace;
3. La difficoltà nel **modificare i comportamenti individuali** è uno dei maggiori ostacoli alla mitigazione dei rischi legati, per esempio, al processo di digitalizzazione e all'introduzione di nuove modalità di organizzazione del lavoro.

I dati sono inequivocabili: oltre 18.000 aggressioni l'anno; il 74,6% dei medici si sente a rischio di burnout a causa delle difficili condizioni di lavoro; il 47,8% dei cittadini ha avuto la sensazione di non ricevere le informazioni necessarie durante il percorso di cura (FNOMCeO- Censis). Di fronte a questo scenario le risposte puramente legislative rappresentano un tassello importante ma non sufficiente per invertire la rotta. Solo attraverso investimenti strutturali nel SSN e l'adozione di buone pratiche organizzative che mettano al centro il benessere del personale sarà possibile garantire ambienti di lavoro sicuri ed erogare un'assistenza sanitaria in grado di fornire risposte tempestive e di qualità a tutti.

14 | https://www.marsh.com/it-it/risks/people-risk/insights/the-five-pillars-of-people-risk.html.

4.3 Le analoghe misure: Fondo rischi e fondo riserva sinistri, DM 232/23

Il Decreto attuativo n. 232/23 (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'Art. 9 del DM 232/23 stabilisce che le strutture sanitarie possano ricorrere al **mercato assicurativo** per la copertura dei rischi o scegliere di adottare l'autoritenzione, motivandone la scelta con apposita delibera approvata dai vertici. La scelta delle **misure analoghe** da parte delle aziende sanitarie prevede che le stesse accantonino due fondi: il fondo rischi e il fondo riserva sinistri.

Fatto salvo il principio di **interoperabilità tra i due fondi**, per evitare duplicazioni degli importi accantonati (Art. 12 D.M. 232/23), l'Art. 13 del DM 232/23 prevede che la congruità degli accantonamenti sia certificata da un revisore legale che rilascia un giudizio di sufficienza o che attesta le ragioni per cui è impossibile esprimere un giudizio.

Fondo riserva sinistri

Tale fondo è destinato a mettere a **riserva** quanto dovuto **per sinistri già denunciati**, anche se non ancora definiti o liquidati. 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. 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 organo, come precisa il decreto, sarà in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura e 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.

Il fondo rischi

Le strutture che intendono assumersi direttamente il rischio devono prevedere un "fondo rischi" per fronteggiare **eventuali obbligazioni risarcitorie su rischi in corso**. È previsto un periodo transitorio di 24 mesi dall'entrata in vigore del decreto (marzo 2024); per adeguarsi pertanto entro il **16 marzo 2026**, le strutture sanitarie pubbliche e private devono essere conformi ai nuovi requisiti.

Il fondo rischi è destinato a **coprire i rischi individuabili al termine dell'esercizio** e che possono dar luogo a richieste di risarcimento danni a carico della struttura. Secondo la normativa l'importo accantonato tiene conto della **tipologia** e della **quantità di prestazioni erogate**, delle **dimensioni della struttura**, ed è sufficiente a far fronte al costo atteso dei rischi della struttura.

A causa della coda molta lunga dei sinistri MedMal, considerato 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, 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".

L'obiettivo principale del fondo rischi è quello di garantire che le aziende sanitarie e socio-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 D.M. 232/23 fa riferimento esplicito all'utilizzo di tecniche attuariali per la determinazione degli importi da accantonare nel fondo. 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.

Alla luce di quanto detto, diventa necessario per le aziende sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private strutturarsi di una funzione per il governo del rischio sanitario e assicurativo e di un organismo multidisciplinare dedicato alla valutazione dei sinistri. Ciò richiede anche competenze specifiche trasversali e ibride che abbiano conoscenza dei processi clinico-assistenziali e organizzativi in sanità, padronanza normativa, capacità di analisi economica sistemica e di comunicazione interprofessionale. La Legge 24/2017 e il D.M. 232/23 attribuiscono un ruolo centrale alla figura del risk manager che diventa il facilitatore dell'integrazione delle diverse competenze oltre che avere un ruolo chiave e strategico nella gestione del rischio sanitario.

Il decreto attuativo, come sottolineato sopra, introduce nuove figure chiave come **loss adjuster, consulenti tecnico-giuridici, economisti sanitari, manager, giuristi esperti di organizzazioni complesse e data analyst**; quest'ultima figura necessaria per la stima del fondo rischi. Molte aziende sanitarie e socio-sanitarie, però, non dispongono internamente di tutte le competenze tecniche necessarie per stimare correttamente il fondo rischi e ciò può rendere necessario il ricorso a team multidisciplinari esterni che, ricorrendo a tecniche probabilistico-attuariali e avvalendosi di idonee esperienze in tema di risk management, possono supportare le aziende nella stima di un fondo rischi congruo.

