

REPORT MEDMAL

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

EXECUTIVE SUMMARY



INDICE

> INTRODUZIONE	01
----------------	----

SANITÀ PUBBLICA

> CAMPIONE	03
> ANALISI DELLE FREQUENZE	04
Andamento medio annuo dei sinistri per struttura.....	04
Stato e tipologia delle pratiche.....	04
Tipologie di procedimento.....	05
Tipologie di evento denunciato.....	05
Aree di rischio e unità operative.....	06
> ANALISI ECONOMICA	08
Costo del sinistro.....	08
Liquidato.....	10
Riservato.....	13
Top claims.....	15
> APPROFONDIMENTI	16
Approfondimento infezioni nosocomiali.....	16
Approfondimento errori da parto/cesareo.....	18
> INDICATORI DI RISCHIO	21

SANITÀ PRIVATA

> CAMPIONE	23
> ANALISI DELLE FREQUENZE	24
> STATO E TIPOLOGIA DELLE PRATICHE	25
> ANALISI ECONOMICA	26
Analisi del liquidato e del riservato.....	26
> APPROFONDIMENTO RSA	27
> TASSI DI RISCHIO	28

INTRODUZIONE

L'11° Edizione del report Marsh sull'andamento dei sinistri da medical malpractice, che viene presentata in un momento storico di emergenza sanitaria inaspettata e senza precedenti nell'era moderna, ha, come per le precedenti edizioni, l'obiettivo di fornire alle aziende sanitarie dati e indicazioni utili per ottimizzare le strategie e le condizioni di finanziamento del rischio e valutare le proprie politiche di Risk Management.

Il presente report, che costituisce una versione sintetica dello studio completo scaricabile gratuitamente dal sito di Marsh (www.marsh.com/it/it/insights/research-briefings.html), analizza in forma anonima i sinistri da Responsabilità Civile verso Terzi/Prestatori d'opera di aziende sanitarie pubbliche e private sparse sull'intero territorio nazionale. Il database è stato suddiviso tra strutture pubbliche e private, in modo da consentire le opportune analisi che vengono presentate nelle rispettive sezioni "sanità pubblica" e "sanità privata" del report.

In questa edizione il focus sui rischi sanitari è stato ulteriormente circoscritto ai danni su pazienti, in modo da fornire una panoramica sempre più precisa sulla medical malpractice in senso stretto, che rappresenta la maggior fonte di rischio per le strutture. Per quanto riguarda i danni su visitatori e operatori è presente una sezione dedicata.

Nel capitolo "sanità pubblica" oltre alle consuete elaborazioni su frequenza, tipologia e valore economico dei sinistri, sono riportati due approfondimenti specifici dedicati all'area materno-infantile ed alle infezioni nosocomiali.

In questa edizione del report all'interno della sezione "sanità privata" è stato fornito un ulteriore dettaglio sia descrittivo che economico rispetto alle precedenti edizioni, cercando però di tenere conto della maggior eterogeneità delle strutture private rispetto alle aziende pubbliche per tipologia di servizi offerti, utenza e regime assistenziale.

A questo scopo si è deciso di includere nel report una sezione dedicata alle RSA, che costituiscono, soprattutto in questo momento storico, un settore di assoluto interesse per il tema della gestione dei rischi.

SANITÀ PUBBLICA



CAMPIONE

Il campione di Aziende della sanità pubblica è costituito da 66 strutture appartenenti complessivamente a 12 diverse Regioni italiane. Sono stati inclusi nel database i sinistri RCT/O con anno di denuncia dal 2004 al 2018, aggiornati almeno all'anno successivo.

A partire da questi dati si è costruito un database complessivo di circa 29.400 sinistri, riclassificati e resi omogenei nei campi di analisi al fine di poter operare statistiche e confronti.

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

- presidi di primo livello (ASL, AUSL, ATS): aziende che offrono assistenza sanitaria di base e servizi territoriali;
- aziende ospedaliere di secondo livello: strutture eroganti assistenza sanitaria specialistica;
- aziende ospedaliere universitarie: strutture che erogano servizi sanitari oltre a svolgere attività accademica e di ricerca;
- ospedali specializzati: strutture che si rivolgono a una determinata categoria di utenza.

In linea con le premesse e le finalità del presente report, il campione iniziale è stato ristretto in modo da elaborare un focus specifico sul rischio da medical malpractice, escludendo dunque i danni a cose, i furti/ smarrimenti, gli errori amministrativi e le richieste con importo inferiore a 500 €. In aggiunta, in questa edizione l'analisi di dettaglio è stata operata selezionando esclusivamente i danni lamentati da pazienti, in modo da concentrare sempre di più l'attenzione sul rischio clinico.

Sono stati infine individuati ed eliminati gli "outliers", ovvero i dati parziali o anomali che si presentano disomogenei rispetto alle restanti annualità e che tipicamente si trovano nelle annualità iniziali o finali del periodo considerato.

Il campione così composto comprende i dati di struttura e attività indicati nella tabella.

Tabella 1. Volumi di attività e dimensione del campione.

Sinistri totali analizzati	29.414
Sinistri selezionati	13.562
N. sinistri medi annui	904
Ricoveri	1.439.822
Posti letto	40.521
Personale sanitario	162.905
N. medici	27.876
N. infermieri	69.187

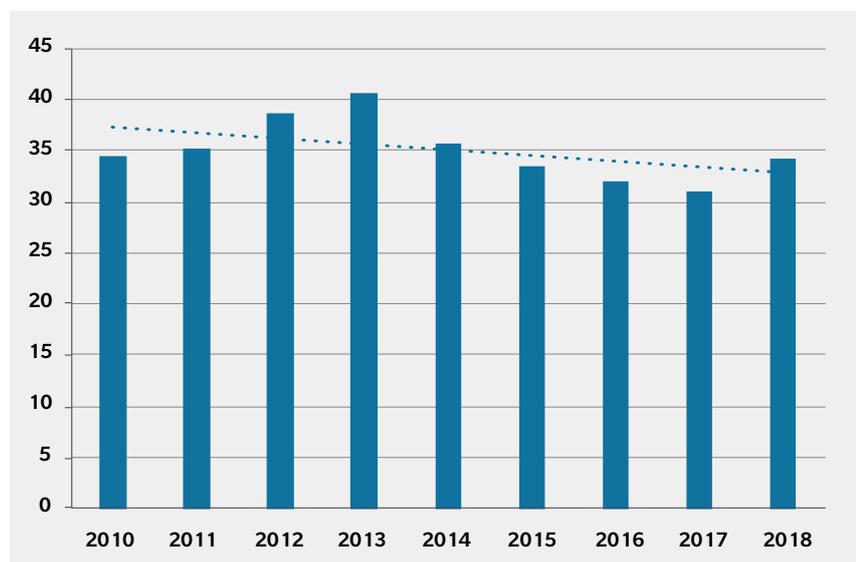
ANALISI DELLE FREQUENZE

ANDAMENTO MEDIO ANNUO DEI SINISTRI PER STRUTTURA

Come anticipato, il campione è costituito da 66 aziende sanitarie di diversa dimensione e complessità, la cui numerosità varia nei diversi anni di analisi a seconda della disponibilità dei dati e della loro completezza; si è inoltre osservato che la numerosità del campione risulta maggiormente rappresentativa e omogenea se si escludono le annualità più remote.

Per questi motivi, nell'osservare l'andamento dei sinistri per anno di denuncia, si è proceduto a calcolare la media di richieste di risarcimento per singola struttura considerando il periodo 2010-2018. Si osservano dunque 35 sinistri in media all'anno per struttura, con un trend che per il periodo analizzato corrisponde complessivamente al - 2%.

Figura 1. Andamento delle richieste di risarcimento danni: numero medio per struttura.

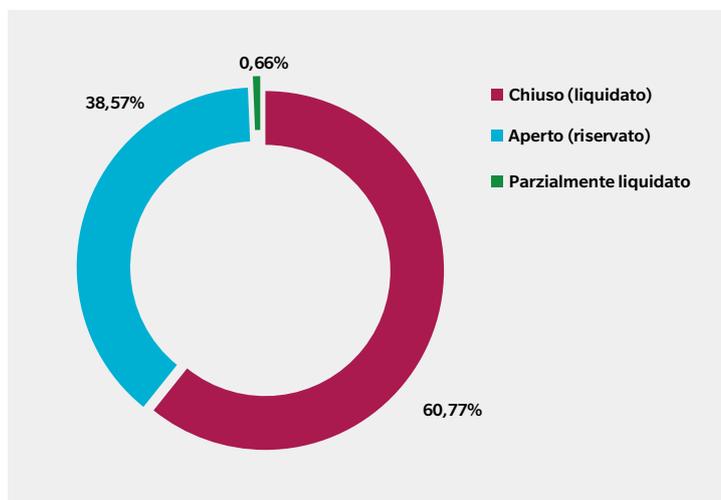


STATO E TIPOLOGIA DELLE PRATICHE

L'analisi dello stato delle pratiche, rispetto alla scorsa edizione, rileva una maggiore incidenza di pratiche aperte (38,6% a fronte del 32% dello scorso anno) mentre si conferma, seppur con una percentuale minore, la maggioranza delle pratiche chiuse (circa 61%, 67% nella scorsa edizione).

Le differenze osservate rispetto all'edizione 2019 sono attribuibili alla selezione del campione: i danni lamentati da pazienti infatti, oltre a incidere maggiormente a livello economico, sono generalmente più complessi rispetto ai danni arrecati a terzi e visitatori (che per il 58% sono cadute accidentali). C'è inoltre una piccola parte di sinistri parzialmente liquidati (0,7%) (Figura 2).

Figura 2. Distribuzione percentuale dello stato della pratica.



TIPOLOGIE DI PROCEDIMENTO

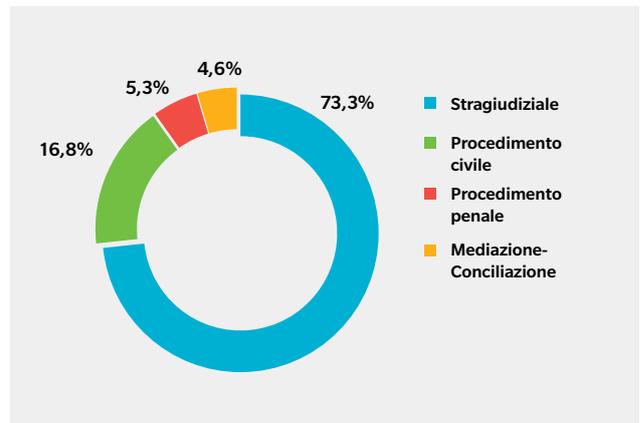
Le richieste di risarcimento pervenute alle strutture ospedaliere danno luogo a procedimenti di diversa natura.

Nello specifico si è osservata, laddove il dato fosse disponibile, la distribuzione delle diverse tipologie di pratica suddivise come segue:

- Stragiudiziale
- Giudiziale (civile o penale)
- Mediazione, conciliazione o ADR (Alternative Dispute Resolution)

Nella figura 3 si osserva che i procedimenti stragiudiziali rappresentano il 73,3% del totale.

Figura 3. Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento.

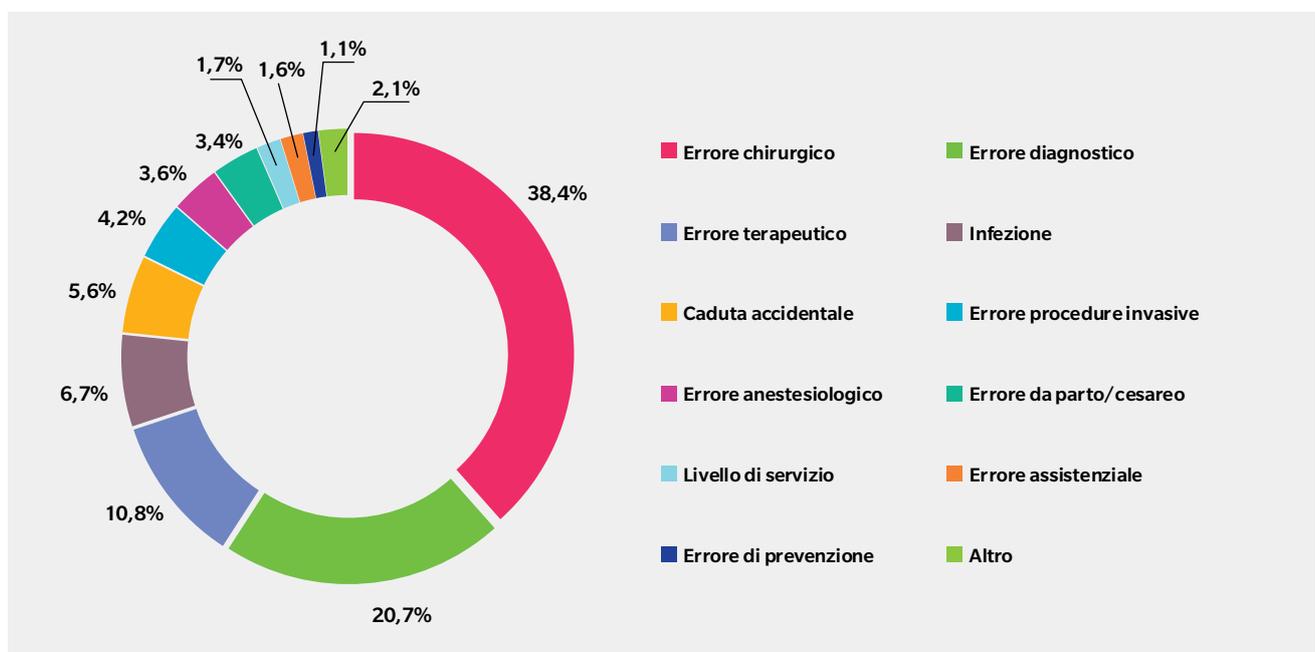


TIPOLOGIE DI EVENTO DENUNCIATO

Gli eventi avversi appartenenti alla categoria del rischio clinico sono, in generale, definibili come errori insorti durante il percorso di cura che ne determinano il fallimento o ne prolungano la durata, determinando dunque una dispersione di risorse aziendali oltre che un

aumento dei costi correlati all'assistenza (senza contare le risorse, economiche e non, necessarie alla gestione dell'eventuale sinistro che derivi dal verificarsi dell'evento avverso). Di seguito si riporta la percentuale di incidenza degli eventi avversi denunciati.

