

REPORT MEDMAL - SINTESI

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



INTRODUZIONE

La 10° edizione del report sull'andamento del rischio da medical malpractice costituisce l'occasione per fare una riflessione sui cambiamenti intervenuti in questi anni nell'ambito della sinistrosità da responsabilità civile per le strutture sanitarie.

In queste dieci edizioni il report si è sempre prefissato l'obiettivo di individuare i punti di forza e debolezza delle organizzazioni e di delineare un andamento del rischio che possa far intuire anche i futuri sviluppi, di modo da orientare e ottimizzare la gestione delle politiche assicurative, prevenire i rischi e adottare opportune azioni correttive.

Nel report si è mantenuta la metodologia che ci consente di ridurre il perimetro di analisi agli eventi di medical malpractice, sia nel settore pubblico composto da 60 strutture, sia nel settore privato composto da 19 strutture.

Per analizzare al meglio la situazione della sinistrosità attuale nelle aziende sanitarie, i sinistri da medical malpractice ricevuti dalle aziende sanitarie o dalle compagnie assicurative con cui hanno stipulato una polizza RCT/O (responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera) sono stati raccolti in 2 database, uno relativo alla sanità pubblica e l'altro alla sanità privata, che sono stati analizzati statisticamente.

Per quanto concerne i sinistri aperti, ossia quelli in cui l'importo è costituito da una "riserva" stabilita dalla struttura e/o dall'eventuale compagnia assicurativa, nell'ambito del database sono stati considerati solo i sinistri compresi tra il 2004 e il 2017 di cui sia stato ricevuto un aggiornamento nel corso del 2018 (tramite modifica o conferma dello status o dell'importo).

Una novità di quest'anno è rappresentata dalla rivalutazione monetaria di tutti gli importi liquidati relativi a lesioni o decessi. L'indice di rivalutazione è stato calcolato sull'evoluzione nel periodo del costo medio di un campione omogeneo di sinistri (per i decessi, sono stati presi in considerazione quelli fino a un milione di euro, con l'esclusione di quelli derivanti da parto).

Un'ulteriore novità rispetto alle scorse edizioni è costituita dall'approfondimento effettuato sui sinistri derivanti da infezioni nosocomiali che, vista l'importanza crescente del fenomeno, sono state oggetto di specifiche valutazioni riportate in un paragrafo dedicato.

SANITÀ PUBBLICA



CAMPIONE

Le strutture sanitarie pubbliche che compongono il campione sono 60, distribuite sul territorio nazionale. Queste aziende possono essere suddivise nelle seguenti macro-categorie:

- presidi di primo livello (ASL, AUSL, ATS): assistenza sanitaria di base e servizi territoriali;
- aziende ospedaliere di secondo livello: assistenza sanitaria specialistica, terapia intensiva e presa in carico di pazienti complessi;
- aziende ospedaliere universitarie: servizi sanitari, ricerca e attività accademiche;
- ospedali specializzati: strutture a singola specialità/con una specialità prevalente (es. cardiologica, oncologica etc.).

Sono stati inclusi nel database i sinistri con anno di denuncia dal 2004 al 2017, ricevuti da compagnie assicurative e/o direttamente dalle aziende clienti con un aggiornamento (di status o di importo) almeno al 2018; il campione è caratterizzato dunque da valori, date e descrizioni accurate al momento attuale.

Per sinistro viene considerata ogni richiesta di risarcimento danni e/o avvio di procedimento giudiziario segnalato alla compagnia di assicurazione o gestito dalle aziende, con riferimento alla responsabilità civile verso terzi/prestatori d'opera.

Il database è stato reso omogeneo nei campi di analisi in modo da poter essere utilizzato per analisi e comparazioni ed è stata operata una selezione di dati per ottenere un quadro ristretto all'ambito di medical malpractice. Da un campione iniziale costituito da più di 20.000 dati, ne sono infatti stati selezionati 11.070, escludendo tutto ciò che risultasse ad alta frequenza/basso impatto (sinistri minori

o uguali a € 500, danni a cose, errori amministrativi, furti/smarrimenti).

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

Le richieste di risarcimento danni riferite alla Responsabilità civile verso terzi/prestatori d'opera (RCT/O) sono state classificate nelle seguenti classi di rischio:

- rischio clinico
- rischio professionale
- rischio strutturale
- danneggiamento accidentale

Le aziende considerate hanno distribuzione geografica in tutta Italia, anche se con netta prevalenza delle regioni del Centro-Nord.

Tabella 1. Dati e volumi di attività totali del campione considerato.

Sinistri selezionati	11.070
N. sinistri medi annui	791
Ricoveri	1.375.743
Posti letto	40.498
Volume del personale	175.873
N. medici	28.566
N. infermieri	71.011

Nota metodologica

Per outlier si intendono:

- valori non congrui con la restante parte del database sinistri;
- valori registrati in fasi in cui la raccolta dati si presenta disomogenea;
- sinistri con importo minore o uguale a € 500 che potrebbero non essere stati registrati esaustivamente da tutte le strutture;
- danni da furto, smarrimenti, errori amministrativi e danni a cose.

Inoltre nelle singole analisi è stato escluso dalla quota percentuale tutto ciò che non riportasse una specifica categorizzazione per il campo preso in considerazione (e che quindi risultasse "non identificato"), per evitare di inficiare il calcolo sul totale.

ANALISI DELLE FREQUENZE

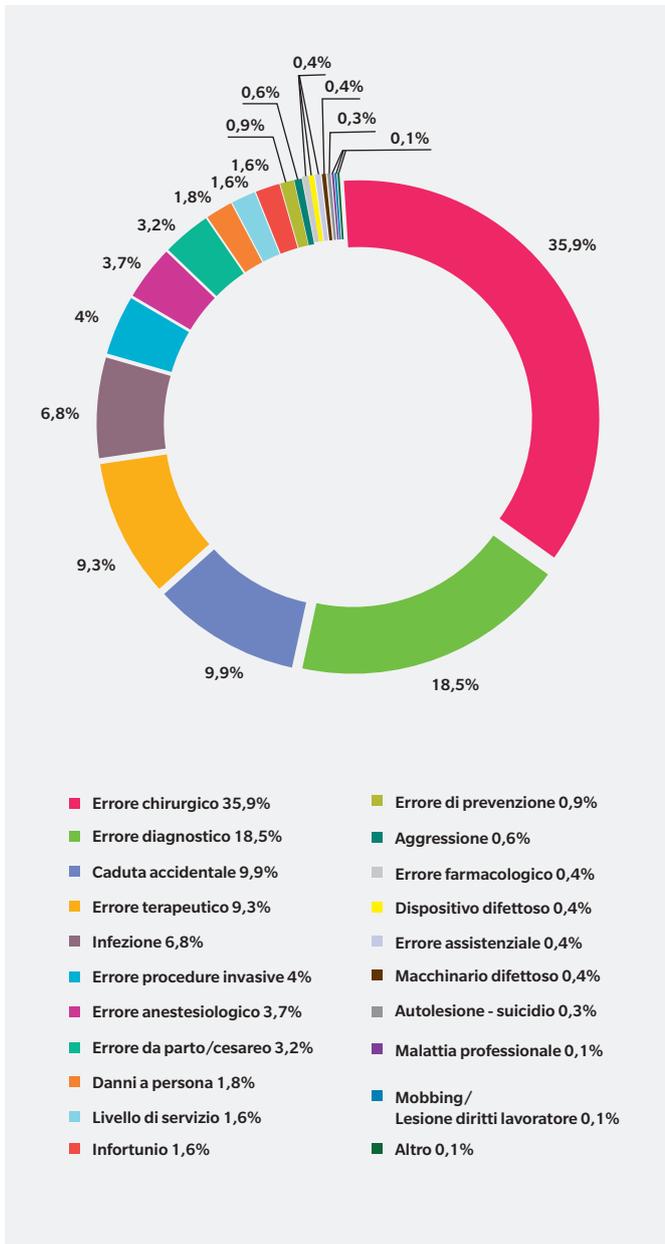
GLI EVENTI COMPRESI NEL CAMPIONE

Si riportano di seguito le tipologie di evento in cui sono stati classificati i sinistri considerati, corredate da descrizioni esemplificative:

Tabella 2. Tipologie di evento denunciato ed esempi relativi.