L'esperienza e le competenze multidisciplinari Marsh affiancano le direzioni aziendali nelle varie fasi dell'attività di seguito rappresentate:

1. **Studio del contesto e raccolta/revisione dei dati**

   Analisi del contesto operativo e revisione strutturata dei dati storici, con particolare focus sulla frequenza, severità economica e classificazione degli eventi rilevanti.

2. **Analisi e aggiustamento dei dati storici e clusterizzazione delle perdite**

   Analisi dei dati storici volta a valutare la frequenza, l'impatto economico e i principali trend temporali degli eventi di perdita. L'attività include l'aggiustamento dei dati per depurare il dataset da effetti monetari (es. inflazione), trend e relativizzazioni rispetto a contesti operativi. In questo step, attraverso tecniche statistico/attuariali, saranno identificati dei cluster con caratteristiche similari (gruppi di rischio omogenei) per procedere alle successive analisi. In questa fase, che vede la collaborazione di risk manager, data analyst, legale e medico legale, l'analisi delle richieste di risarcimento storiche, la segmentazione dei rischi per area clinica, struttura, tipologia di evento e l'individuazione dei trend emergenti e delle criticità operative permette di creare una base dati solida su cui fondare la stima del fondo invece di affidarsi a valutazioni soggettive.

3. **Integrazione delle informazioni di risk management**

   In questa fase la figura del risk manager analizzerà le informazioni di risk management (eventi avversi, eventi sentinella, profilazione del rischio, ecc...) integrandole, insieme all'attuario, con l'analisi dei dati storici sulla sinistrosità fornendo quindi adeguato supporto per la stima del fondo rischi come riportato dal D.M. 232/23, Art. 17.

4. **Identificazione dei parametri e delle distribuzioni di rischio**

   In questa fase l'attuario condurrà un'analisi probabilistica delle perdite future attraverso l'impiego di tecniche attuariali per stimare la distribuzione e i parametri delle perdite potenziali su base annua. Dove opportuno, in questa fase si includono scenari avversi non osservati storicamente (ricorso a dati esterni/benchmark) per irrobustire il dataset.

5. **Analisi stocastica e determinazione di un intervallo di probabilità**

   In questa fase compito dell'attuario sarà quantificare l'intervallo di probabilità con cui si verificheranno determinati eventi, utilizzando le distribuzioni e i parametri identificati nella fase precedente.

   A tal proposito viene sviluppato un modello simulativo utilizzando best practice attuariali e facendo ricorsi a strumenti certificati. L'applicazione dei modelli attuariali e il calcolo del valore congruo del fondo rischi garantisce una stima tecnicamente fondata.

6. **Definizione della strategia di accantonamento e monitoraggio del fondo rischi**

   In base ai risultati ottenuti, si determina l'importo adeguato del fondo e si forniscono suggerimenti per la sua creazione. In questa fase, si trasferisce il know-how alle strutture aziendali e si condividono i passi successivi, come la frequenza di monitoraggio e la nuova quantificazione per considerare eventi rilevanti futuri.

La stima puntuale del fondo rischi porta alle aziende diversi benefici, quali:

- **Compliance normativa**: alla Legge Gelli n. 24/2017 e al relativo Decreto attuativo;
- **Maggiore controllo sulla variabilità dei sinistri**: Analisi deterministica (storica) e probabilistica dei possibili scenari di rischio attraverso metodologie attuariali;
- **Ottimizzazione della pianificazione finanziaria**: Stime e previsioni dell'evoluzione dei sinistri e aiuto nella gestione del rischio di liquidità;
- **Chiarezza nella politica di gestione dei rischi** e nella definizione della propensione al rischio;
- Una metodologia che consenta di ottenere una **rappresentazione completa delle esposizioni al rischio, correttamente prioritizzate**.



5

Indicatori di rischio

L'analisi della sinistrosità in ambito MedMal rappresenta uno strumento strategico fondamentale per le strutture sanitarie pubbliche e private. Attraverso l'**analisi sistematica dei sinistri**, a livello qualitativo e quantitativo, è possibile individuare tendenze di rischio ricorrenti, criticità organizzative ed aree cliniche maggiormente esposte. I dati derivanti dalle richieste risarcitorie offrono una base oggettiva su cui costruire **politiche di gestione del rischio clinico più efficaci**.