Figura 4. Distribuzione percentuale delle tipologie di evento.

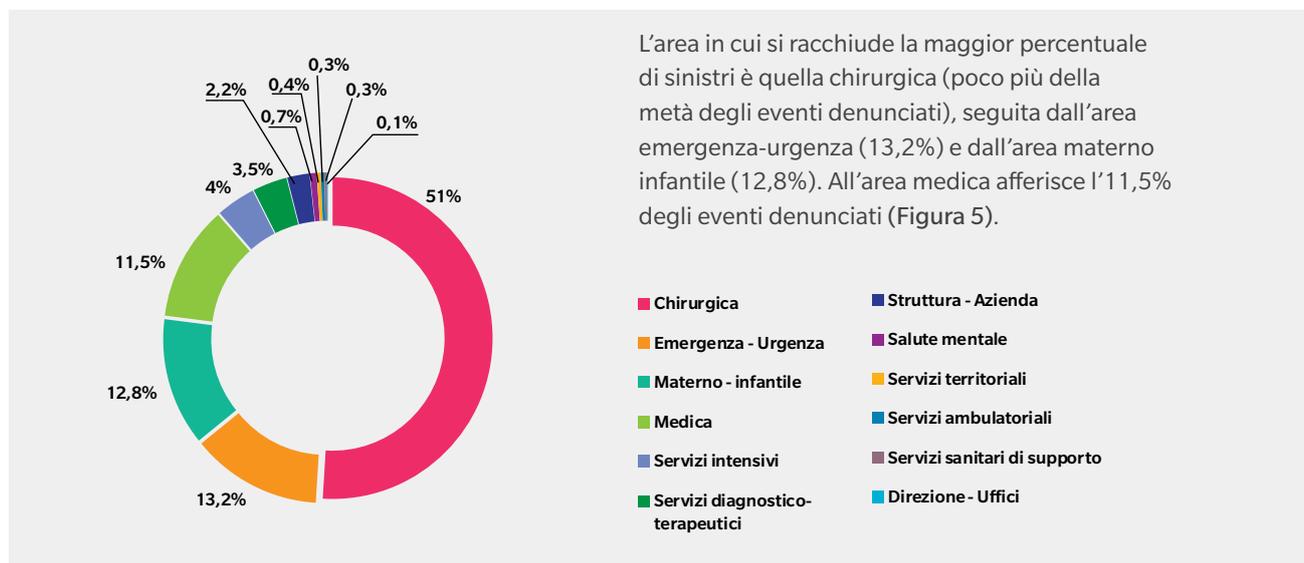


Le sei principali fonti di rischio osservate (errori chirurgici, diagnostici, terapeutici, cadute accidentali, infezioni ed errori da procedura invasiva) rappresentano l'86,2% del totale degli errori registrati. Seppur con un diverso ordine, sono le medesime della scorsa edizione.

AREE DI RISCHIO E UNITÀ OPERATIVE

Ogni struttura di ricovero e cura presenta una peculiare distribuzione delle attività e delle Unità Operative. Di conseguenza, in occasione della riclassificazione del database, al fine di rendere i dati omogenei e confrontabili, le Unità Operative sono state suddivise in aree a seconda delle attività prevalenti.

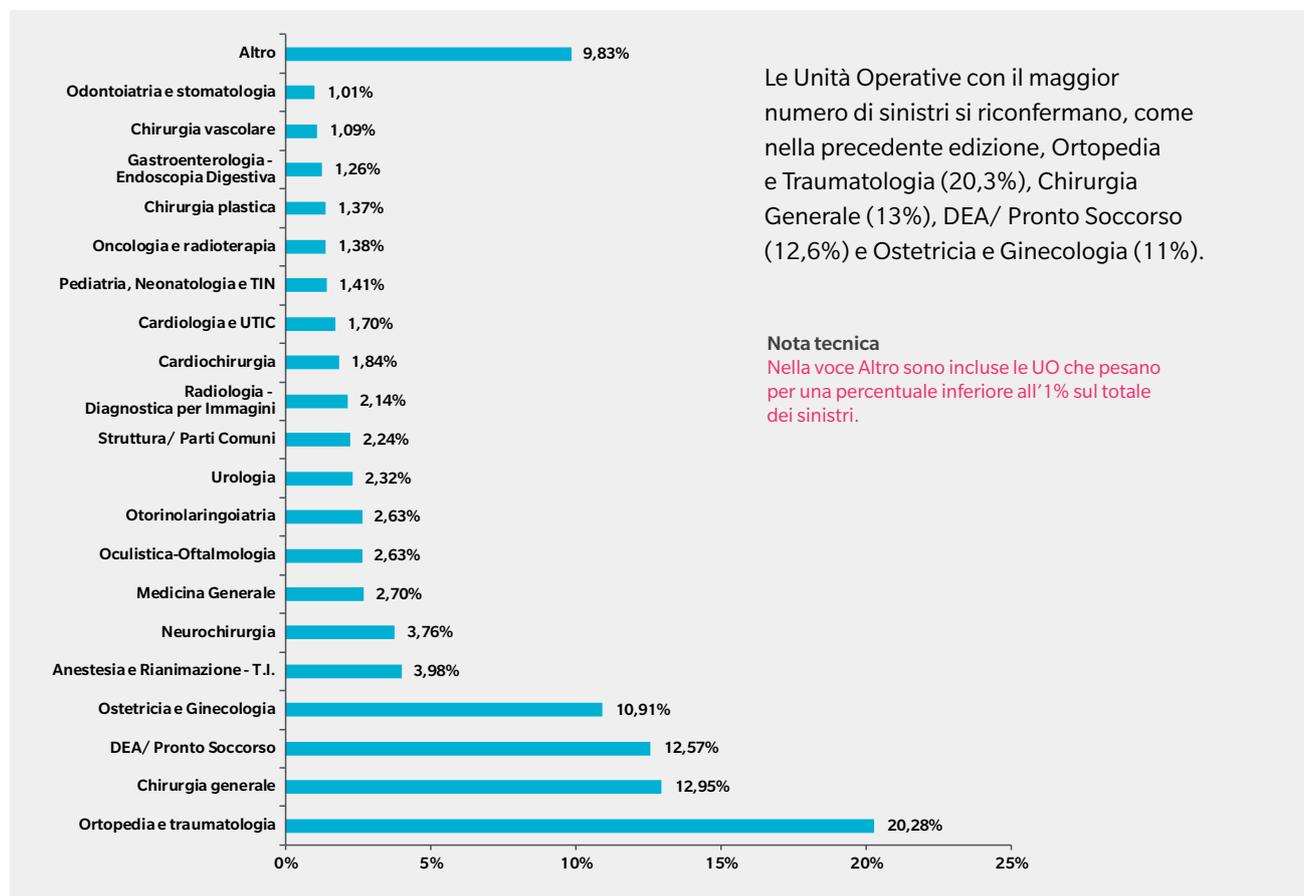
Figura 5. Distribuzione percentuale delle maggiori aree di rischio.



L'area in cui si racchiude la maggior percentuale di sinistri è quella chirurgica (poco più della metà degli eventi denunciati), seguita dall'area emergenza-urgenza (13,2%) e dall'area materno infantile (12,8%). All'area medica afferisce l'11,5% degli eventi denunciati (Figura 5).

Al fine di fornire un approfondimento in relazione alle diverse Unità Operative si riporta di seguito la distribuzione percentuale dei sinistri a danni di pazienti nelle diverse UO analizzate.

Figura 6. Distribuzione percentuale delle unità operative soggette a sinistro.



Le Unità Operative con il maggior numero di sinistri si riconfermano, come nella precedente edizione, Ortopedia e Traumatologia (20,3%), Chirurgia Generale (13%), DEA/ Pronto Soccorso (12,6%) e Ostetricia e Ginecologia (11%).

Nota tecnica
Nella voce Altro sono incluse le UO che pesano per una percentuale inferiore all'1% sul totale dei sinistri.

Di seguito si riporta il dettaglio degli errori che vengono più frequentemente denunciati all'interno di queste Unità Operative.

Tabella 2. Principali UO e relativi errori.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	%
Errore chirurgico	60,9%
Errore diagnostico	10,4%
Errore terapeutico	10,2%
Infezione	9,8%
Dispositivo/materiale difettoso	1,8%
Altri	6,9%

CHIRURGIA GENERALE	%
Errore chirurgico	69,4%
Infezione	10,3%
Errore diagnostico	7,1%
Errore terapeutico	3,9%
Errore procedure invasive	3,4%
Altri	5,9%

DEA/ PRONTO SOCCORSO	%
Errore diagnostico	63,7%
Errore terapeutico	20,0%
Caduta accidentale	5,6%
Errore chirurgico	3,5%
Errore assistenziale	1,4%
Altri	5,8%

OSTETRICIA E GINECOLOGIA	%
Errore chirurgico	36,0%
Errore da parto/cesareo	32,5%
Errore diagnostico	13,0%
Errore terapeutico	5,9%
Infezione	3,3%
Altri	9,3%

ANESTESIA E RIANIMAZIONE - TI	%
Errore anestesiologicalo	78,4%
Errore procedure invasive	4,7%
Errore terapeutico	4,5%
Infezione	3,7%
Errore chirurgico	3,2%
Altri	5,5%

ANALISI ECONOMICA

COSTO DEL SINISTRO

Tabella 3. Costo dei sinistri considerati (2004-2018).

IMPORTO	€
Riservato	613.937.933,61 €
Liquidato	717.981.420,91 €
Costo totale	1.331.919.354,52 €
Riservato medio per sx	124.128,17 €
Liquidato medio per sx	81.505,44 €
Costo medio per sx	96.831,65 €
Costo medio annuo per struttura	3.402.085,70 €

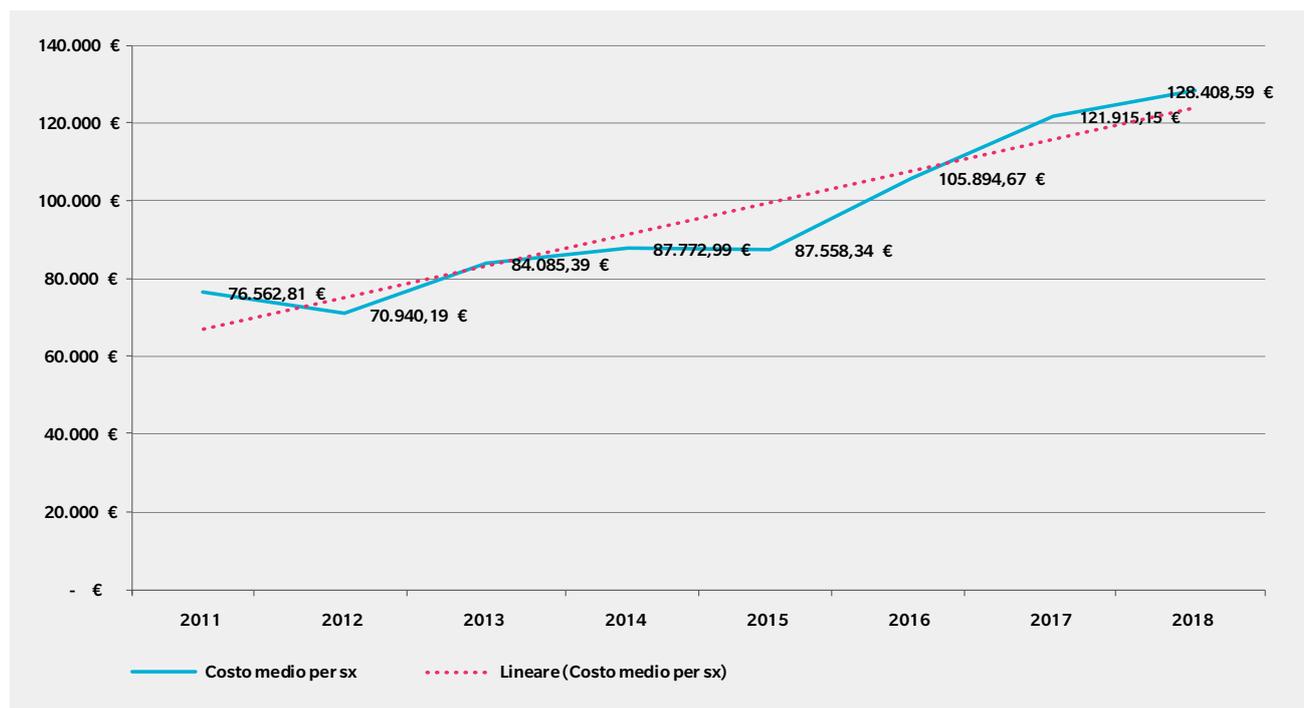
L'analisi economica dei sinistri include elaborazioni relative al costo totale, alle riserve e agli importi liquidati.