TIPOLOGIA	ESEMPI
Infortunio operatore	Puntura con un ago.
Malattia professionale	Patologia causata dall'attività lavorativa (es. esposizione a radiazioni).
Caduta accidentale	Caduta di pazienti dai letti, in bagno, nei corridoi.
Errore amministrativo	Errori in aree amministrative o manageriali quali smarrimento di documenti o cancellazione senza preavviso di prestazioni programmate.
Aggressione	Aggressione di operatori da parte di pazienti.
Errore anestesilogico	Ogni evento avverso conseguente all'anestesia.
Errore da parto/Cesareo	Lesione, decesso o altro problema incorso alla madre o al nascituro durante il parto (naturale o cesareo).
Danno a persona	Lesione a una persona non attribuibile ad altre cause analizzate.
Danno a cose	Danno a vestiti, automobili o altri effetti personali.
Macchinario difettoso	Guasto/rottura del macchinario della risonanza magnetica.
Dispositivo difettoso	Guasto/rottura di dispositivi medici.
Errore diagnostico	Errata diagnosi, ritardo nella diagnosi.
Infezione	Epatite, HIV, peritonite, infezioni chirurgiche.
Errore procedura invasiva	Ematoma dopo prelievo di sangue, lesione durante una biopsia.
Errore assistenziale	Paziente non assistito in modo appropriato o dal professionista corretto.
Mobbing/ Lesione diritti lavoratore	Ogni comportamento o evento che danneggia i diritti professionali.
Errore farmacologico	Farmaco errato, farmaco corretto con dosaggio errato.
Errore di prevenzione	Scorretta prevenzione di malattie, scorrette istruzioni per le prestazioni.
Livello di servizio	Ritardo nella consegna di referti clinici, incomprensione nella comunicazione tra medico e paziente.
Errore chirurgico	Intervento chirurgico sul lato sbagliato, lesioni ai nervi durante l'intervento, errato procedimento chirurgico.
Furto/Smarrimento	Smarrimento di dentiera o effetti personali, furti.
Errore terapeutico	Terapia errata.
Autolesione/Suicidio	Suicidio di paziente psichiatrico.

Figura 1. Distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato dopo la selezione del campione.



L'evento più frequente è quello collegato all'**attività chirurgica** (pari al 35,9%), seguito dagli **errori diagnostici** (18,5%), dalle **cadute accidentali** (9,9%) e dagli **errori terapeutici** (9,3%). Le infezioni, rispetto al precedente report, aumentano di un punto percentuale sul totale, raggiungendo il 6,8%: alle infezioni è stato dedicato uno specifico approfondimento in una sezione successiva. Gli eventi collegati al parto costituiscono solo il 3,2% del totale.

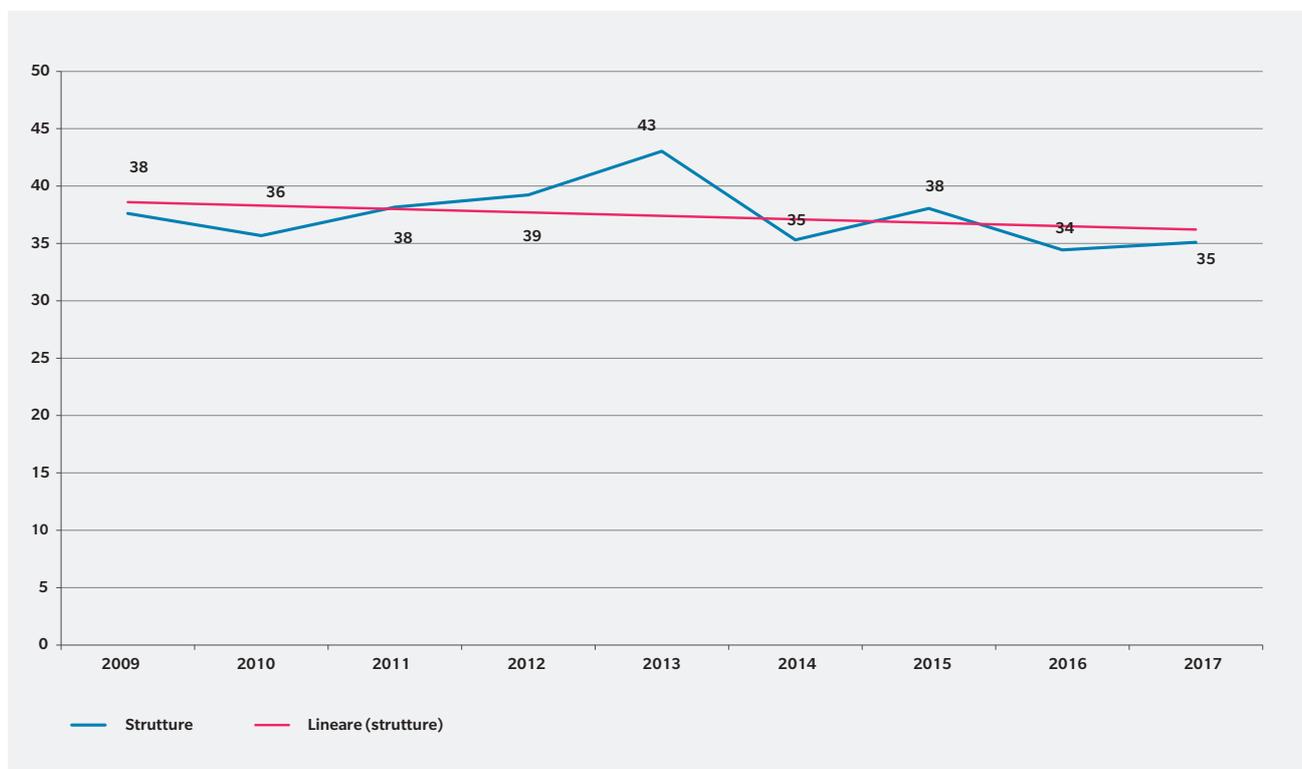
Nota tecnica

L'analisi conferma che gli eventi collegati ad atti chirurgici e diagnostici rappresentano la principale fonte di rischio (rispetto alla denuncia di sinistro) nello svolgimento dell'attività sanitaria, superando il 50%; gli eventi connessi all'esecuzione di atti medici risultano dunque prevalenti nelle denunce rispetto ai danni ascrivibili ad aspetti assistenziali o strutturali.

ANDAMENTO MEDIO ANNUO DEI SINISTRI PER STRUTTURA

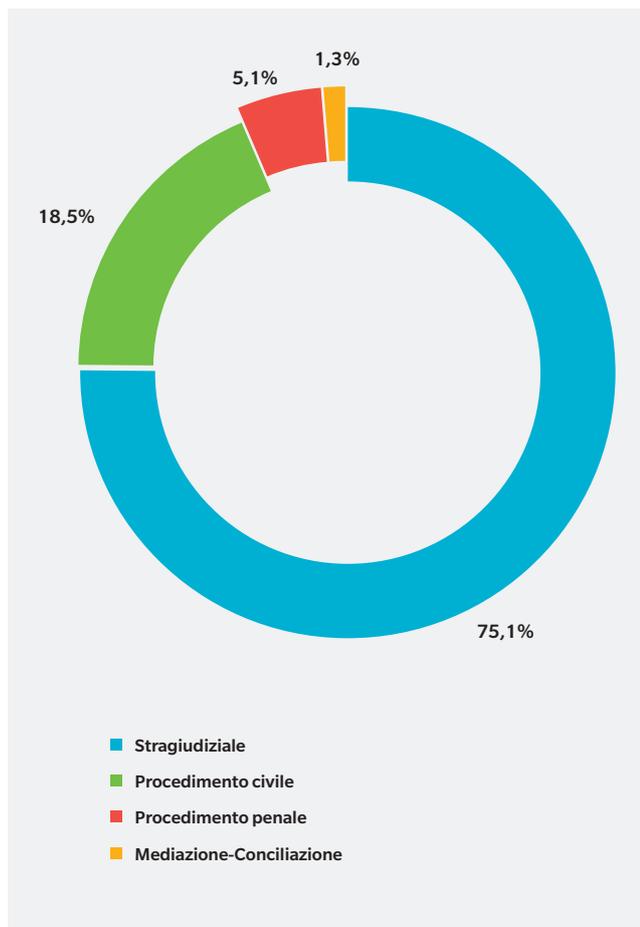
Rapportando il numero totale delle richieste, in uno specifico anno di denuncia, al numero di aziende sanitarie – per cui è stato ricevuto un aggiornamento dei dati nel 2018 – nella medesima annualità, è stato indagato l'andamento medio delle richieste di risarcimento danni per struttura (in ogni annualità varia il numero delle strutture con dati aggiornati e dunque considerate ai fini dell'analisi) (Figura 2). Il campione è costituito da strutture caratterizzate mediamente da più di 600 posti letto e più di 21.000 ricoveri all'anno. Nel periodo dal 2009 al 2017 si rilevano circa 37 sinistri medi annui per struttura. Il trend è sostanzialmente stabile.

Figura 2. Media annua del numero di sinistri per struttura con andamento per anno di denuncia e linea di tendenza.



TIPOLOGIE DI PROCEDIMENTO

Figura 3. Distribuzione percentuale della tipologia di procedimento.