Oltre ad analizzare l'andamento del rischio da Medical Malpractice a livello nazionale, si ritiene fondamentale l'adozione di un approccio orientato alla misurazione e al **benchmark**, attraverso il **confronto con strutture simili** (per casistica, dimensione o tipologia di attività), che consente di valutare la propria performance in termini di frequenza e gravità dei sinistri. Il benchmarking consente non solo di **valutare il proprio posizionamento rispetto al mercato**, ma anche di **identificare best practices replicabili e aree di intervento prioritarie**.

Fondamentale nel processo di misurazione è la definizione di **indicatori di sinistrosità** chiari e condivisi (es. tasso di sinistri per volumi di ricoveri, per dimessi, valore medio dei risarcimenti, tempo medio di gestione del sinistro, ecc...). La misurazione sistematica di questi KPI consente non solo il monitoraggio continuo della performance, ma anche la valutazione dell'efficacia delle misure di mitigazione del rischio adottate nel tempo.

In definitiva, l'integrazione tra analisi della sinistrosità, benchmarking e misurazione costituisce una leva potente di **miglioramento continuo** per le organizzazioni sanitarie. Non solo in ottica assicurativa o di contenimento dei costi, ma come parte integrante di una cultura della qualità e della sicurezza delle cure.

A tal fine, ogni anno Marsh struttura e consolida un **sistema di benchmark nazionale** che permette ad 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.

Nota tecnica: **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; per 10.000 nel caso dei parti); 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.

I dati contenuti in questo Capitolo sono stati calcolati sulla base delle informazioni riportate sui siti del Ministero della Salute[15] e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali[16], i cui ultimi aggiornamenti risalgono al 2022. 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 2019–2022, mentre gli indicatori sui **posti letto** e sui **parti** sono stati calcolati sul periodo 2015-2023.

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

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

In continuità con la precedente edizione del Report, vengono calcolati anche i tassi relativi a **tutta l'area chirurgica**.

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

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

Tabella 5.1 | Indicatori di rischio

Frequenza sx	Indicatore di attività	Costo per indicatore di attività	Indicatore di attività
0,82	Per 100 dipendenti	**€ 1.104**	Per dipendente
4,66	Per 100 medici	**€ 6.291**	Per medico
1,91	Per 100 infermieri	**€ 2.582**	Per infermiere
0,97	Per 1000 ricoveri	**€ 131**	Per ricovero
1,09	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 150**	Per ricovero ponderato

I dati emersi sono tendenzialmente in linea con quanto osservato nella scorsa dizione del Report, anche se in lieve calo: l'anno scorso, ad esempio, **ogni ricovero** implicava un **costo aziendale di € 144**, mentre quest'anno si attesta a **€ 131**. Diminuiscono leggermente anche i **ricoveri ponderati**, da € 157 a € 150.

Per quanto riguarda le figure sanitarie, sono stabili i valori di frequenza sui dipendenti, mentre notiamo **un lieve calo sul costo per sinistro per ogni indicatore** (ad esempio, da € 6.758 per medico, all'attuale € 6.291).

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 tecnica: All'interno dell'area chirurgica sono presenti le seguenti Unità Operative: Cardiochirurgia pediatrica; Cardiochirurgia; Chirurgia Generale; Chirurgia Maxillo-facciale; Chirurgia Pediatrica; Chirurgia Plastica; Chirurgia Toracica; Chirurgia Vascolare; Neurochirurgia; Neurochirurgia pediatrica.

15 | Ministero della Salute — Interrogazione della banca dati del Servizio Sanitario Nazionale — https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/usldb/reguslDB.jsp.

16 | https://pne.agenas.it/sintesi/strutture/cerca_strutture.php.

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

Nº sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
Primo livello			
0,84	Per 100 dipendenti	**€ 1.083**	Per dipendente
4,29	Per 100 medici	**€ 5.516**	Per medico
1,93	Per 100 infermieri	**€ 2.476**	Per infermiere
0,76	Per 1000 ricoveri	**€ 98**	Per ricovero
1,04	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 141**	Per ricovero ponderato
Secondo livello			
0,87	Per 100 dipendenti	**€ 1.117**	Per dipendente
5,45	Per 100 medici	**€ 7.028**	Per medico
2,01	Per 100 infermieri	**€ 2.593**	Per infermiere
1,22	Per 1000 ricoveri	**€ 157**	Per ricovero
1,24	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 160**	Per ricovero ponderato
Ospedali universitari e IRCCS			
0,64	Per 100 dipendenti	**€ 1.107**	Per dipendente
3,52	Per 100 medici	**€ 6.070**	Per medico
1,60	Per 100 infermieri	**€ 2.758**	Per infermiere
0,89	Per 1000 ricoveri	**€ 154**	Per ricovero
0,81	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 140**	Per ricovero ponderato

Le **strutture di primo livello** registrano **tassi inferiori rispetto alla media nazionale** in quasi tutte le categorie considerate, sia per frequenza che per costo, determinando così un costo medio per sinistro più basso rispetto al campione considerato.