Il costo totale dei sinistri analizzati, ovvero quelli con costo maggiore di 500 € riferibili a eventi avversi su pazienti, è di oltre 1,3 miliardi di euro dal 2004 al 2018, con una prevalenza di importi liquidati (54% del costo totale).

Il costo medio per sinistro è di circa 96.800 €, maggiore rispetto al costo rilevato nella scorsa edizione (93.200 €) per via dell'effetto che la selezione del campione ha sui dati di analisi. Includendo infatti nel conteggio anche terzi, operatori e visitatori si ottiene un costo medio per sinistro pari a 94.790 €.

Analizzando dunque il costo medio per sinistro si va a confermare il trend in crescita che si era osservato lo scorso anno, con un incremento medio dal 2011 al 2018 pari al +4%. L'analisi dei costi medi, così come attuato per il numero medio di sinistri denunciati per ogni anno di analisi, è stata infatti calcolata a partire dal 2011, anno a partire dal quale il numero di aziende del campione risulta maggiormente omogeneo e rappresentativo.

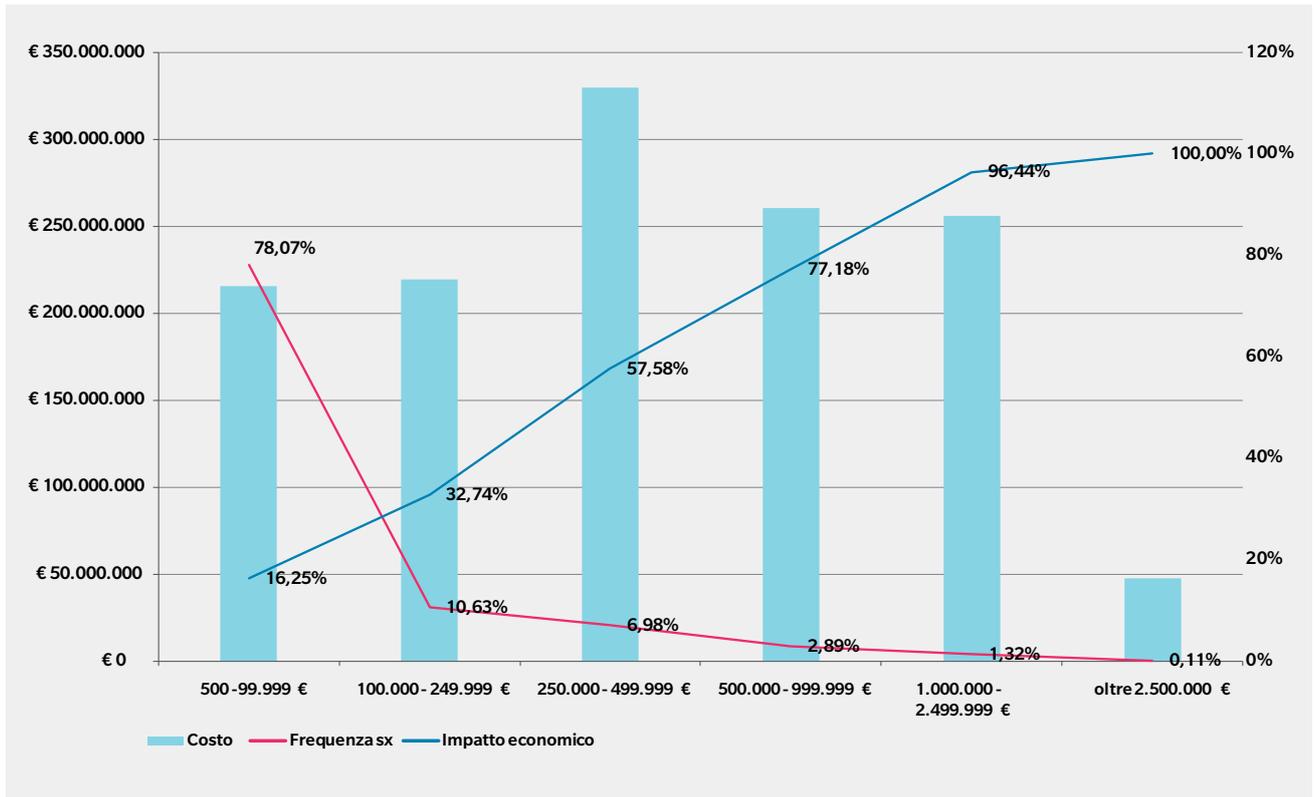
Figura 7. Costo medio del sinistro per anno di denuncia.



Al fine di analizzare dettagliatamente la composizione economica dei sinistri, i medesimi sono stati suddivisi per fasce di importo. Per ogni fascia individuata si è proceduto ad analizzare il relativo impatto sul costo totale dei sinistri, nonché la numerosità rispetto al campione.

In linea con quanto osservato nella scorsa edizione, i sinistri con valore inferiore a 500.000 € generano più della metà dell'importo totale dei sinistri (57,6%). Le perdite maggiori sono attribuibili alla fascia compresa fra 250.000 € e 500.000 €, seguita dalla successiva (da 500.000 € a 1 milione).

Figura 8. Analisi della perdita complessiva per fasce di importo con distribuzione percentuale di importo cumulato e sinistri.

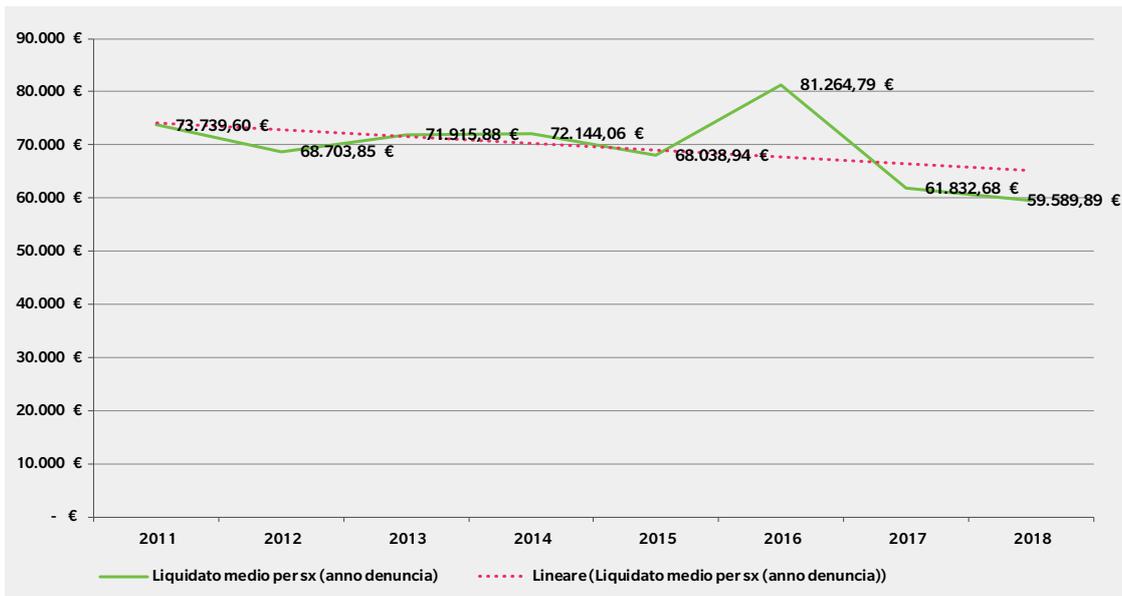


LIQUIDATO

L'importo medio liquidato per sinistro è superiore alla scorsa edizione, e corrisponde a circa 81.500 €. L'aumento degli importi, così come osservato nel caso del costo medio dei sinistri, è dovuto alla diversa selezione del campione che quest'anno oltre a escludere i danni a cose esclude anche i danni a terzi, visitatori e operatori, che sono generalmente di minore entità economica.

Considerando l'andamento per anno di denuncia, l'importo liquidato dopo un picco del 2016 mostra un trend in diminuzione, dovuto alla maggiore velocità di liquidazione di sinistri con importo inferiore.

Figura 9. Importo liquidato medio per anno di denuncia.



Considerando invece l'anno di chiusura dei sinistri, laddove tale informazione fosse disponibile, si osserva un trend in aumento conformemente a quanto osservato nella precedente edizione di questo report.

Figura 10. Importo liquidato medio per anno di chiusura.

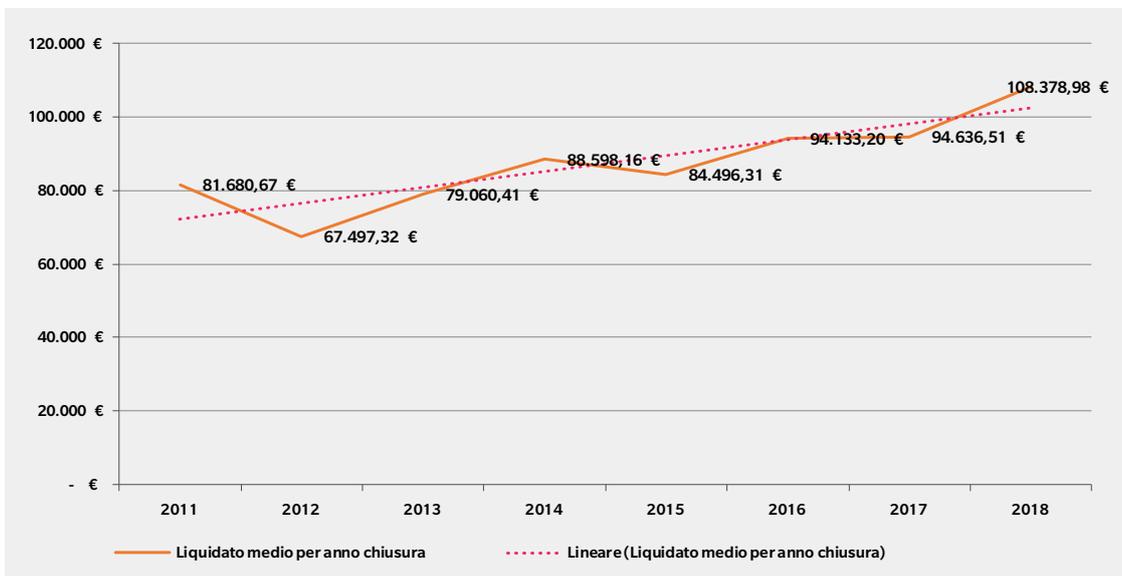
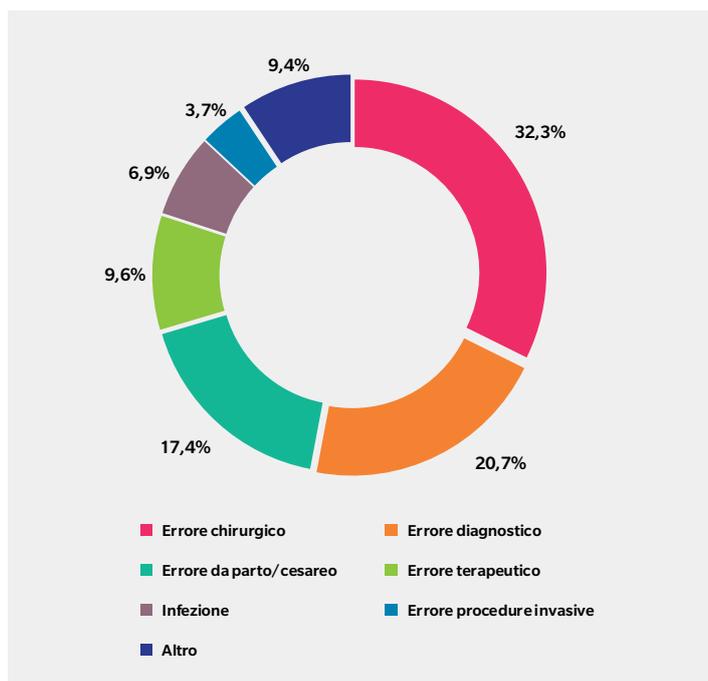


Figura 11. Impatto economico delle principali fonti di errore sul liquidato totale.