Dal punto di vista della tipologia di procedimento instaurata, è stato categorizzato ogni sinistro, in cui fosse possibile risalire a tale informazione, se avesse seguito un iter:

- stragiudiziale;
- giudiziale (procedimento civile o penale);
- mediazione, conciliazione o ADR (Alternative Dispute Resolution): tipologia di risoluzione dei conflitti in vigore dal 2009 al fine di ridurre il numero di ricorsi a pratiche giudiziarie.

Le richieste di mediazione, seppure considerate una categoria a parte laddove specificata l'informazione, potrebbero essere state considerate come una fase di pre-contenzioso per alcune strutture.

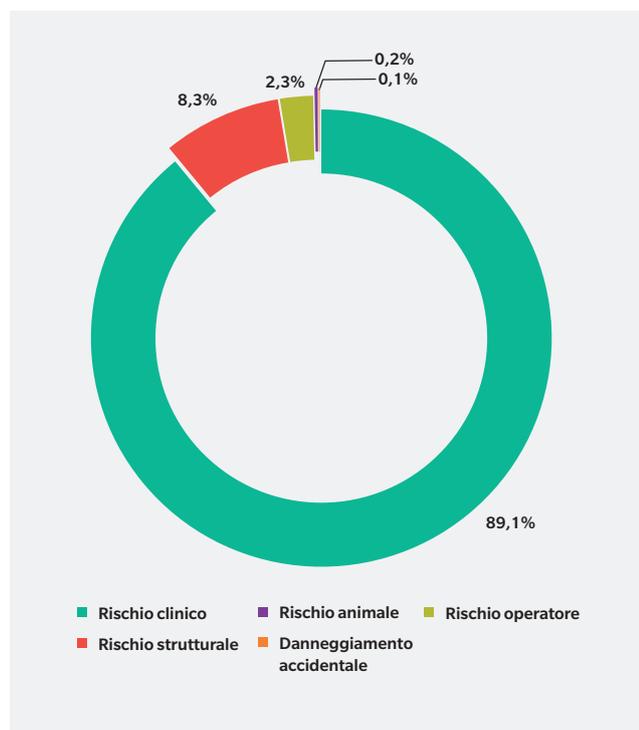
In Figura 3 si può notare che il 75,1% delle richieste di risarcimento danni segue un iter prevalentemente stragiudiziale, mentre la percentuale di procedimenti civili (18,5%) e quella di procedimenti penali (5,1%) sono simili a quelle rilevate nella precedente edizione del report; vi sono quote minime di mediazioni-conciliazioni (1,3%).

Nota tecnica

Gli esiti delle sentenze si differenziano sostanzialmente tra penale e civile dove si rilevano, per i diversi principi giuridici che stanno alla base dell'individuazione della responsabilità nei due ambiti, un numero importante di assoluzioni di medici coinvolti nelle richieste di risarcimento in ambito penale e un numero crescente di condanne in ambito civile. In base alle valutazioni effettuate da Marsh, una possibile spiegazione potrebbe essere riconducibile al fatto che, dopo una prima ondata di richieste danni formulate per le motivazioni più disparate e rivelatesi infondate, ora le richieste, soprattutto quelle portate in giudizio, risultano fondate e degne di accoglimento.

TIPOLOGIE DI RISCHIO

Figura 10. Distribuzione percentuale delle tipologie di rischio.



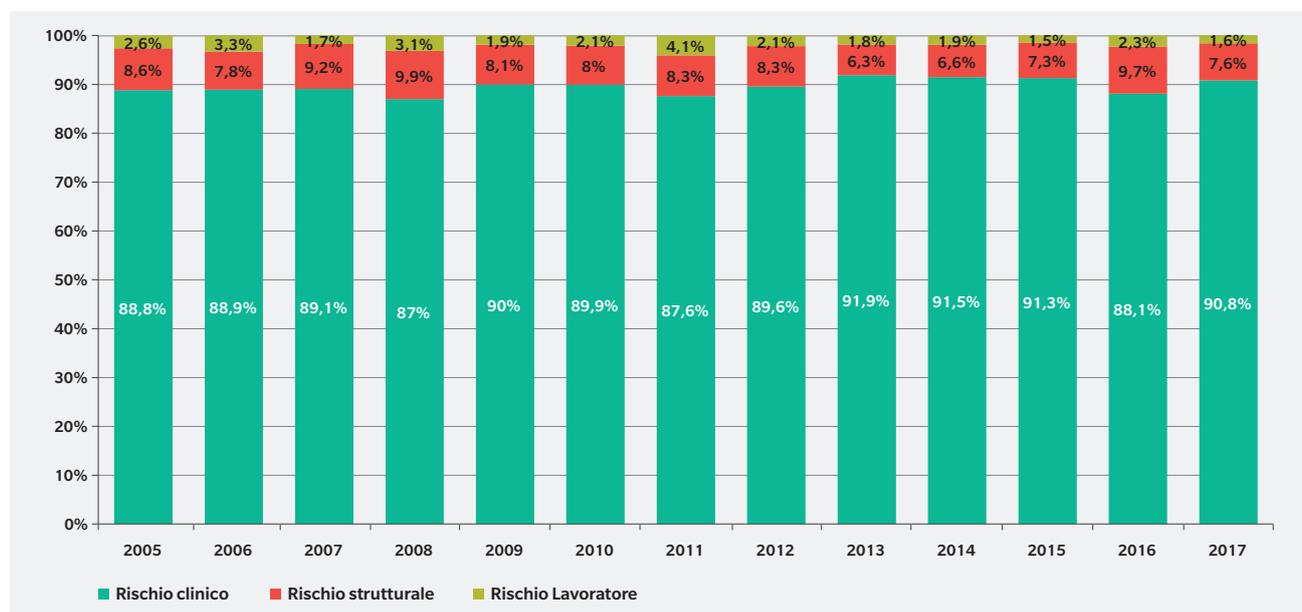
Gli eventi che portano a una denuncia possono essere riconducibili alle seguenti tipologie di rischio:

- rischio clinico: strettamente collegato all'attività clinica in senso stretto;
- rischio operatore o rischio professionale: correlato ad attività lavorativa (ad esempio infortuni, mobbing e malattie professionali);
- rischio strutturale: relativo ad eventi causati dalle caratteristiche infrastrutturali degli edifici o di aree della struttura, come ad esempio scale, parcheggi e aree comuni;
- rischio animale: relativo a eventi in campo veterinario o aggressioni da parte di animali.

Dalla Figura 10 si evince, come si può supporre, una prevalenza di eventi correlati al rischio clinico (89,1%), seguiti da eventi collegati al rischio strutturale (8,3%) e una percentuale del 2,3% di eventi collegati al rischio professionale. I rischi derivanti da attività veterinarie/ aggressioni animali e il danneggiamento accidentale collegato ad eventi medmal (come il danneggiamento di oggetti personali di operatori, causato da aggressioni da parte di pazienti) costituiscono una quota inferiore all'1%.

È stato rappresentato in Figura 11 l'andamento annuale delle tre principali categorie di rischio (clinico, struttura, operatore), sul totale di queste tre categorie. Il grafico mostra un andamento percentuale sostanzialmente stabile, con il rischio clinico che si mantiene attorno al 90% e il rischio collegato alla struttura che supera la quota del 9% negli anni 2007, 2008, 2016.

Figura 11. Andamento percentuale per anno di denuncia delle tre principali tipologie di rischio.