Questi risultati sono coerenti con la natura delle strutture di primo livello, il cui obiettivo è fornire servizi medici essenziali e specialistici di base, focalizzati sulla diagnosi, cura e stabilizzazione di condizioni non complesse. Inoltre, tali strutture assicurano la continuità assistenziale con quelle di secondo livello e/o specialistiche, attraverso specifici protocolli di consultazione, trasferimento di immagini e percorsi condivisi di cura e assistenza per i pazienti.

Di conseguenza, emergono i dati relativi alle aziende di **secondo livello**, che, oltre a offrire le prestazioni garantite dalle strutture di primo livello, gestiscono anche funzioni di **maggiore complessità**. Queste strutture sono dotate di tecnologie avanzate e personale altamente qualificato, in grado di affrontare sia patologie gravi o articolate che richiedono interventi specialistici avanzati o multidisciplinari, sia situazioni di emergenza-urgenza di elevata gravità.

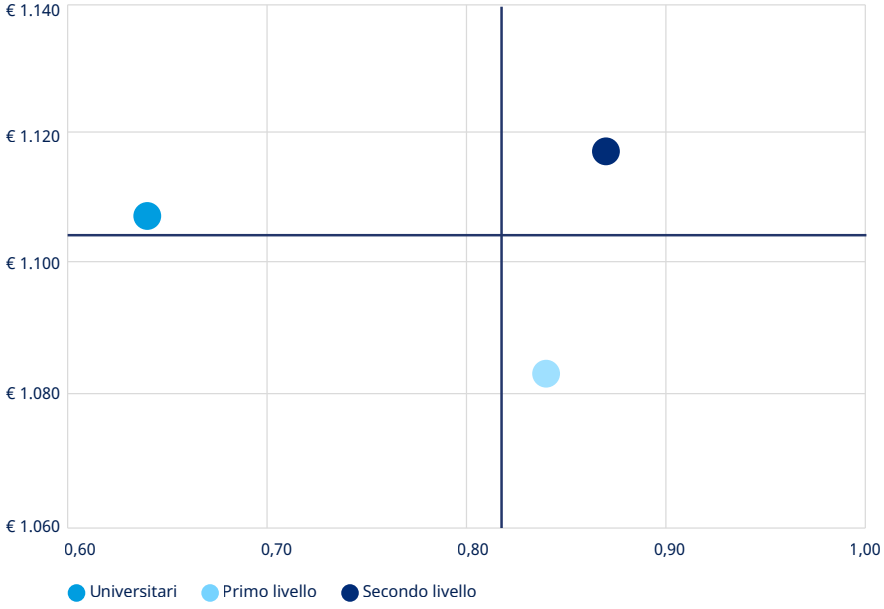


Per questo motivo, i tassi risultano più elevati sia in termini di costi che di frequenza; si evidenzia, ad esempio, un incremento di quasi il 26% nei ricoveri medi (1,22) rispetto alla media nazionale.

Allo stesso modo, gli **ospedali universitari** e gli **IRCCS** presentano **costi** per indicatore superiori alla media nazionale, pur registrando una frequenza per sinistro inferiore. Sebbene il minor numero di eventi nel corso degli anni suggerisca una buona attività di prevenzione e gestione, tuttavia i sinistri che si verificano sono generalmente riconducibili ad attività 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). Tale 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[17].

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



17 | Riforma degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) (salute.gov.it).