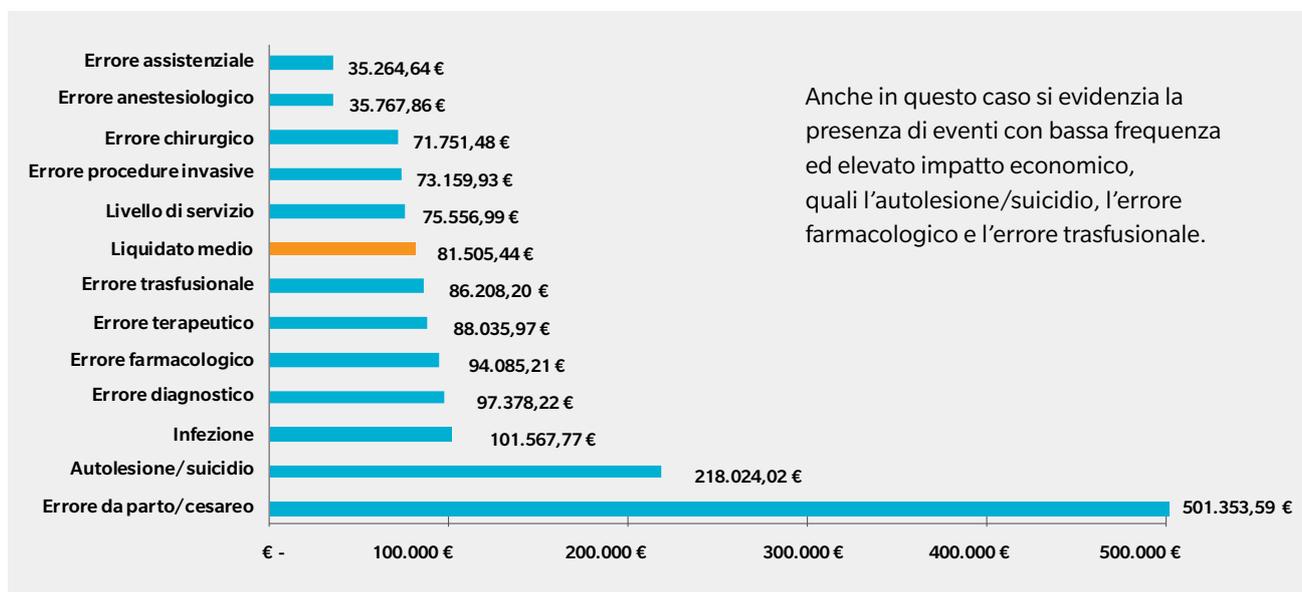


L'analisi economica sugli importi liquidati è stata condotta considerando le diverse tipologie di evento denunciato. La figura 11 riporta le prime sei fonti di rischio per incidenza sul liquidato totale. Rispetto alla scorsa edizione, si osserva un aumento percentuale di ogni voce riportata.

Appare dunque sempre più evidente che, a fronte della selezione del campione, che include solo danni a pazienti e relativi al rischio clinico, questa edizione si concentra sugli eventi che non solo si presentano con più frequenza ma impattano anche in modo maggiormente significativo sul costo dei sinistri per ogni azienda sanitaria.

Di seguito si riporta il liquidato medio per sinistro per tipologia di evento denunciato. A conferma di quanto osservato nella precedente edizione di questo report, l'errore da parto corrisponde alla più alta media di liquidato superando i 500.000 €.

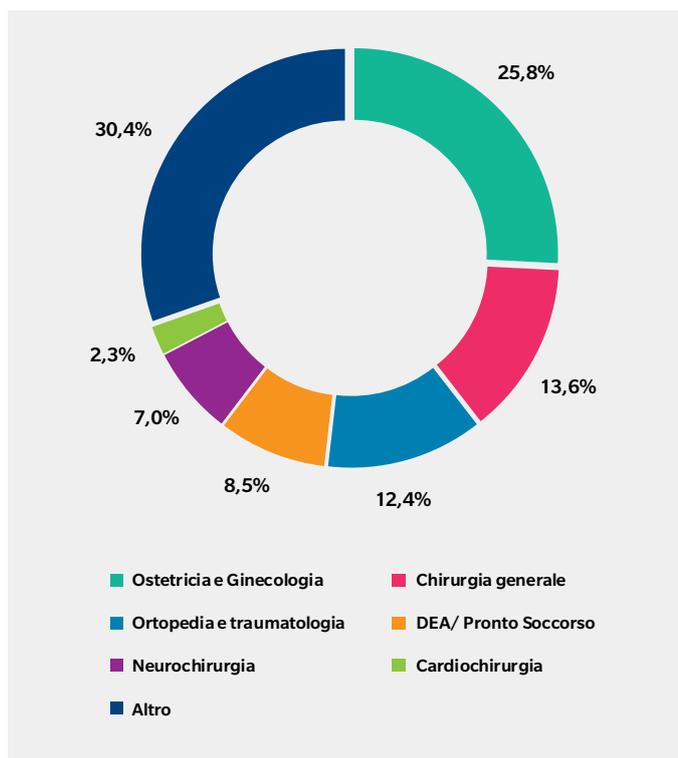
Figura 12. Importo liquidato medio per tipologia di evento denunciato.



Anche in questo caso si evidenzia la presenza di eventi con bassa frequenza ed elevato impatto economico, quali l'autolesione/suicidio, l'errore farmacologico e l'errore trasfusionale.

Confrontando gli importi liquidati con le riserve, emerge una particolarità relativa agli errori da parto: se negli altri eventi avversi denunciati le riserve eccedono infatti l'importo liquidato, in questo caso specifico si evidenzia un liquidato una volta e mezzo maggiore del riservato. Analizzando i singoli importi emerge infatti che la riservazione massima per gli errori da parto non eccede i 2.000.000 € (eventualità presente nell'1,5% dei sinistri aperti), mentre sul totale delle pratiche chiuse il 4,2% supera i 2 milioni, con importo massimo superiore ai 4,5 milioni di euro.

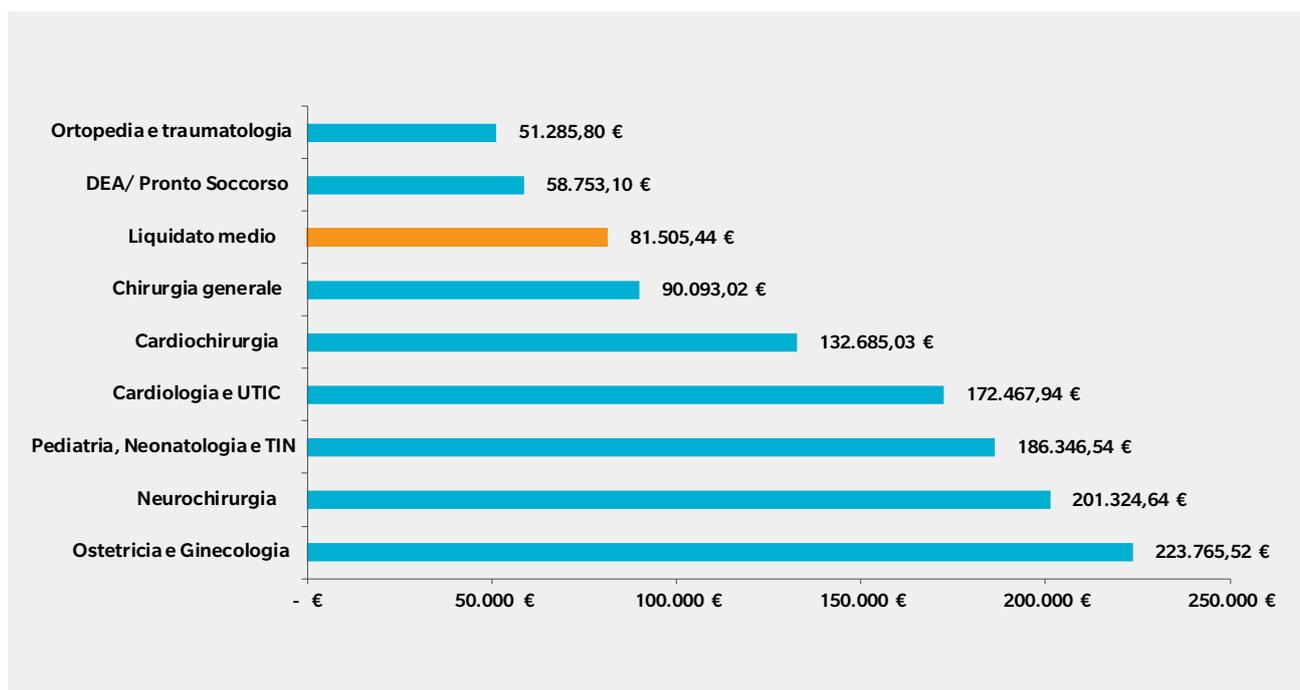
Figura 13. Impatto economico delle principali unità operative sul liquidato totale.



Analizzando gli importi liquidati all'interno delle diverse Unità Operative, emerge, in linea con quanto osservato nella scorsa edizione, che l'Ostetricia e Ginecologia impatta maggiormente rispetto alle altre, con una percentuale del 26% sul totale del liquidato.

Considerando il liquidato medio per UO, si osservano i medesimi ordini di grandezza individuati nella scorsa edizione: Ostetricia e Ginecologia 223.700 €, Chirurgia Generale circa 90.000 €, DEA/ Pronto Soccorso 58.700 €, Ortopedia e Traumatologia 51.300 €. Come nell'analisi del costo, anche nel grafico riportato di seguito si è scelto di riportare le UO che impattano meno in termini di percentuale sul totale del liquidato, ma presentano importi medi considerevoli (Pediatria, Neonatologia e TIN 186.300 €, Cardiologia 172.400 €).

Figura 14. Importo liquidato medio per unità operativa.



RISERVATO

L'importo riservato medio per sinistro è pari a 124.128 €, inferiore rispetto a quanto osservato nella scorsa edizione (132.000 €). L'andamento temporale del riservato medio che emerge dall'analisi per anno di denuncia è sovrapponibile a quanto osservato nella scorsa edizione, con la conferma del trend in aumento a partire dal 2014.

Figura 15. Importo riservato medio per anno di denuncia.

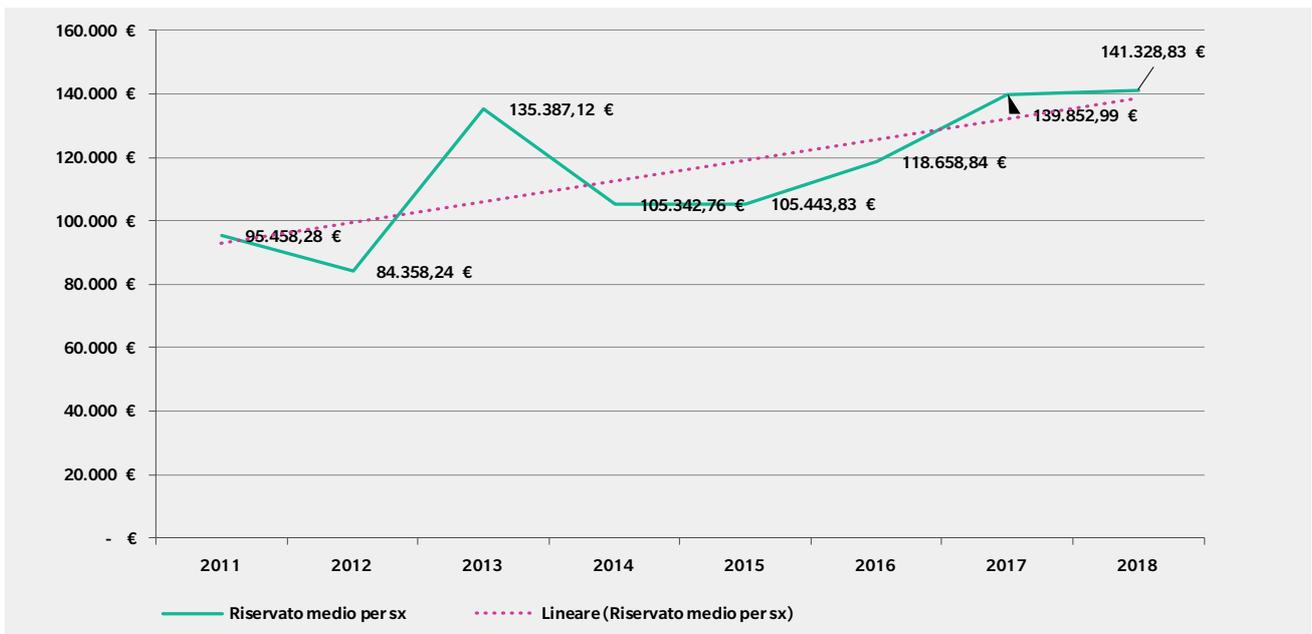
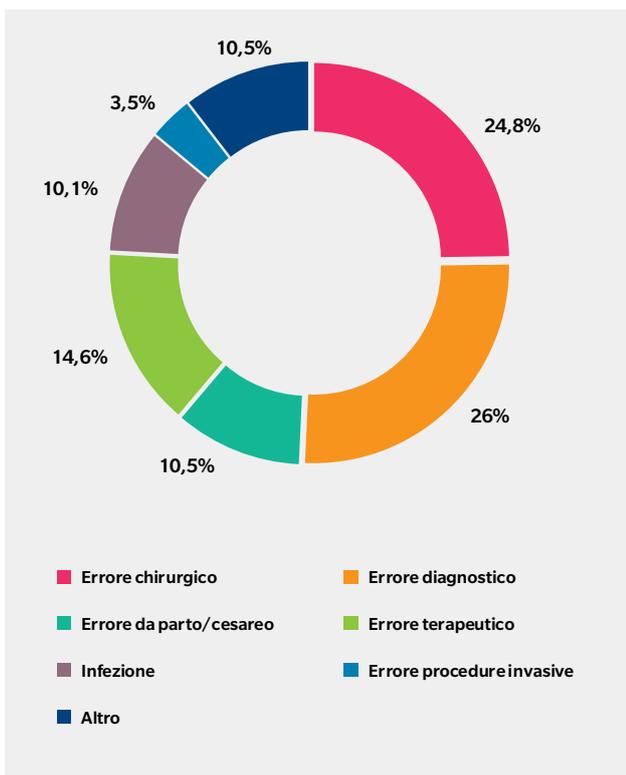


Figura 16. Impatto economico delle principali unità operative sul sul riservato totale.