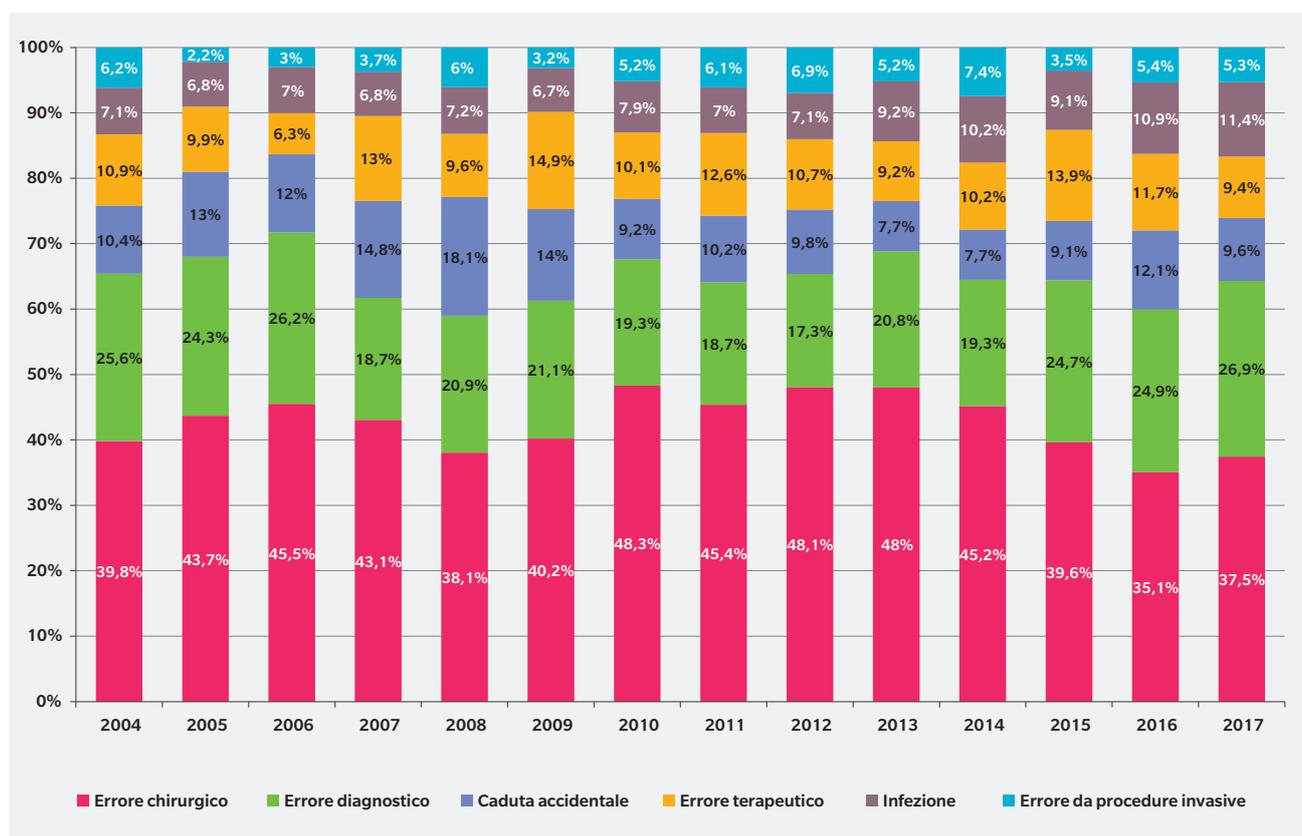


TIPOLOGIE DI EVENTO DENUNCIATO

Nel grafico iniziale sono state identificate le tipologie di errore che si presentano più frequentemente: errori chirurgici, errori diagnostici, cadute accidentali, errori terapeutici, infezioni ed eventi correlati a procedure invasive, che da sole rappresentano circa l'85% del totale del campione. Seguono quindi gli eventi collegati all'attività anestetologica e gli errori da parto.

L'incidenza dei sei eventi più frequenti calcolata sul totale di questi soli eventi, mostra un andamento in diminuzione negli ultimi anni degli errori chirurgici, a fronte di un incremento degli errori diagnostici. Anche le infezioni aumentano in percentuale sul totale degli ultimi anni (Figura 16).

Figura 16. Andamento percentuale per anno di denuncia dei sei principali eventi causa di sinistro.

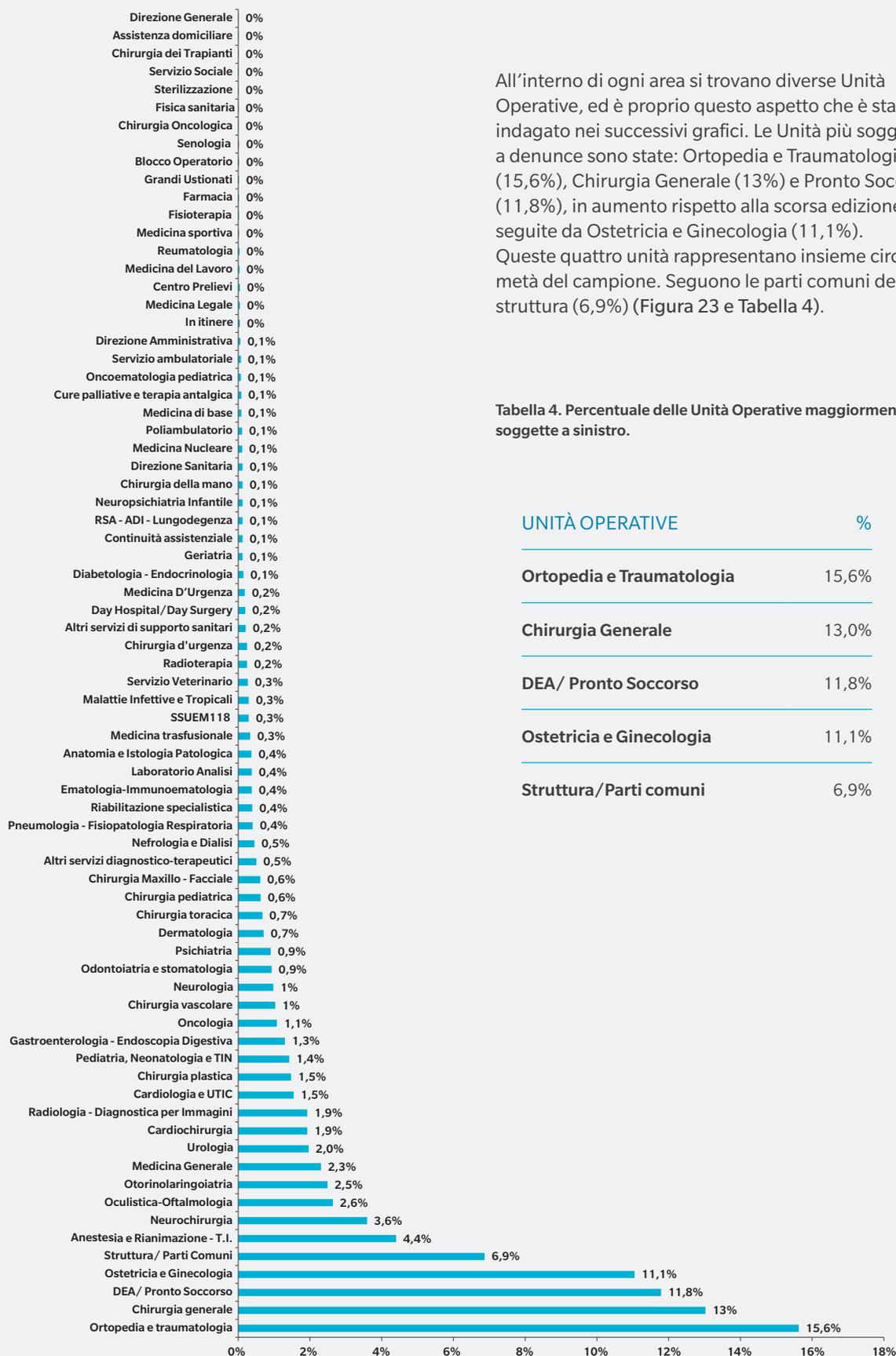


Nota tecnica

Quest'analisi mostra un andamento sostanzialmente stabile: in ogni anno, il singolo tipo di evento denunciato mantiene pressoché la stessa incidenza; la minore incidenza di errori nell'esecuzione di atti chirurgici sembrerebbe, secondo le valutazioni di Marsh, essere conseguente al miglioramento delle tecniche chirurgiche.

UNITÀ OPERATIVE

Figura 23. Distribuzione percentuale delle Unità Operative soggette a sinistro.



All'interno di ogni area si trovano diverse Unità Operative, ed è proprio questo aspetto che è stato indagato nei successivi grafici. Le Unità più soggette a denunce sono state: Ortopedia e Traumatologia (15,6%), Chirurgia Generale (13%) e Pronto Soccorso (11,8%), in aumento rispetto alla scorsa edizione, seguite da Ostetricia e Ginecologia (11,1%). Queste quattro unità rappresentano insieme circa la metà del campione. Seguono le parti comuni della struttura (6,9%) (Figura 23 e Tabella 4).