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

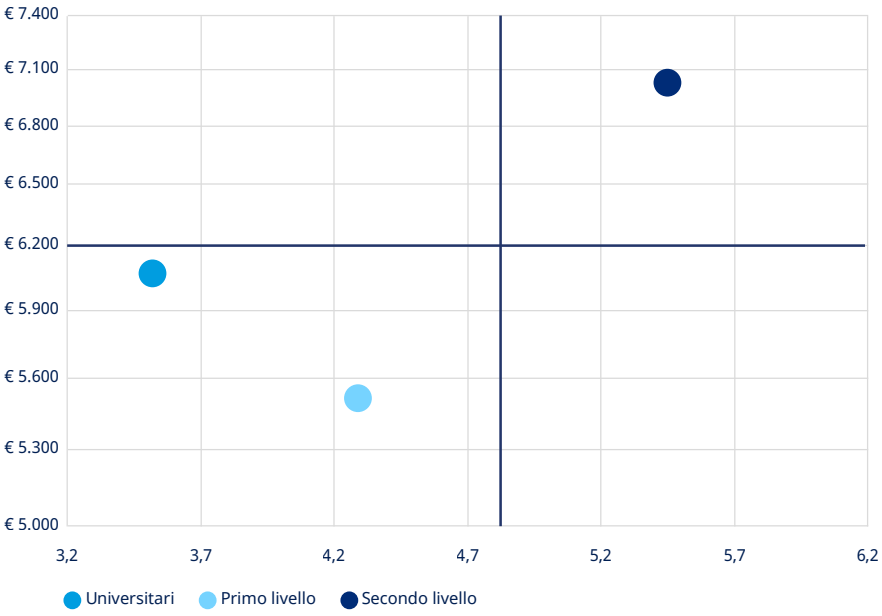
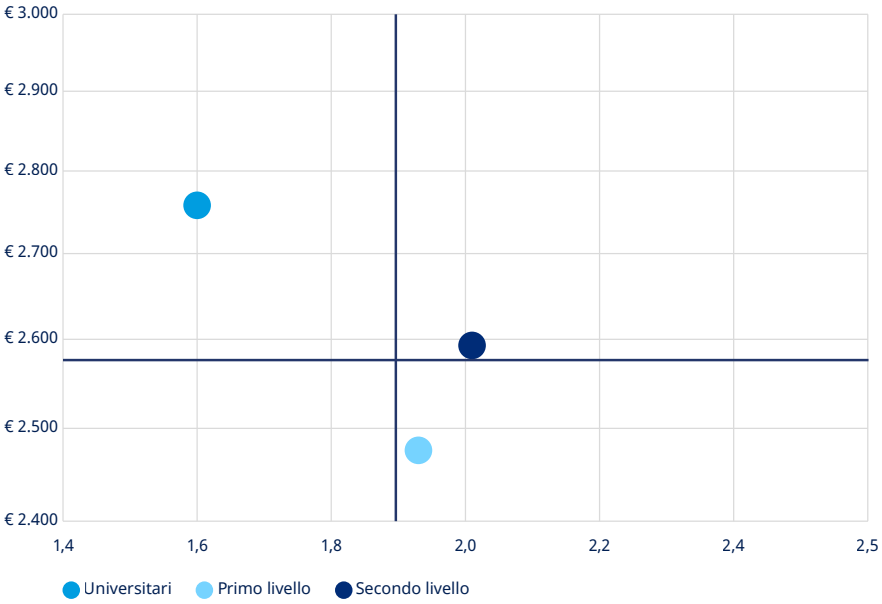


Grafico 5.3 | Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura — numero di infermieri