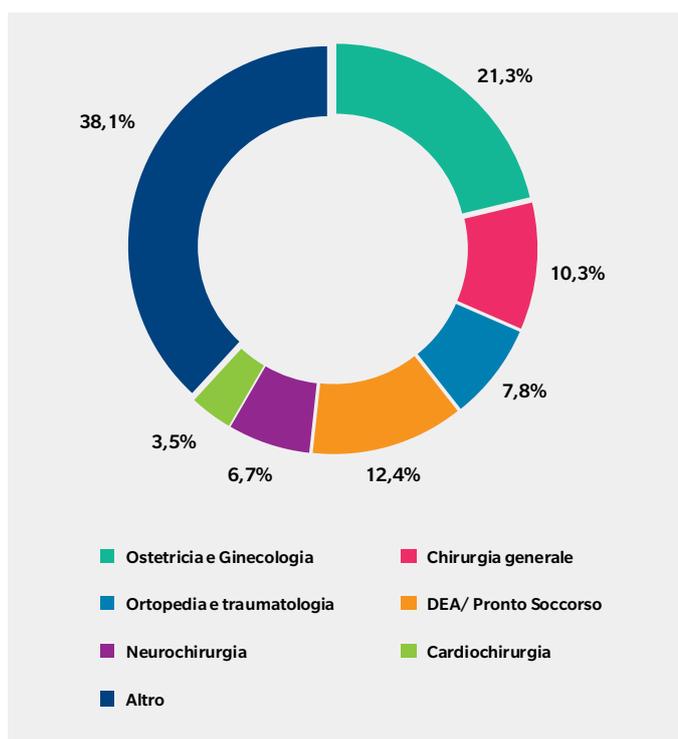
Anche l'analisi per tipologia di errore conferma, la maggiore incidenza di errori diagnostici e chirurgici (rispettivamente 24,8% e 26% sul totale del riservato), seguiti dagli errori terapeutici (14,6%) e dagli errori da parto (10,5%).

Questi ultimi corrispondono al più elevato importo riservato medio (348.000 €), a conferma di quanto osservato nelle ultime edizioni del report.

Figura 17. Riservato medio per tipologia di evento.



Figura 18. Impatto economico delle principali UO sul riservato totale.



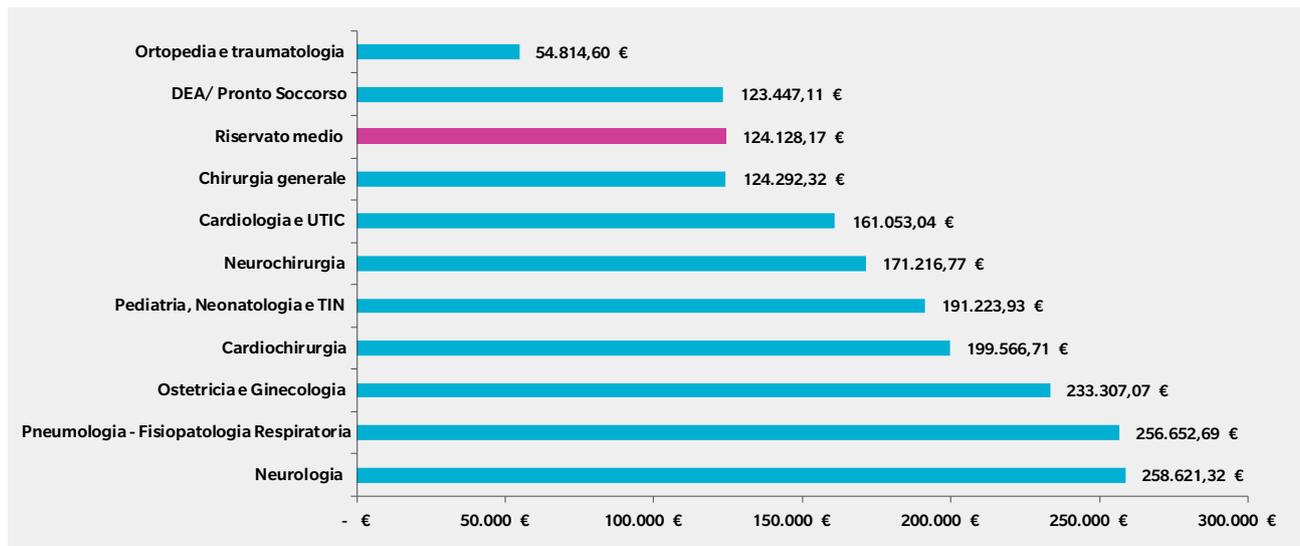
Analizzando l’impatto delle principali UO sull’importo riservato totale, emerge che l’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia incide per il 21,3%, DEA/Pronto Soccorso 12,2%, Chirurgia Generale 10,3% e Ortopedia e Traumatologia 7,8%.

Rispetto a quanto osservato in merito all’impatto economico sul liquidato totale, l’Ostetricia e Ginecologia si conferma come prima voce di costo.

Anche in questo caso, nel grafico che riporta gli importi riservati medi, si è scelto di includere anche le UO che pesano meno in termini di impatto sul totale delle riserve ma presentano importi medi considerevoli, come Neurologia, Pneumologia – Fisiopatologia respiratoria e Pediatria, Neonatologia e TIN.

In queste UO si sono verificati, nel corso degli anni presi in esame, eventi di alto impatto economico ma bassa frequenza di accadimento.

Figura 19. Importo riservato medio per le principali unità operative.



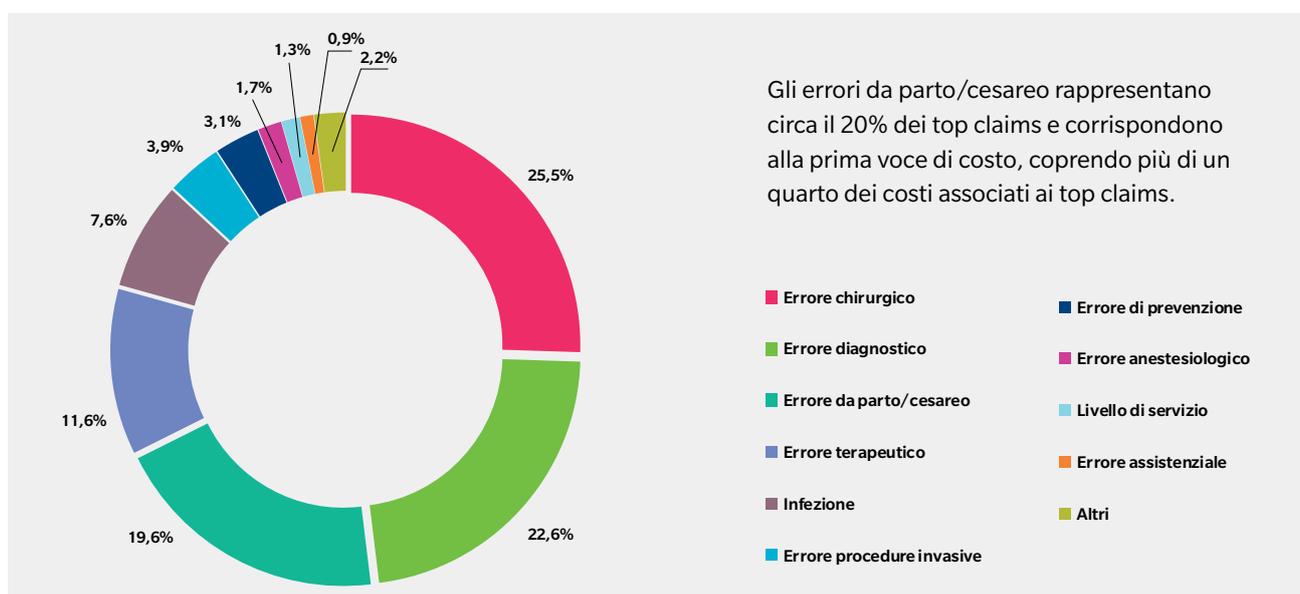
TOP CLAIMS

Tabella 4. Numerosità e costo dei top claims.

TOP CLAIMS (COSTO >= 500.000 €)		
	TOP CLAIMS	% su campione totale
n. sinistri	594	4,3%
Entità economica	564.207.389,21 €	42,4%
Riservato	233.672.641,53 €	38,1%
Liquidato	330.534.747,68 €	46,0%

I top claims sono i sinistri che presentano un costo, sia riservato che liquidato, uguale o superiore a 500.000 €. La frequenza dei top claims sul totale dei sinistri analizzati è del 4,3%, in linea con quanto calcolato nella scorsa edizione. L'impatto economico ad essi associato è invece del 42,4% sul costo totale dei sinistri, percentuale che nella scorsa edizione corrispondeva a circa il 44%. Analizzando gli eventi denunciati corrispondenti ai top claims, emerge, in linea con quanto precedentemente osservato e con percentuali simili, la prevalenza degli errori chirurgici (25,5%) e diagnostici (22,6%).

Figura 20. Tipologia di evento denunciato - top claims.



Gli errori da parto/cesareo rappresentano circa il 20% dei top claims e corrispondono alla prima voce di costo, coprendo più di un quarto dei costi associati ai top claims.

APPROFONDIMENTI

APPROFONDIMENTO INFEZIONI NOSOCOMIALI

Come precedentemente accennato, anche in questa edizione si è scelto di approfondire il fenomeno delle infezioni nosocomiali. Il termine infezione ospedaliera o nosocomiale comprende le infezioni insorte nel corso di un ricovero ospedaliero, non manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ingresso e che si rendono evidenti dopo 48 ore o più dal ricovero e le infezioni successive alla dimissione, ma causalmente riferibili al ricovero stesso.

In linea con la definizione proposta, quest'anno sono state dunque riclassificate ed escluse dal presente

approfondimento le infezioni contratte in seguito a trasfusione o contatto con sangue o emoderivati infetti.

Come precedentemente osservato nella sezione dedicata agli eventi denunciati, le infezioni ospedaliere pesano sul totale dei sinistri per il 6,7% e per l'8,2% sul costo totale dei sinistri.

Nel periodo considerato si osserva un trend in crescita delle infezioni ospedaliere, che seppur con una flessione nel 2018 mostra un incremento medio del 4,3% sul totale delle annualità analizzate.

Figura 21. Andamento percentuale delle infezioni per anno di denuncia.

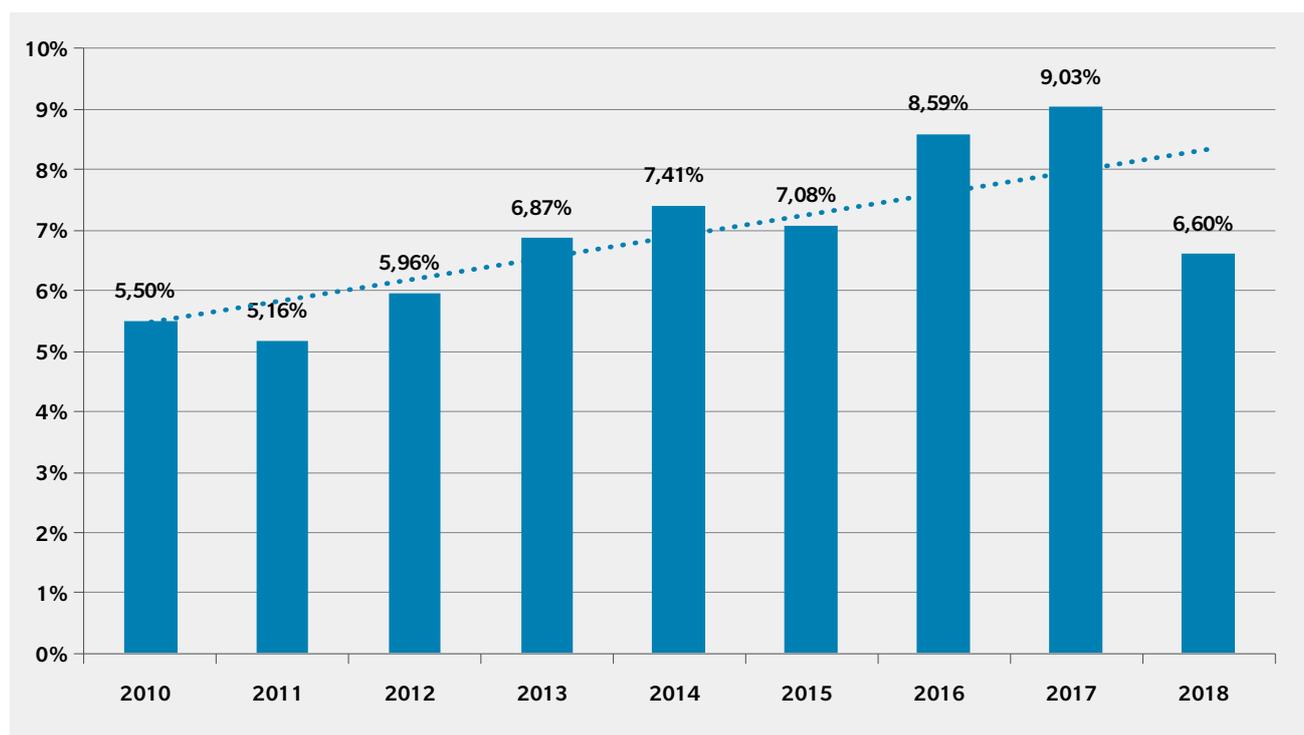


Tabella 5. Costo medio delle infezioni nosocomiali.