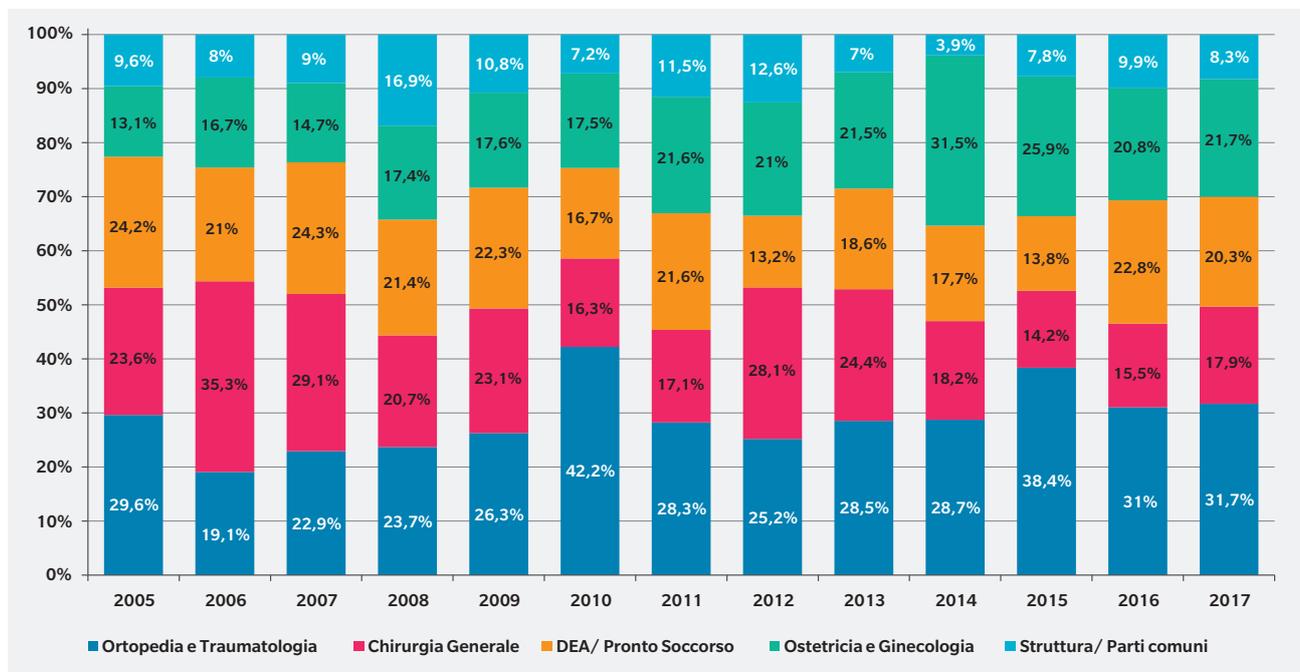
Tabella 4. Percentuale delle Unità Operative maggiormente soggette a sinistro.

UNITÀ OPERATIVE	%
Ortopedia e Traumatologia	15,6%
Chirurgia Generale	13,0%
DEA/ Pronto Soccorso	11,8%
Ostetricia e Ginecologia	11,1%
Struttura/ Parti comuni	6,9%

Le seguenti analisi si riferiscono alle Unità Operative più frequenti considerando i soli sei eventi con maggiore incidenza (errori chirurgici, diagnostici, terapeutici, infezioni, cadute accidentali ed errori da procedura invasiva).

La Figura 24 ne mostra l'andamento percentuale nel periodo di tempo analizzato, calcolato sul totale delle cinque Unità Operative e dei sei eventi. Si osserva una riduzione percentuale negli ultimi anni per Ostetricia e Ginecologia, ma l'andamento delle diverse specialità varia molto di anno in anno.

Figura 24. Andamento percentuale per anno di denuncia delle cinque Unità Operative considerate sul totale delle cinque unità e delle sei tipologie di evento denunciato.



È stata inoltre individuata per ogni Unità Operativa (sempre sul totale dei sei eventi) la velocità di denuncia dei sinistri. In Ortopedia e Traumatologia e in Chirurgia Generale si rileva una certa latenza nella velocità di denuncia: dopo un anno viene denunciato circa il 40% degli eventi (Figure 25 e 27). Anche in Ostetricia e Ginecologia (Figura 28) la denuncia, che inizialmente è più veloce, poi si mostra meno celere (si supera il 70% solo entro i 3 anni).

Invece il Pronto Soccorso (Figura 26) e soprattutto la struttura/parti comuni hanno una velocità più elevata di denuncia (Figura 29); quest'ultima rivela quasi il 93% delle denunce entro un anno, mentre il Pronto Soccorso supera il 90% in 4 anni.

Figura 25. Velocità di denuncia sinistro – Ortopedia e Traumatologia.

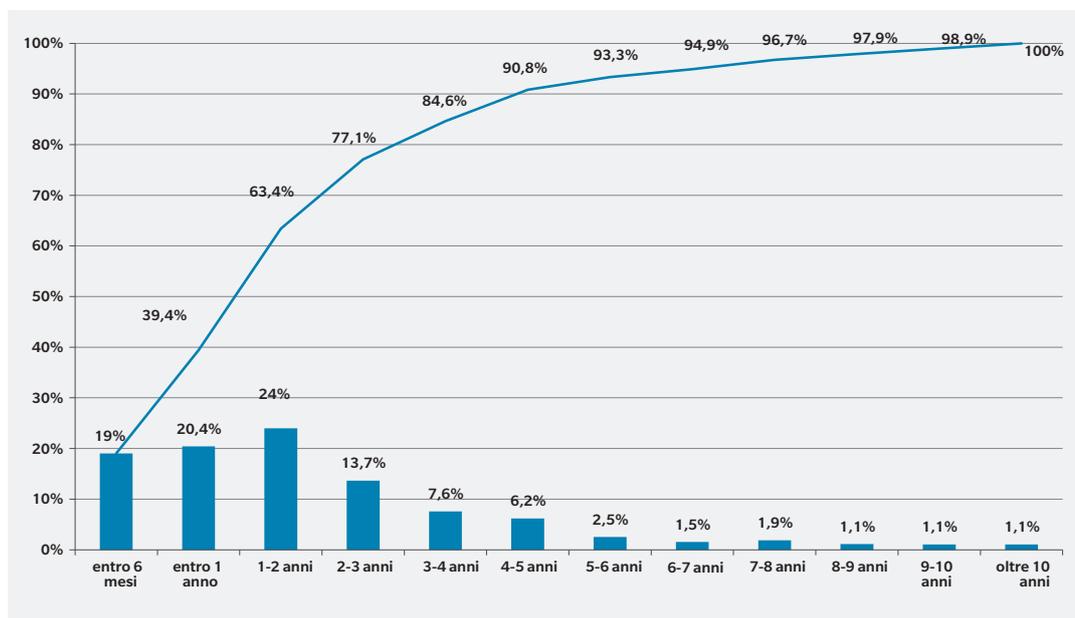


Figura 26. Velocità di denuncia sinistro – DEA / Pronto Soccorso.

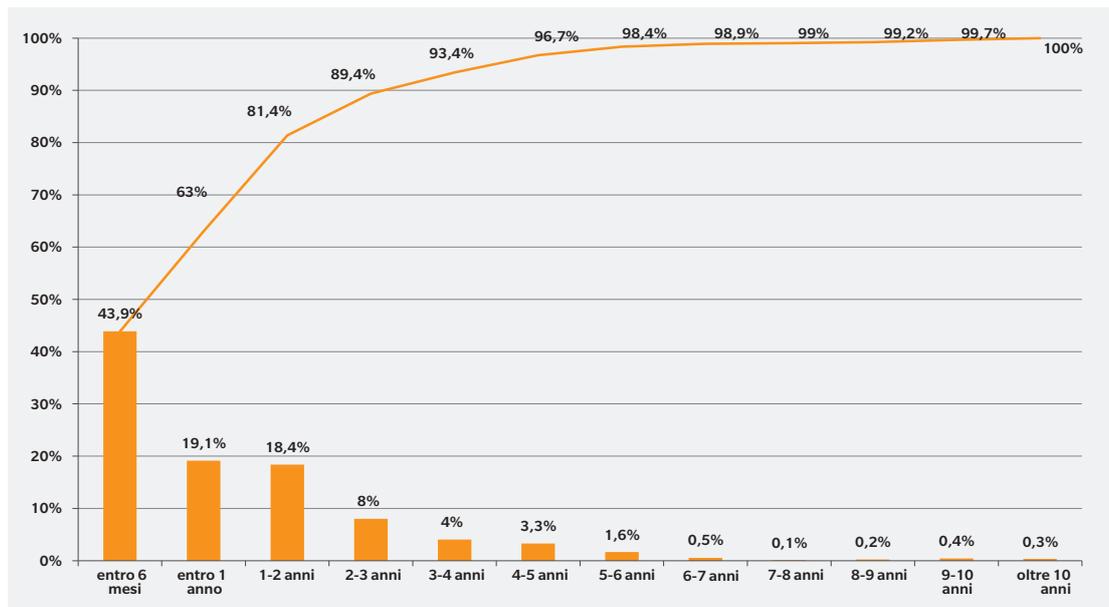


Figura 27. Velocità di denuncia sinistro - Chirurgia Generale.