MediTown Hospital
Dr. Z. Wallace

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

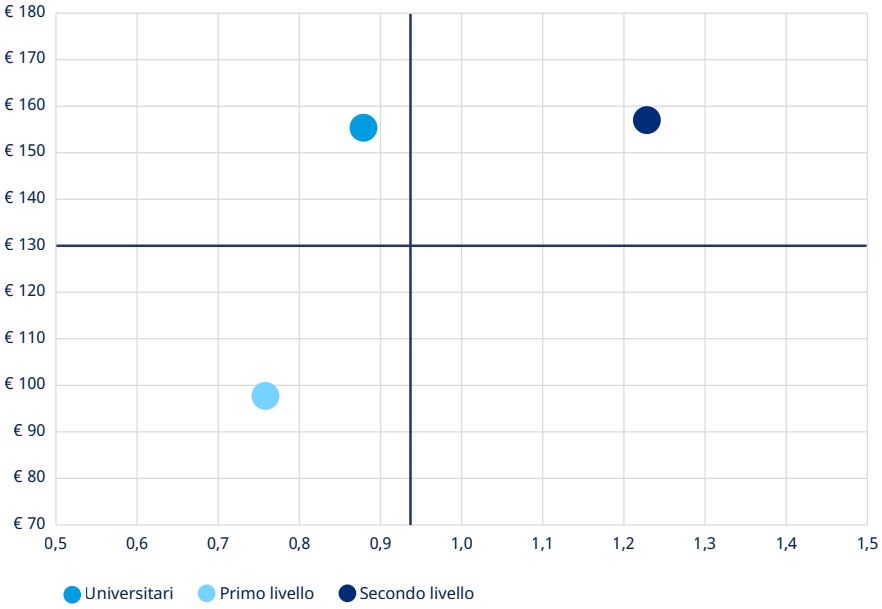
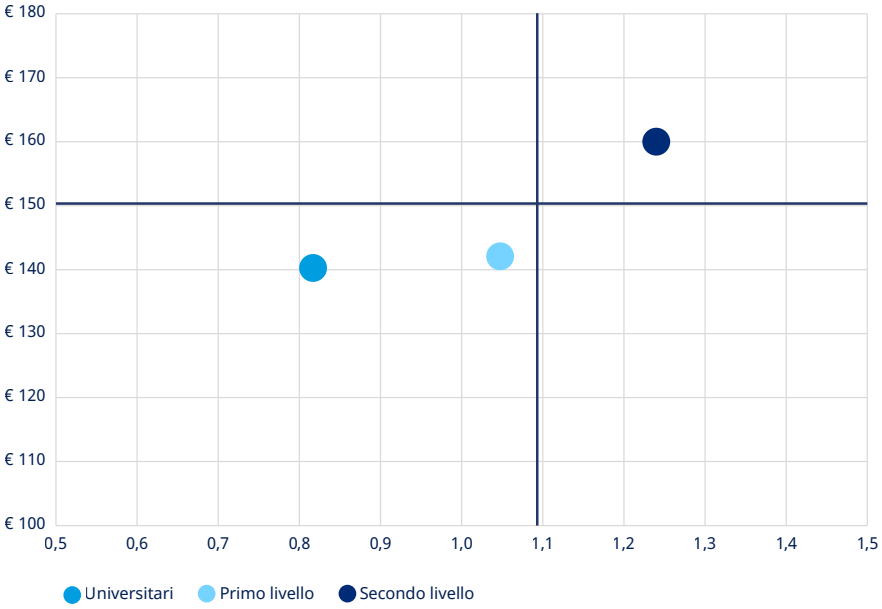


Grafico 5.5 | Indicatori di rischio e costi assicurativi per le diverse tipologie di struttura — ricoveri ponderati





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 € 245 per ogni nuovo nato**.

Tabella 5.3 | Indicatori di rischio e costo per Unità Operativa

Nº sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
Chirurgia Generale			
1,20	Per 1000 ricoveri	**€ 156**	Per ricovero
1,18	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 152**	Per ricovero ponderato
Ortopedia e Traumatologia			
2,53	Per 1000 ricoveri	**€ 179**	Per ricovero
2,53	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 179**	Per ricovero ponderato
Ostetricia e Ginecologia			
0,96	Per 1000 ricoveri	**€ 266**	Per ricovero
0,98	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 270**	Per ricovero ponderato
Area chirurgica			
1,48	Per 1000 ricoveri	**€ 226**	Per ricovero
1,46	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	**€ 223**	Per ricovero ponderato
Errori da parto			
5,53	Per 10.000 parti	**€ 245**	Per parto

In linea con quanto osservato nelle edizioni passate, **Ostetricia e Ginecologia** si conferma come l'UU. OO. **più costosa** (€ 270 per ricovero ponderato), in lieve calo dagli € 299 dell'anno scorso, seppur con una probabilità di richieste di risarcimento inferiore alla media (0,98 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*) e rappresentato dalle linee blu che si intersecano.

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 2,53; i costi, seppure leggermente più alti rispetto alla media, rimangono vicini alla media.

Dall'analisi dei grafici si può dedurre anche come all'interno dell'**area chirurgica** siano presenti specialità di elevata complessità, come la Cardiochirurgia, la Chirurgia Toracica e la Chirurgia Vascolare, le cui voci di costo risultano tra le più alte anche nel Capitolo 3. La Chirurgia Generale, pur essendo più articolata rispetto ad altri sinistri rilevati nel campione generale del rischio clinico, rappresenta la categoria meno complessa tra quelle chirurgiche; proprio per questo motivo, questa U.O. contribuisce leggermente a ridurre sia i costi sia la frequenza dei sinistri nell'ambito dell'area chirurgica.