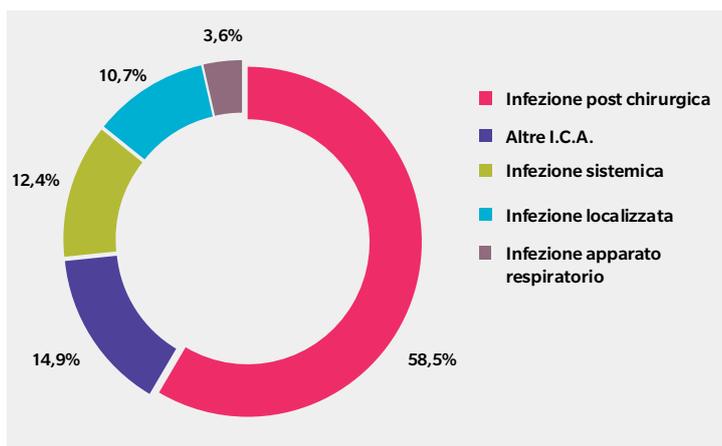
Le infezioni, come riportato nella tabella n. 5, presentano un costo medio superiore alla media del campione generale. I top claims (sinistri con costo maggiore di 500.000 €) per questo genere di eventi sono il 5,1% del totale, in percentuale maggiore rispetto alla media del campione analizzato per la totalità degli eventi (4,3%).

Costo medio infezioni	127.510 €
Costo medio sx	96.831,65 €

Per i sinistri in cui fosse disponibile una descrizione di dettaglio, si è operata una riclassificazione delle infezioni ospedaliere:

- **INFEZIONE POST-CHIRURGICA:** infezione localizzata della ferita chirurgica, della parte del corpo trattata chirurgicamente o comunque sviluppata in diretta conseguenza di un intervento chirurgico.
- **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.
- **ALTRE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (I.C.A.):** altre infezioni sviluppate durante il ricovero.

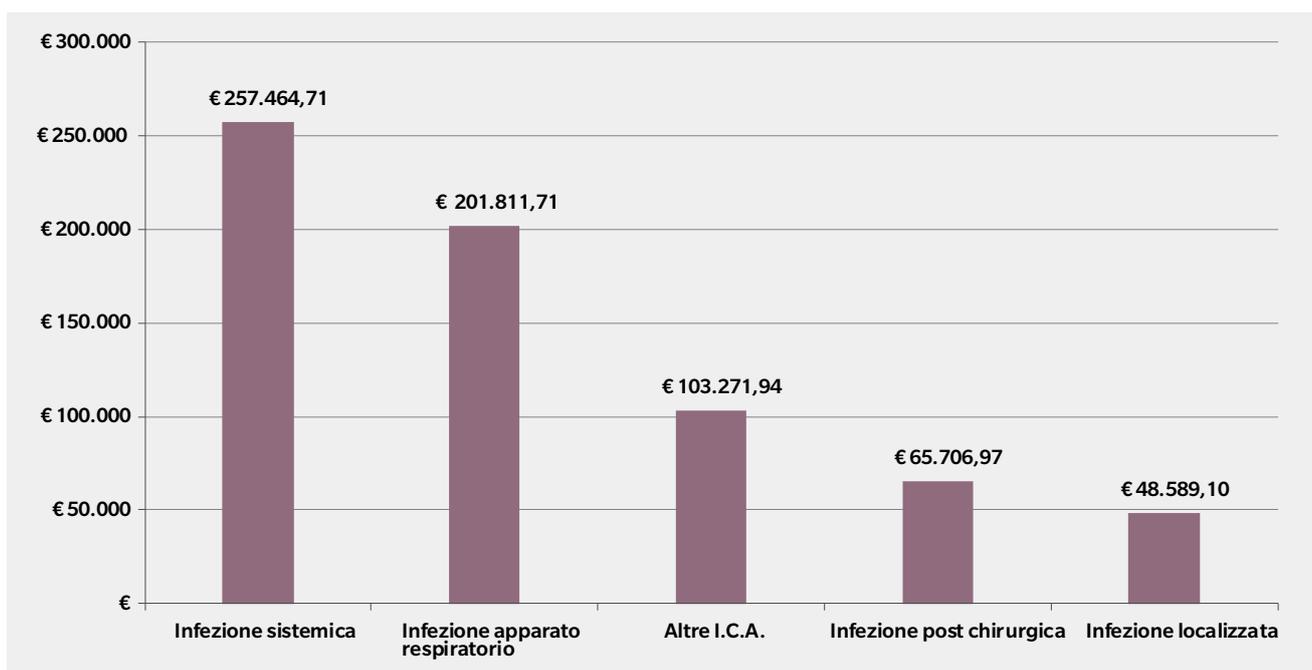
Figura 22. Incidenza delle diverse classi di sinistri da infezione.



Da tale analisi emerge che le infezioni si riscontrano nella maggior parte dei casi come diretta conseguenza di un intervento chirurgico (58,5% dei casi). Seguono altre I.C.A. (14,9%), le infezioni sistemiche (12,4%) e le infezioni localizzate (10,7%).

Per le infezioni identificate si sono calcolati infine gli importi medi per sinistro: emerge che le infezioni sistemiche sono associate al maggior importo per singolo sinistro (oltre 250.000 €), seguite dalle infezioni dell'apparato respiratorio (circa 200.000 €). Le altre tipologie identificate si assestano su valori in linea e inferiori al costo medio dei sinistri medmal (che, si ricorda, è pari a circa 96.800 €). È evidente che le infezioni che portano nella maggior parte dei casi ad un esito infausto sono le medesime che presentano valori economici superiori alla media.

Figura 23. Costo medio dei sinistri da infezione classificati.



APPROFONDIMENTO ERRORI DA PARTO/CESAREO

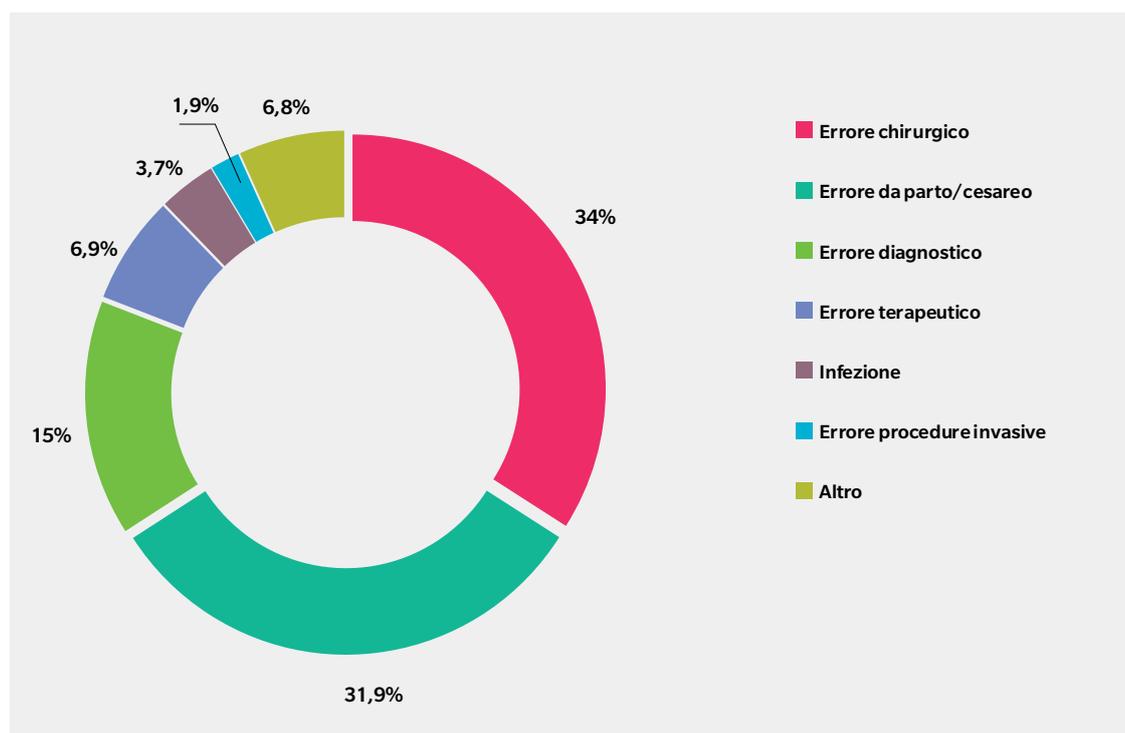
Per danno da parto si intende qualsiasi trauma o lesione procurati alla madre e/o al neonato durante il travaglio o il parto. La morte materna, gli errori da parto, il decesso o la disabilità permanente in neonato sano rappresentano eventi drammatici nonché indicatori delle condizioni generali di salute e di sviluppo di un Paese.

Gli eventi avversi in Ostetricia e Ginecologia, per quanto come si evince da questo report non siano significativamente frequenti, risultano comunque tra i primi posti per impatto economico e danni d'immagine

aziendale. L'errore da parto, come evidenziato nella sezione di questo report dedicata all'analisi economica, rappresenta una voce di costo rilevante per le aziende sanitarie. Tale evento è infatti associato al più elevato valore di liquidato medio per sinistro, pari a oltre 500.000 €, 6 volte superiore rispetto all'importo liquidato medio degli altri sinistri analizzati.

All'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia, l'errore da parto rappresenta la seconda fonte di rischio (32% dei sinistri, seconda rispetto agli errori chirurgici che si attestano al 34%) e la prima voce di costo (ben 64% sul costo totale dei sinistri della specialità in esame).

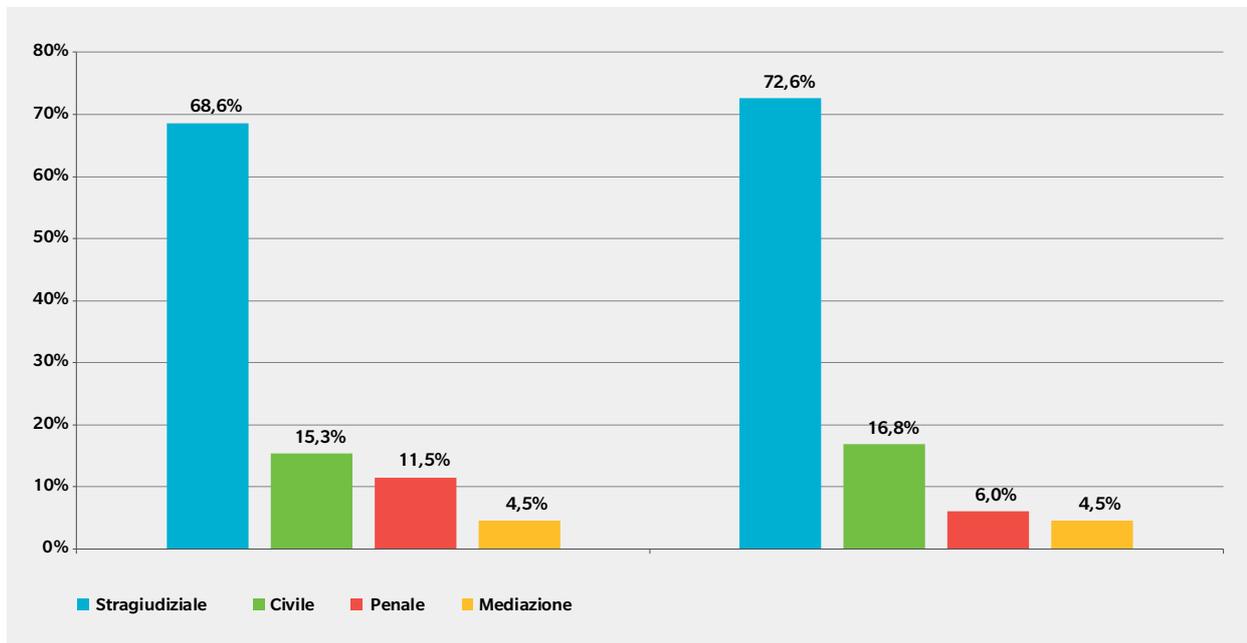
Figura 24. Incidenza degli errori da parto in Ostetricia e Ginecologia.



Gli errori da parto sono collegati a decessi nel 17% dei casi, percentuale superiore alla media del campione degli errori clinici (13%).

Osservando le tipologie di pratica, si evidenzia che a fronte di una percentuale simile di procedimenti civili, i procedimenti penali per gli errori da parto sono il doppio rispetto al campione generale degli eventi avversi da rischio clinico (11,5% VS 6%).

Figura 25. Tipologia di pratica degli errori da parto confrontata con il campione generale.