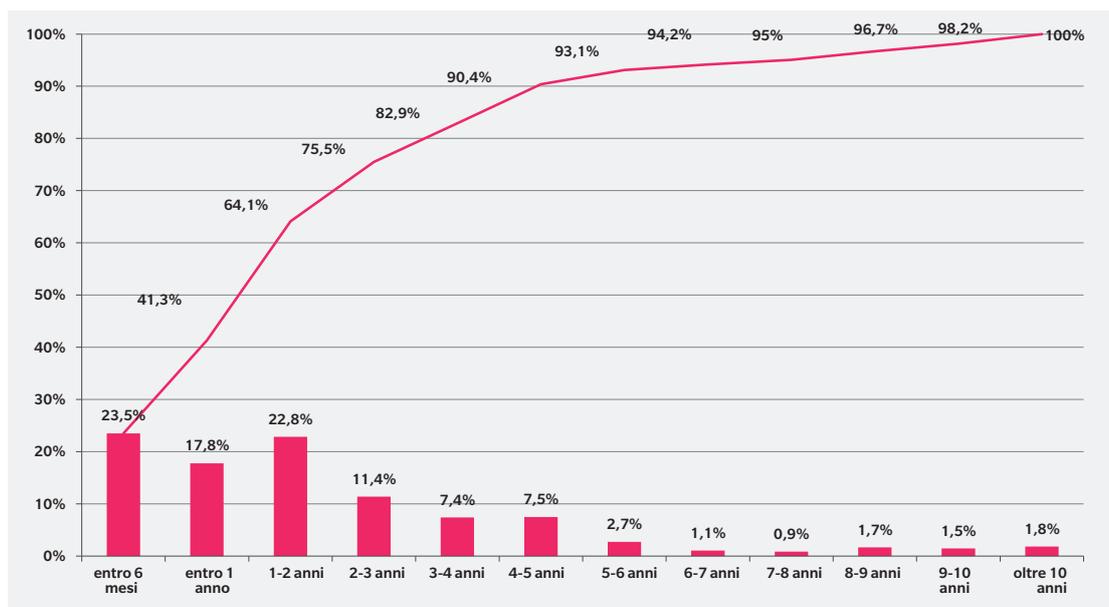


Figura 28. Velocità di denuncia sinistro - Ostetricia e Ginecologia.

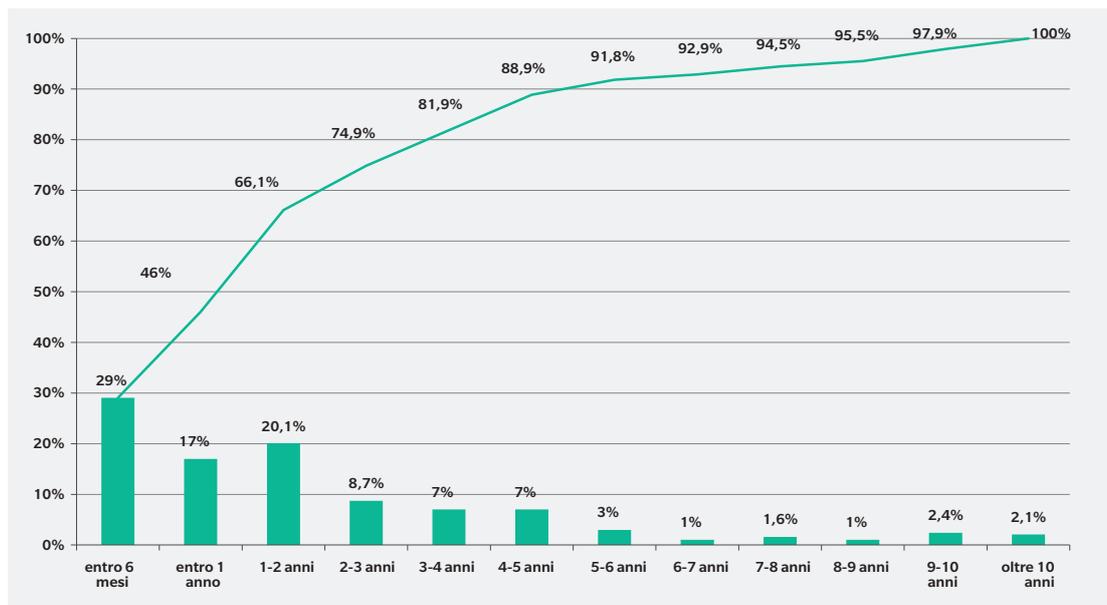
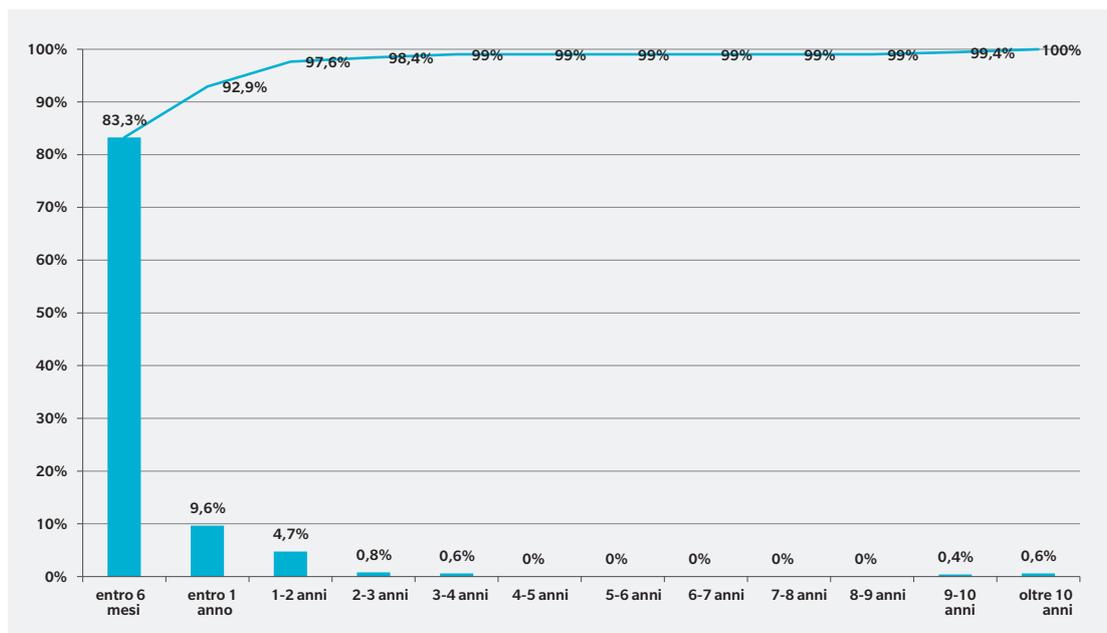


Figura 29. Velocità di denuncia sinistro – Struttura / Parti comuni.



Gli eventi che si verificano più frequentemente in queste Unità Operative sono:

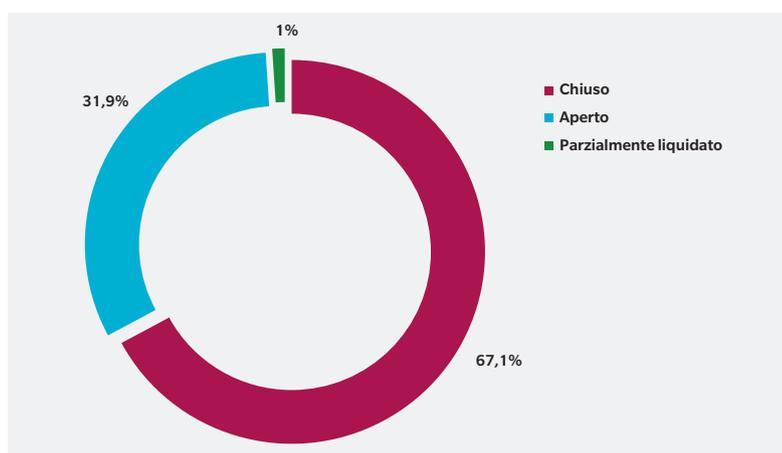
- l'errore chirurgico in Ortopedia e Traumatologia (61% del totale degli eventi di questa unità), con il 12% di eventi collegati all'attività diagnostica e dalle infezioni (11%) ed errori terapeutici (10%);
- anche in Chirurgia Generale l'errore terapeutico è frequente (69%), seguito dalle infezioni (11%);
- in Pronto Soccorso avvengono prevalentemente errori diagnostici (64%), con il 17% di errori terapeutici;
- in Ostetricia e Ginecologia gli errori chirurgici sono più numerosi rispetto agli eventi collegati al parto (40% vs 30%), con l'11% di errori diagnostici;
- nelle parti comuni si riscontrano soprattutto cadute accidentali (75%) e infortuni (14%).

Nota tecnica

La motivazione della differente velocità di denuncia nella struttura può nascere dalla tipologia di danni lamentati: cadute e infortuni, portano solitamente a una denuncia più celere.