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

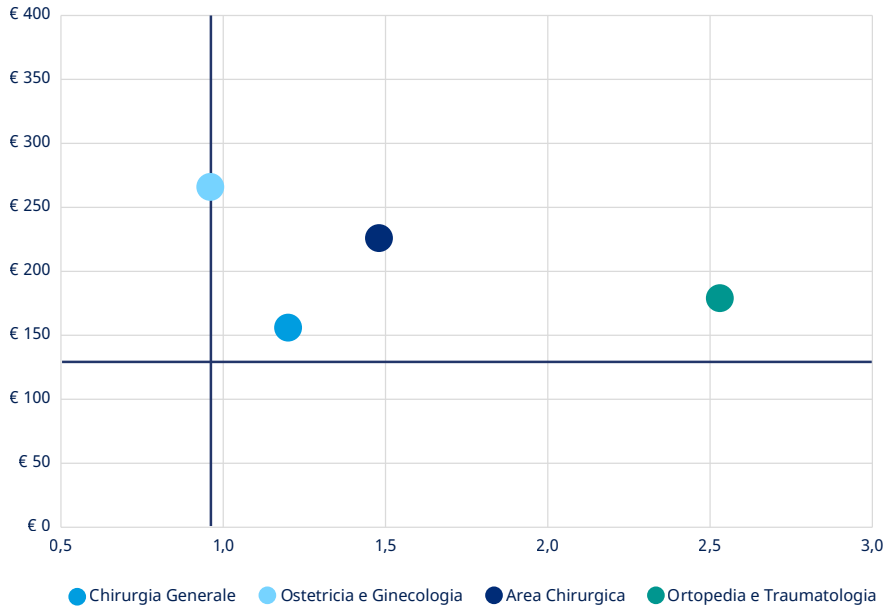
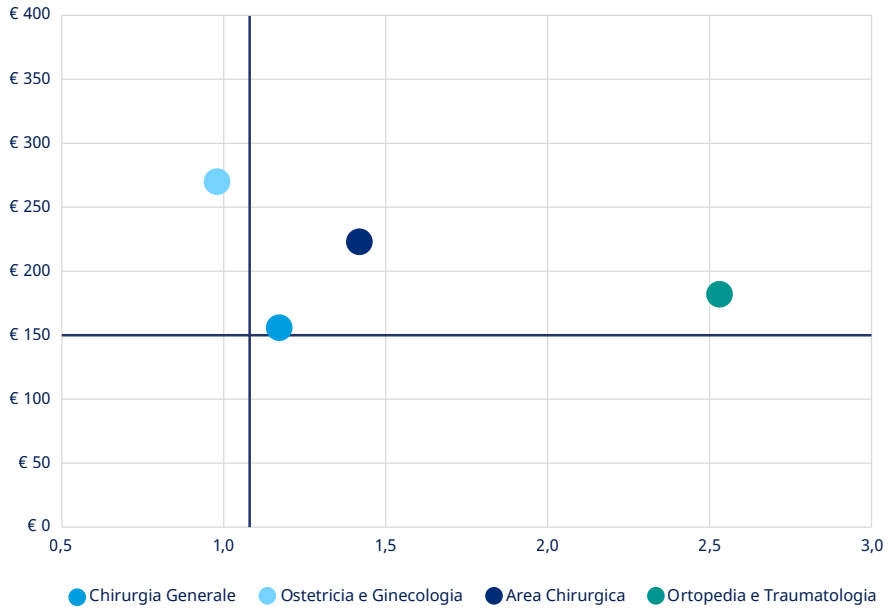


Grafico 5.7 | Indicatori di rischio e costi assicurativi per Unità Operativa — ricoveri ponderati



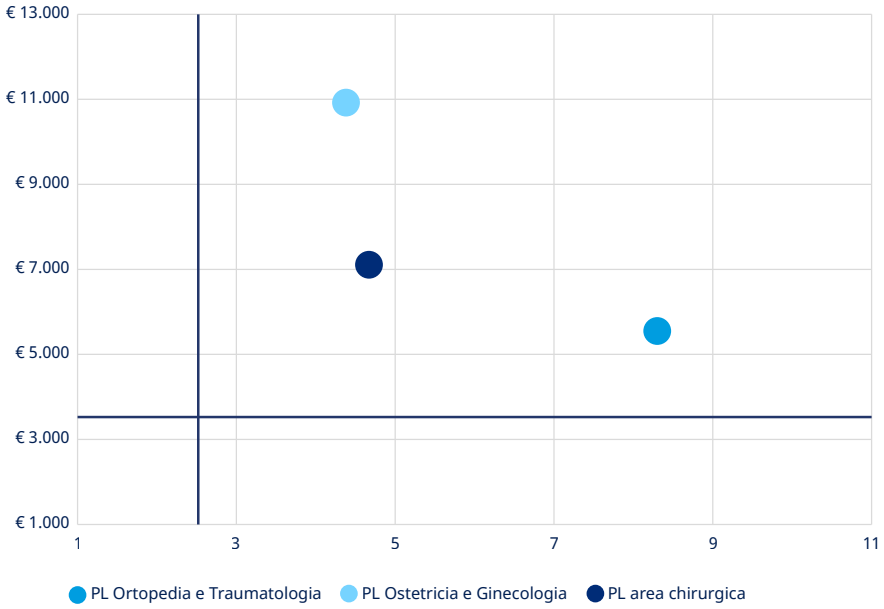
Allo stesso modo, si è deciso di calcolare l'**incidenza dei sinistri sui posti letto** delle aziende aanitarie.