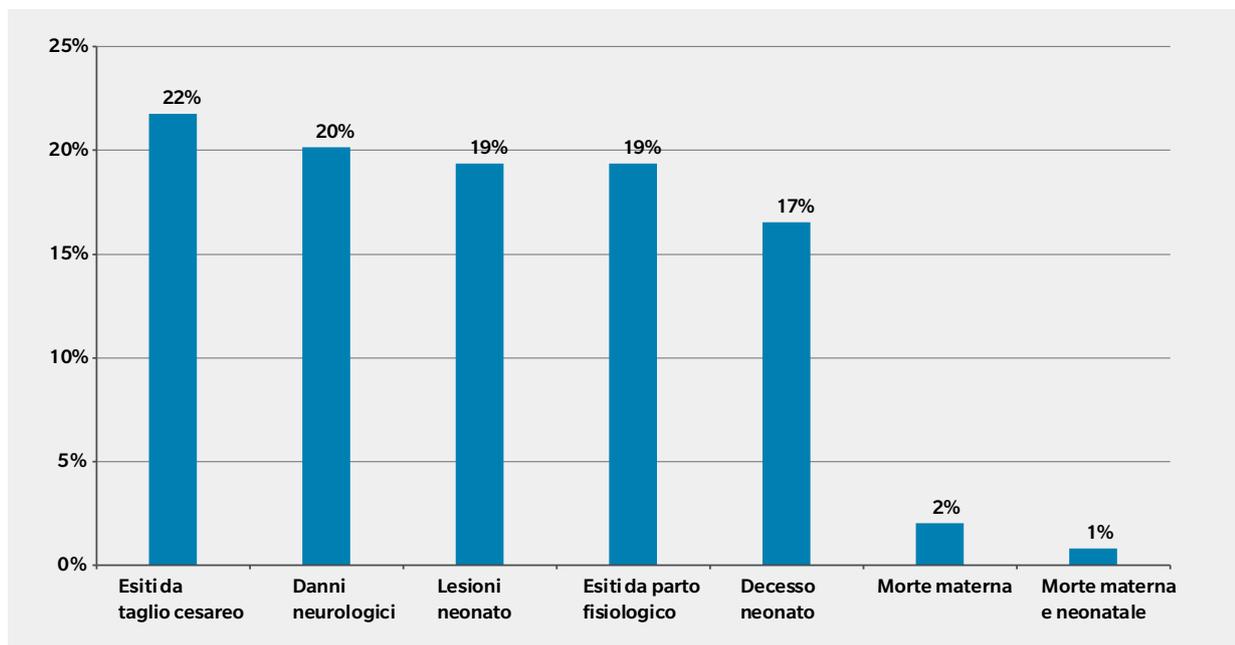
Analogamente a quanto operato per le infezioni, anche per gli errori da parto, laddove fosse disponibile una descrizione di dettaglio, si è proceduto a riclassificare gli eventi al fine di offrire un approfondimento ancor più specifico.

Di seguito la classificazione proposta per questa analisi:

- **LESIONI NEONATO:** danni arrecati al nascituro durante l'espletamento del parto: lesione plesso brachiale, paralisi ostetriche, distocia spalle, fratture, ferite.
- **DANNI NEUROLOGICI:** danni dovuti a un prolungamento del travaglio di parto/ mancata esecuzione TC urgenza quali esiti da sofferenza fetale, danni cerebrali, encefalopatia ipossico ischemica.
- **DECESSO NEONATO:** decesso di feto/ neonato sano riconducibile a interventi ritardati, non appropriati o parto prematuro, morte endouterina, decesso entro poche ore dal parto.
- **ESITI DA PARTO FISIOLOGICO:** danni cagionati alla partoriente durante l'espletamento del parto quali esiti da episiotomia, lacerazioni, ematomi, emorragie, placenta ritenuta, infezioni.
- **ESITI DA TC:** danni cagionati alla partoriente durante l'esecuzione di TC quali lesioni organi interni, esiti cicatriziali, emorragie, infezioni.
- **MORTE MATERNA:** decesso della partoriente per circostanze legate al parto.
- **MORTE MATERNA E NEONATALE:** decesso della partoriente e del neonato per circostanze legate al parto.

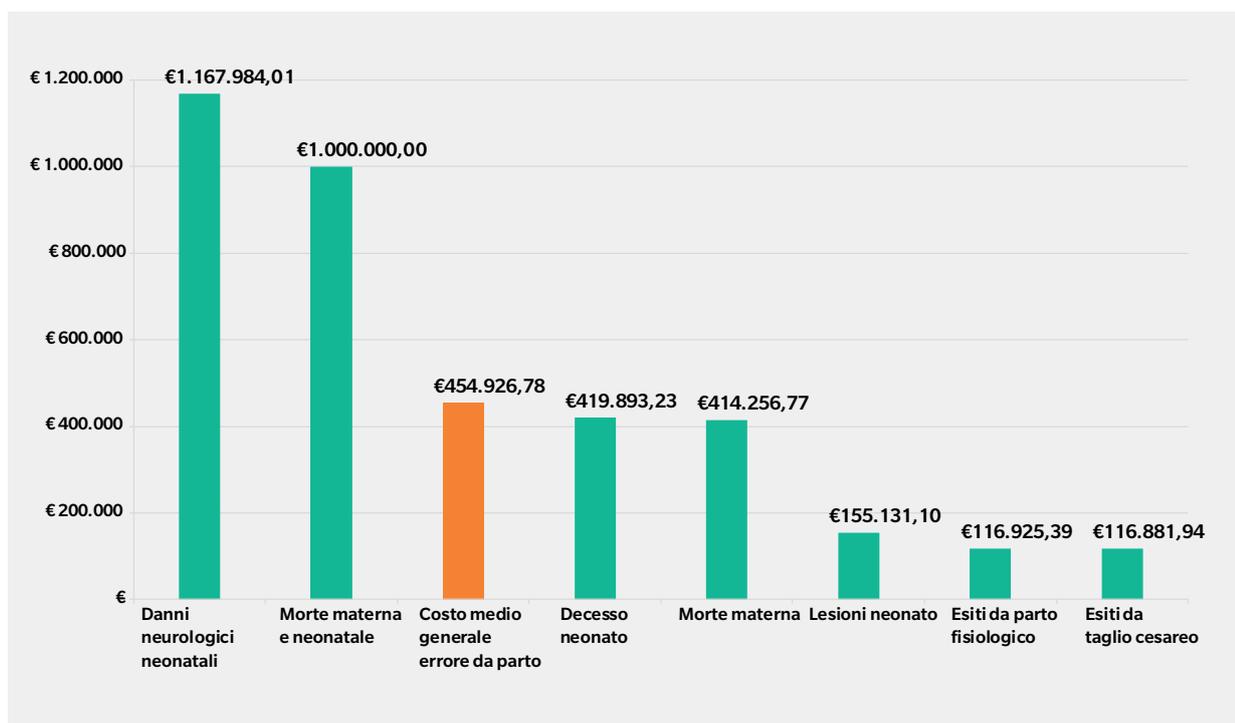
Di seguito si riporta il dettaglio delle cause di danno identificate, in percentuale sul totale degli errori da parto.

Figura 26. Incidenza delle diverse classi di sinistri da errori da parto.



Esaminando gli importi medi per sinistro, si evidenzia che rispetto al costo calcolato per l'errore da parto (454.900 €), che già rappresenta il costo medio maggiore per sinistro nell'ambito dei rischi da medical malpractice, gli eventi corrispondenti a danni neurologici al neonato e morte materna e neonatale presentano importi medi ancor più elevati.

Figura 27. Costo medio dei sinistri per errore da parto nelle diverse tipologie identificate.



INDICATORI DI RISCHIO

Nel corso degli anni è stato sviluppato un sistema di indicatori per esprimere il benchmark tra le strutture, rapportando il numero e il costo dei sinistri con alcuni dati di attività delle strutture stesse. In particolare, gli indicatori sono calcolati sulla base dei seguenti dati:

- **VOLUME TOTALE DEL PERSONALE**
- **NUMERO DI MEDICI**
- **NUMERO DI INFERMIERI**
- **VOLUME DEI RICOVERI**
- **ATTIVITÀ IN UNITÀ OPERATIVE SPECIFICHE**

Analogamente a quanto eseguito nella scorsa edizione di questo report, l'indicatore di costo e di frequenza sul volume di ricoveri è stato calcolato anche utilizzando l'indice di case mix (ICM), che esprime numericamente la complessità della casistica trattata per ogni struttura, come ponderazione per consentire confronti fra strutture di diversa complessità.

Di seguito gli indicatori di frequenza e costo pro capite calcolati sul totale del campione 2004-2018:

Tabella 6. Indicatori di frequenza e di costo.

GENERALE			
1,2	Per 100 dipendenti	1.145,20 €	Per dipendente
7,2	Per 100 medici	6.823,49 €	Per medico
3,0	Per 100 infermieri	2.821,18 €	Per infermiere
1,1	Per 1000 ricoveri	108,63 €	Per ricovero
1,1	Per 1000 ricoveri ponderati su ICM	104,28 €	Per ricovero ponderato

NOTA METODOLOGICA

Si consideri che in questa sezione, in continuità con quanto calcolato nelle scorse edizioni, sono inclusi nel conteggio anche i danni a visitatori, terzi e operatori.

Rispetto allo scorso anno, gli indicatori di frequenza appaiono in linea con quanto era stato osservato, con lievi variazioni in aumento per gli indicatori riguardanti l'organico aziendale. I costi rilevati in questa edizione sono maggiori rispetto al numero dei dipendenti sia in generale che per categoria, mentre si osserva una diminuzione in rapporto ai ricoveri.

Questo dato può indicare che la produttività per singolo operatore sia cresciuta, a fronte del medesimo numero

di prestazioni. Gli indicatori di costo e di frequenza sono stati calcolati nello specifico per le UO di Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Generale e Ostetricia e Ginecologia.

I risultati di questa analisi confermano che Ortopedia e Traumatologia è la UO con maggiore probabilità di verificarsi di un sinistro mentre Ostetricia e Ginecologia è associata ai costi migliori.

SANITÀ PRIVATA



CAMPIONE

In questa sezione sono presentati i risultati relativi all'analisi del settore sanitario privato.

Differentemente dallo scorso anno, per integrare questa sezione, una parte dell'analisi sarà incentrata sulle strutture dedicate alla lungodegenza (RSA e centri diurni), mentre i confronti con il pubblico escluderanno queste strutture al fine di ottenere campioni omogenei.

In generale il campione si compone di 23 case di cura e 61 RSA dislocate sul territorio nazionale, che sono state suddivise nelle seguenti macrocategorie:

- Casa di cura polispecialistica: strutture sanitarie private che erogano assistenza per acuti e post-acuti abbracciando diverse aree di specialità;
- Casa di cura specializzata: strutture sanitarie private che si rivolgono a una utenza specifica (es. cardiologica, ortopedica, malattie infettive) e poliambulatori;
- RSA - Centro Diurno: strutture adibite alla lungodegenza.

Si riporta di seguito il dettaglio relativo ai posti letto e al fatturato delle case di cura facenti parte del campione.

Tabella 1. Fatturato e posti letto delle case di cura private.

FATTURATO ANNUO	N° STRUTTURE
Compreso fra €3Mln e €6Mln	2
Compreso fra €6 Mln e €15 Mln	6
Compreso fra €15 Mln e €30 Mln	8
Compreso fra €30 Mln e €50 Mln	4
Compreso fra €50 Mln e €100 Mln	1
Superiore a €100 Mln	2

N° POSTI LETTO	N° STRUTTURE
inferiore a 50	2
fra 50 e 100	9
fra 100 e 200	3
fra 200 e 300	5
Oltre 300	4

Il campione analizzato, escluse le RSA, consta complessivamente di 5.302 posti letto. Sono stati selezionati per le varie elaborazioni, in modo da operare adeguati confronti con la sanità pubblica, i sinistri con costo maggiore di 500 € riferibili a danni lamentati da pazienti, escludendo i danni a cose e i furti/ smarrimenti. Su un totale di 2.389 sinistri ne sono stati dunque selezionati 1.094.

Il periodo analizzato va dal 2004 al 2018 e include i sinistri per cui si sia ricevuto un aggiornamento nel corso del 2019. Per l'analisi economica è stata operata una rivalutazione dell'importo del liquidato secondo i medesimi criteri.

ANALISI DELLE FREQUENZE

La prima parte dell'analisi riguarda le strutture classificate come case di cura polispecialistiche e specialistiche, escludendo le RSA a cui sarà successivamente dedicata un'apposita sezione.

Nella tabella 2 è riportato il numero medio di sinistri per struttura calcolato nel periodo 2011-2018 e confrontato con il campione della sanità pubblica.

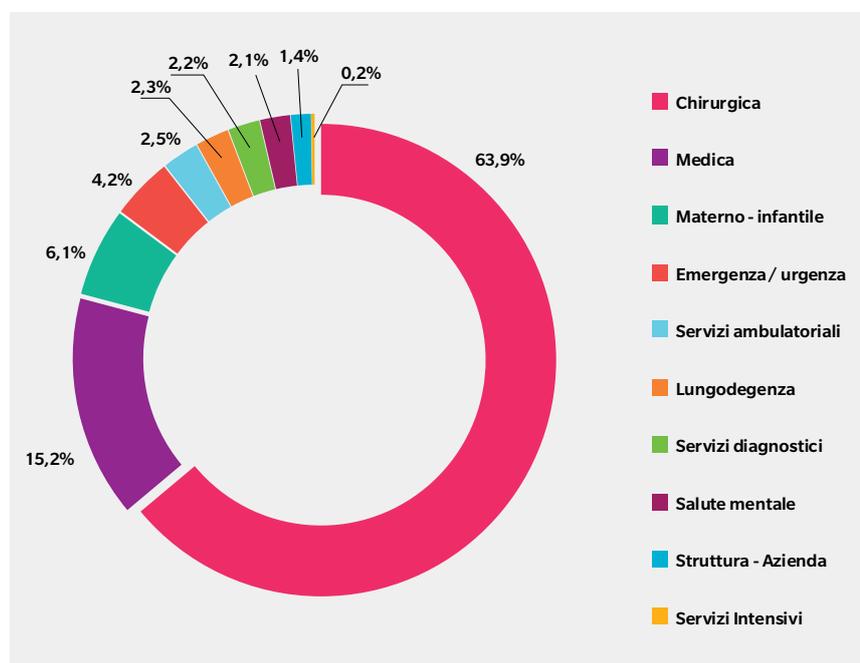
Tabella 2. Numero medio di sinistri per struttura.

	SANITÀ PRIVATA	SANITÀ PUBBLICA
N. sinistri per struttura	6	35

Per le motivazioni sopra espresse, e considerate anche le dimensioni medie più contenute della struttura privata rispetto a quella pubblica, la sinistrosità nel settore privato risulta essere inferiore rispetto al pubblico.