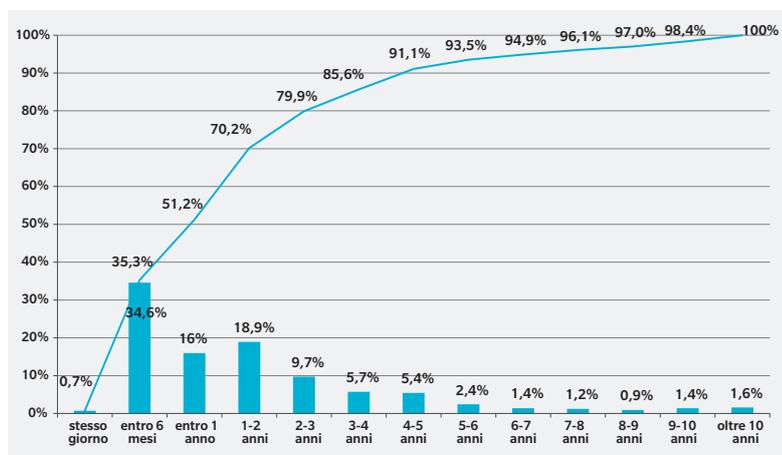
STATO DELLA PRATICA E VELOCITÀ DI APERTURA/CHIUSURA

Figura 30. Distribuzione percentuale dello stato della pratica.



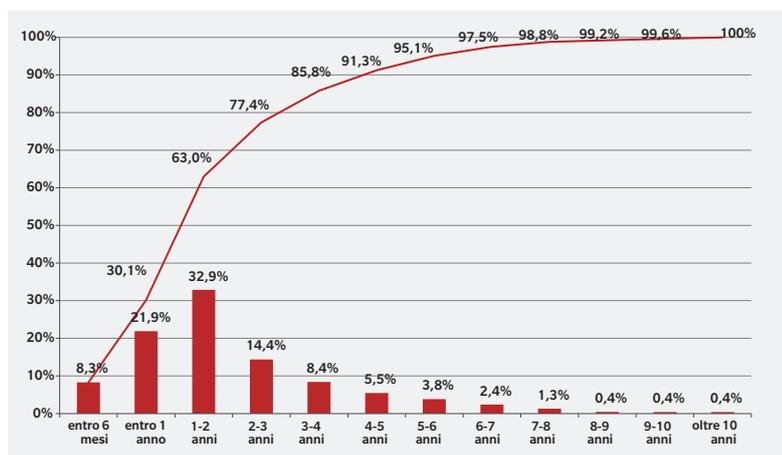
Dopo aver selezionato il database, considerando i sinistri strettamente collegati alla medical malpractice (ed eliminando gli outliers), si rileva una maggioranza di sinistri chiusi (il 67%), mentre il 31,9 % risulta aperto. I sinistri che sono stati segnalati come parzialmente liquidati rappresentano solo l'1% del campione (Figura 30).

Figura 31. Velocità di denuncia.



La Figura 31 riporta la velocità di apertura dei sinistri (velocità di denuncia); entro 6 mesi viene denunciato già il 35% degli eventi, superando il 50% entro 1 anno (e raggiungendo quasi l'80% in 3 anni).

Figura 32. Velocità di chiusura dei sinistri.



Dopo la denuncia, si arriva a una chiusura del 30% delle pratiche entro un anno (Figura 32), mentre il 63% circa dei sinistri viene chiuso entro 2 anni e oltre il 90% entro 5 anni.

ANALISI ECONOMICA

COSTO DEL SINISTRO

Nell'analisi economica dei sinistri sono state effettuate elaborazioni inerenti sia il costo totale dei sinistri, pari alla somma degli importi liquidati (relativi a sinistri chiusi) e di quelli riservati (per sinistri ancora aperti), sia analisi separate relative al riservato e al liquidato.

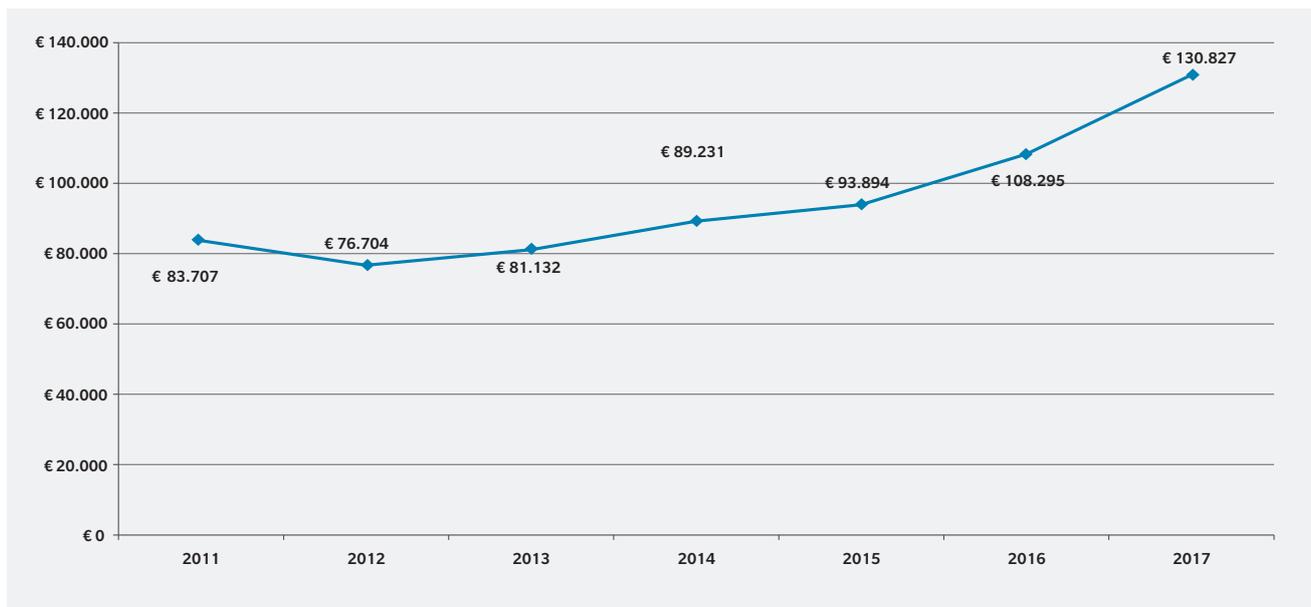
Tabella 5. Costo dei sinistri considerati.

COSTO SINISTRI	
Costo Totale (Liquidato+Riservato)	€ 1.031.744.625
Costo Medio	€ 93.202
Top Claim	€ 4.532.258

Il costo totale dell'intero database supera il miliardo di euro, mentre l'importo medio per sinistro è pari a € 93.202 (Tabella 5), maggiore rispetto a quello rilevato nella scorsa edizione per effetto della rivalutazione operata sugli importi liquidati.

Il costo medio per singolo sinistro, suddiviso per anno di denuncia (Figura 33), mostra un incremento graduale a partire dal 2012, con una variazione media annua nel periodo 2004-2017 pari a +3,4% (più contenuta rispetto alla scorsa edizione).

Figura 33. Costo medio del sinistro per anno di denuncia.

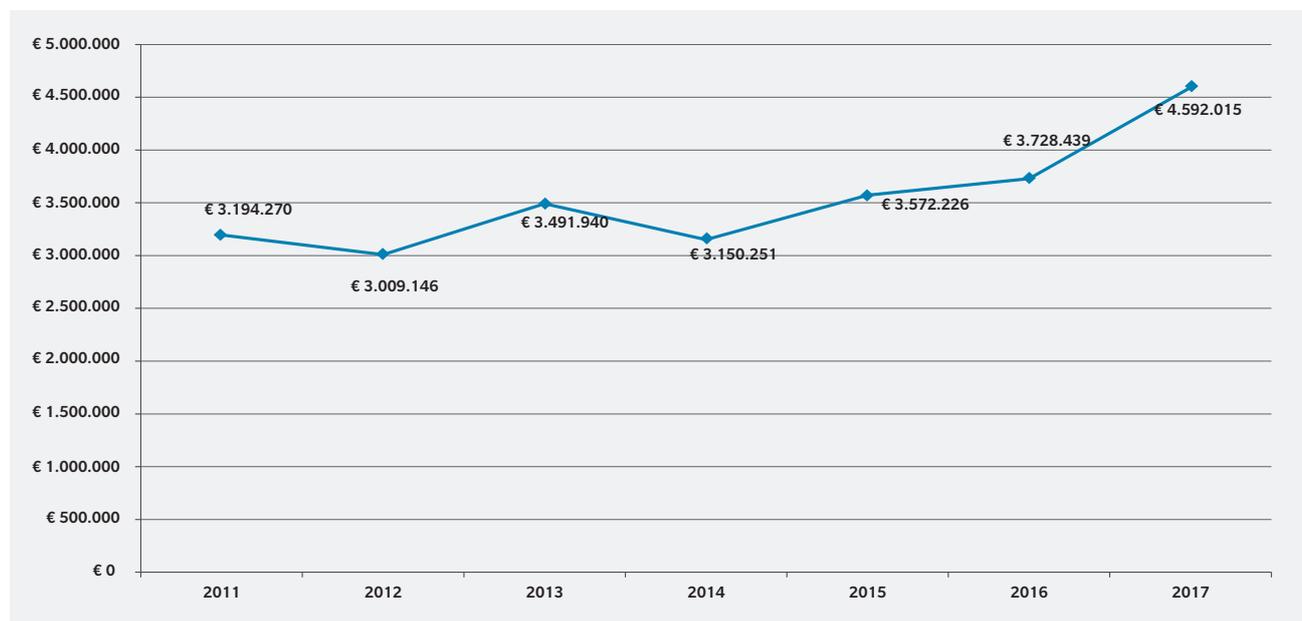


Nota metodologica

Una novità di quest'anno è rappresentata dalla rivalutazione monetaria di tutti gli importi liquidati relativi a lesioni o decessi. L'indice di rivalutazione è stato calcolato sull'evoluzione nel periodo del costo medio di un campione omogeneo di sinistri (decessi con importo inferiore al milione di euro, a esclusione di quelli derivanti da errori da parto). Questo indice fornisce un trend non solo della rivalutazione monetaria ma anche delle dinamiche economiche di determinazione del risarcimento registrate nel periodo.