Analogamente all'analisi sui ricoveri, risulta una **maggiore frequenza di sinistri** (8,30) **per ogni 100 posti letto in Ortopedia e Traumatologia**. Il peso maggiore in termini di costo è in leggera diminuzione, ma indubbiamente molto alto, dato dall'**Unità Operativa di ginecologia e ostetricia**: oltre € 10.900 ogni posto letto.

Tabella 5.4 | Indicatori di rischio e costo per posti letto

Frequenza sx	Indicatore di attività	Costo sx	Indicatore di attività
2,84	Per 100 posti letto	**€ 3.660**	Per posto letto
4,67	Per 100 posti letto di Chirurgia	**€ 7.109**	Per posto letto di Chirurgia
8,30	Per 100 posti letto di Ortopedia	**€ 5.549**	Per posto letto di Ortopedia
4,38	Per 100 posti letto di Ostetricia	**€ 10.922**	Per posto letto di Ostetricia

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



La complessità di queste Unità Operative si collega con le osservazioni fatte e i dati presentati 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 20,2% 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

Le analisi che il team di lavoro Marsh ha condotto in questi anni nelle diverse edizioni del MedMal Report hanno permesso di evidenziare come la Medical Malpractice rappresenti una **dimensione cruciale nella gestione del rischio sanitario**, con impatti rilevanti non solo sotto il profilo economico-assicurativo, ma anche e soprattutto sul piano della **qualità delle cure e della sicurezza del paziente**.

I dati analizzati hanno permesso di individuare **trend significativi** in termini di frequenza, gravità e distribuzione dei sinistri, evidenziando specifiche aree cliniche e organizzative maggiormente esposte. 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. La presenza di **pattern ricorrenti** conferma la necessità di rafforzare le attività di prevenzione attraverso strumenti strutturati di risk management sanitario, formazione continua del personale e miglioramento dei processi assistenziali.

In questo contesto, il benchmarking con strutture omogenee e la misurazione sistematica della sinistrosità assumono un ruolo strategico. Solo attraverso la **conoscenza approfondita dei propri dati** e il **confronto con standard di riferimento** è possibile attivare percorsi di miglioramento continuo realmente efficaci.

La gestione del rischio sanitario e la riduzione della sinistrosità, però, devono essere integrate in una più ampia cultura organizzativa della sicurezza, che veda il **coinvolgimento attivo** di tutti gli attori del sistema sanitario. L'analisi delle richieste di risarcimento danni è, infatti, 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.

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.

Il passaggio da un approccio reattivo a uno proattivo rappresenta la vera sfida per il futuro, in un'ottica di responsabilità, sostenibilità e tutela della salute pubblica.

Un **grazie alle aziende sanitarie**, clienti e non, che ogni anno, condividendo con noi i loro dati e partecipando al Report MedMal, dimostrano di comprendere quanto importante sia la conoscenza dei propri dati e il confronto con altre strutture in un'ottica di miglioramento continuo. Solo attraverso la conoscenza approfondita dei propri dati e il confronto con standard di riferimento, infatti, è possibile attivare percorsi di miglioramento continuo realmente efficaci e condividere best practice atte alla mitigazione dei rischi sanitari.

Su Marsh

Marsh, un’azienda di Marsh McLennan (NYSE: MMC), è il principale broker assicurativo e consulente per il rischio a livello mondiale. Marsh McLennan è leader mondiale in materia di rischio, strategia e capitale umano e fornisce consulenza a clienti in 130 paesi in quattro aziende: Marsh, Guy Carpenter, Mercer e Oliver Wyman. Con un fatturato annuo di 23 miliardi di dollari e oltre 85.000 colleghi, Marsh McLennan aiuta a costruire la fiducia necessaria per prosperare attraverso il potere della prospettiva. Per ulteriori informazioni, visitate il sito marsh.com o 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.

Copyright © 2025, Marsh LLC. All rights reserved.

2580023-EU