I sinistri analizzati afferiscono alle seguenti aree:

Figura 1. Aree di rischio.

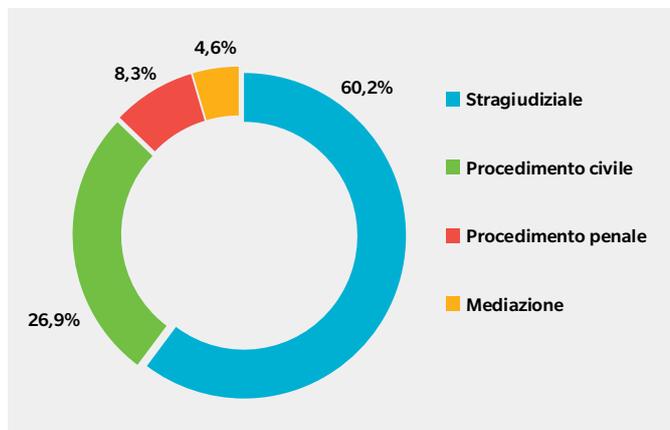


Come si evince dalla figura 1 l'area cui afferiscono la maggior parte dei sinistri è quella chirurgica (64%), seguita dall'area medica (15,2%) e quella materno infantile (6,1%).

Circa il 16% degli eventi avversi a danno del paziente sono denunciati per decesso, in percentuale superiore rispetto al settore pubblico (13%).

STATO E TIPOLOGIA DELLE PRATICHE

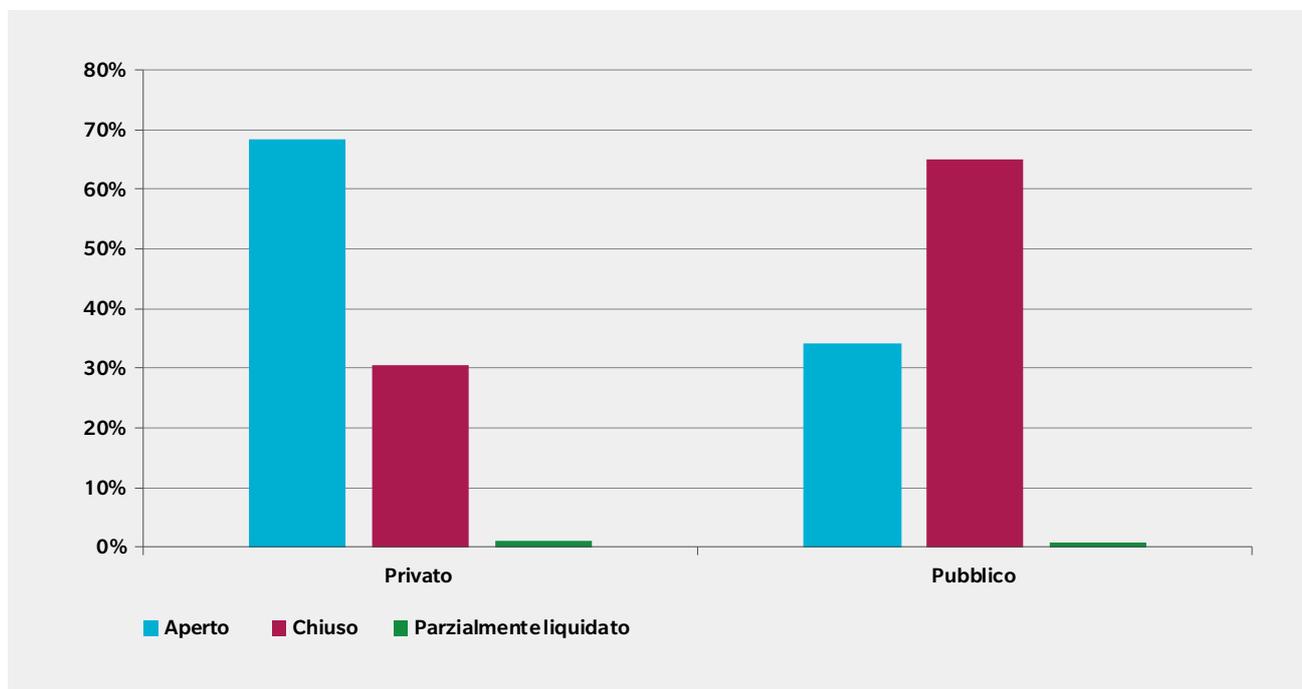
Figura 2. Tipologie di pratica.



I procedimenti stragiudiziali si osservano in misura inferiore rispetto al settore pubblico (60,2% contro 73%) ed emerge una prevalenza dei procedimenti civili (27% contro 16,8% del settore pubblico). I procedimenti penali sono l'8,3% e si rileva una percentuale analoga al settore pubblico di pratiche in mediazione.

Considerando lo stato delle pratiche, emerge una percentuale superiore di pratiche aperte nel settore privato rispetto al pubblico, ad indicare una maggiore attesa nella chiusura dei sinistri.

Figura 3. Stato delle pratiche.



Tale differenza potrebbe essere giustificata dalla presenza nel settore privato di cliniche di piccole dimensioni che non hanno avuto la possibilità di prevedere professionalità dedicate alla gestione dei sinistri.

ANALISI ECONOMICA

Analizzando gli importi medi, emerge una riduzione dei costi per singola struttura rispetto alla scorsa edizione di questo report (497.000 €).

Tabella 3. Importi.

COSTO MEDIO PER STRUTTURA	460.170,09 €	PRIVATO	PUBBLICO
COSTO MEDIO PER STRUTTURA PUBBLICO	3.402.085,70 €	COSTO MEDIO	68.654,03 € 96.831,65 €
		COSTO TOTALE	75.107.512,42 € 1.331.919.354,52 €

ANALISI DEL LIQUIDATO E DEL RISERVATO

Tabella 4. Percentuale relativa allo stato della pratica.

STATO DELLA PRATICA	PRIVATO	PUBBLICO
Liquidato	33,9%	53,9%
Riservato	66,1%	46,1%

In linea con quanto osservato per le tipologie di pratica, in cui emerge una maggiore incidenza di pratiche aperte rispetto al settore pubblico, analizzando la scomposizione fra importi liquidati e riservati si identifica una percentuale maggiore di importi a riserva (66% sul costo totale dei sinistri).

Nota tecnica

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

Così come già evidenziato lo scorso anno, tra il settore pubblico e quello privato emerge una sostanziale differenza nella modalità di riservazione: mentre la differenza tra gli importi medi liquidati è relativamente ridotta (72.000 € nel privato contro 81.000 € nel pubblico), risulta invece più evidente la differenza fra gli importi riservati.

Tabella 5. Costo dei sinistri considerati.

STATO DELLA PRATICA	PRIVATO	PUBBLICO
LIQUIDATO MEDIO	72.043,08 €	81.505,44 €
RISERVATO MEDIO	63.369,03 €	124.128,17 €
TOP CLAIM LIQUIDATO	1.550.000,00 €	4.532.258,46 €

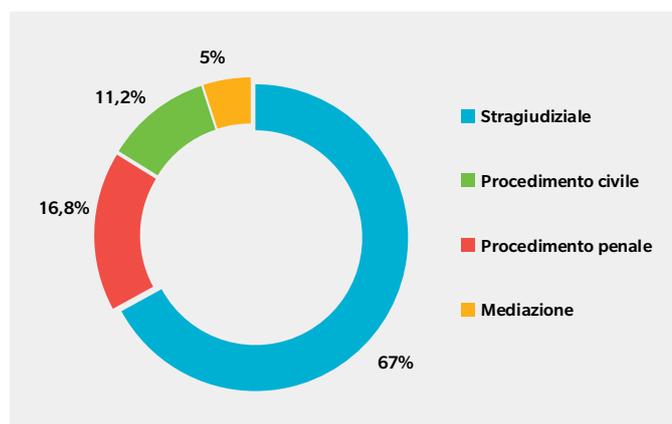
Nota tecnica

Fino al 2017 le aziende private riservavano considerando solo gli importi che potevano essere imputati direttamente alla struttura (ad esempio danni strutturali, infezioni nosocomiali) escludendo i costi imputabili all'operato dei sanitari, che nella maggior parte dei casi collaborano in regime di libera professione.

APPROFONDIMENTO RSA

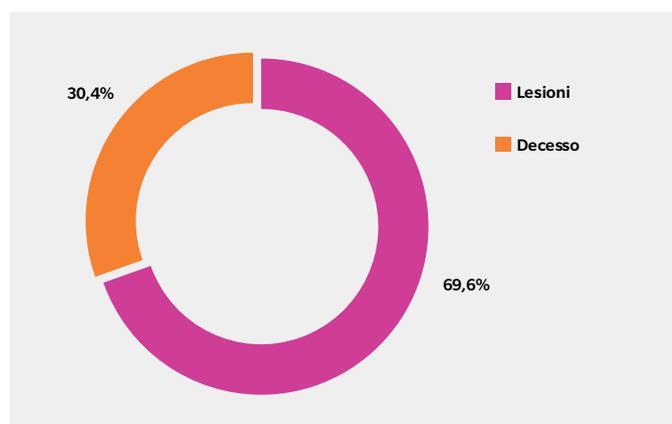
Il campione delle RSA è costituito da grandi Gruppi privati che gestiscono strutture per lungodegenza e centri diurni su tutto il territorio nazionale, per un totale di quasi 10.000 posti letto.

Figura 4. Tipologia di pratica.



Analizzando le tipologie di pratica, seppur la percentuale di procedimenti stragiudiziali risulti sovrapponibile con quanto osservato per le case di cura, emerge una percentuale maggiore di procedimenti penali (pari a 16,8%, il doppio rispetto alle altre tipologie di strutture private.)

Figura 5. Esito dei sinistri .



Questo dato potrebbe essere in parte spiegato dalla maggiore incidenza di richieste di risarcimento avanzate per decessi (30,4% contro il 16% osservato nelle case di cura). Ovviamente nell'interpretazione di questo dato occorre tenere conto della fragilità tipica della tipologia di utenza che si rivolge alle RSA.

Tabella 6. Importi medi.

COSTO MEDIO	77.728,36 €
LIQUIDATO MEDIO	73.340,45 €
RISERVATO MEDIO	85.868,25 €

Relativamente ai costi, si riporta (tabella 6) il dettaglio del costo medio per sinistro, del riservato e del liquidato. L'importo medio risulta essere maggiore rispetto alle case di cura, in cui come si è detto si registra una percentuale di decessi inferiore.

Infine, si sono selezionati anche per le RSA i sinistri con valore superiore a 500.000 € (top claims), che incidono sul totale per il 4,6% e sui costi per il 33,1%. L'importo massimo liquidato è pari a 806.800 €

TASSI DI RISCHIO

Ulteriore novità e approfondimento sul settore sanitario privato di questa edizione del report Medmal è rappresentata dal calcolo degli indicatori di rischio.

Considerando che nel campione delle cliniche private sono erogate una considerevole quantità di cure in regime di day hospital e day surgery, il conteggio dei ricoveri e dei posti letto non sarebbe idoneo a offrire una rappresentazione realistica in merito all'operatività delle strutture.

Relativamente all'organico aziendale, inoltre, il tasso non potrebbe tener conto del diverso rapporto lavorativo che i professionisti intrattengono con le strutture (lavoro dipendente VS attività libero professionale) e non potrebbe comunque considerarsi rappresentativo per gli operatori in libera professione, per i quali il rischio non sarebbe in capo alla struttura. Pertanto, si è deciso di elaborare un tasso apposito per il settore privato considerando le classi di fatturato precedentemente individuate. Al fine di rendere le categorie maggiormente rappresentative, le classi di fatturato sono state raggruppate nelle seguenti fasce:

- Inferiore a 15 milioni di €
- Fra 15 e 50 milioni di €
- Fra 50 e 100 milioni di €
- Oltre 100 milioni di €

Le strutture sono state inoltre suddivise considerando in primo luogo le cliniche specialistiche e polispecialistiche e separatamente le RSA. La tabella riporta le percentuali di incidenza del costo dei sinistri sul fatturato totale delle cliniche prese in esame e per fascia di fatturato.

Tabella 7. Incidenza del costo dei sinistri sul fatturato delle cliniche private.

INDICATORE COSTO GENERALE	0,9%
Indicatore costo < 15	1,4%
Indicatore costo 15 - 50	1,3%
Indicatore costo 50 - 100	0,9%
Indicatore costo 100 +	0,6%

Tabella 8. Incidenza del costo dei sinistri sul fatturato delle RSA.

Indicatore costo RSA	0,4%
-----------------------------	------

Il documento ha un mero scopo informativo e contiene informazioni di proprietà di Marsh. I modelli, le analisi e le proiezioni effettuate da Marsh nello svolgimento dei servizi descritti nel presente documento, sono soggetti all'alea tipicamente connaturata a questo tipo di attività e possono essere significativamente compromessi se le assunzioni, condizioni o informazioni alla base sono inaccurate, incomplete o soggette a modifica. Marsh non è tenuta ad aggiornare il presente documento e declina ogni responsabilità nei confronti dell'azienda o di terzi che ne utilizzino il contenuto a qualsiasi titolo. Anche se Marsh offre suggerimenti e raccomandazioni, tutte le decisioni su ammontare, tipo e termini di copertura sono di responsabilità del cliente, che decide cosa ritiene appropriato per la propria azienda in base a specifiche circostanze e posizione finanziaria. Marsh fa parte del Gruppo Marsh & McLennan Companies, insieme a Guy Carpenter, Mercer e Oliver Wyman.