Il costo annuo complessivo dei sinistri per struttura è pari, in tutto il periodo, a € 2.861.872. Tale costo presenta un aumento medio annuo pari all'8% (Figura 34).

Figura 34. Costo annuale dei sinistri per struttura per anno di denuncia.

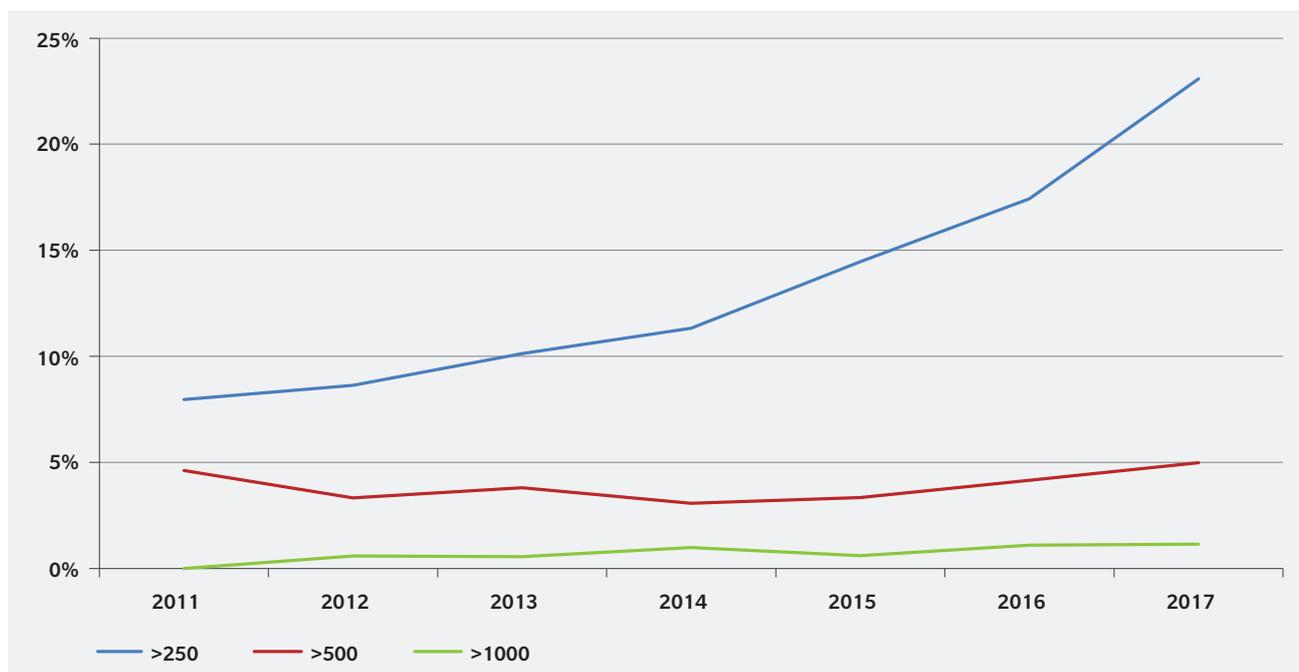


Analizzando la distribuzione dei sinistri di maggior importo rispetto ai sinistri totali per anno di denuncia, si registra un incremento del numero di sinistri nella fascia tra € 250.000 e € 500.000 a partire dal 2015, che non viene invece rilevata per i sinistri sopra 1.000.000 € (Figura 35 e Tabella 6). In parte è un fenomeno che potrebbe essere connesso a una riservazione piuttosto conservativa per importi medi di danno. Per i casi più gravi, la quantificazione viene fatta a seguito di una più approfondita e comprovata istruttoria per evidenziare i diversi elementi di danno.

Tabella 6. Incidenza dei sinistri di maggior importo rispetto ai sinistri totali per anno di denuncia.

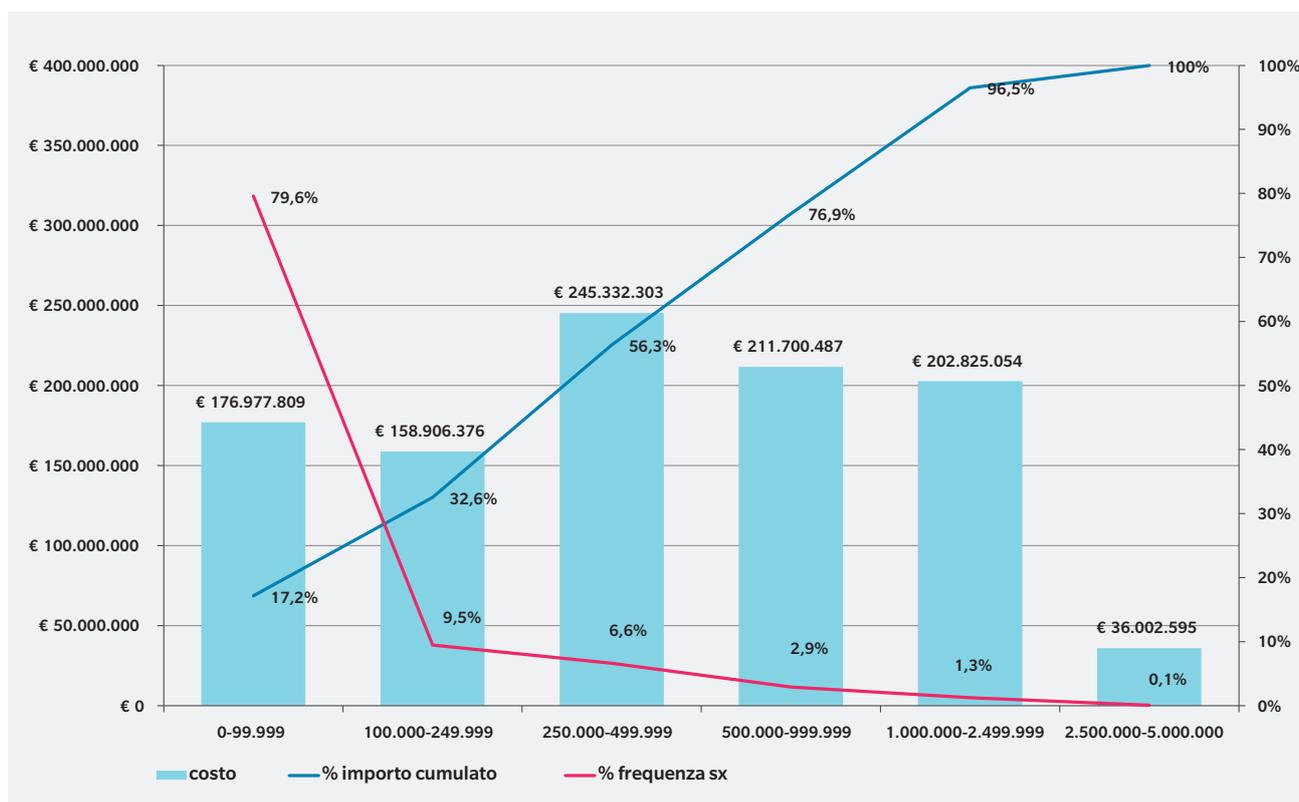
ANNO DI DENUNCIA	PERCENTUALE SINISTRI CON VALORE SUPERIORE A:		
	€ 250.000	€ 500.000	€ 1.000.000
2011	8%	4,6%	1,4%
2012	8,6%	3,3%	0,6%
2013	10,1%	3,8%	0,6%
2014	11,3%	3,1%	1%
2015	14,5%	3,3%	0,6%
2016	17,4%	4,1%	1,1%
2017	23,1%	5%	1,1%
Media	13,3%	3,9%	0,9%

Figura 35. Incidenza dei sinistri di maggior importo rispetto ai sinistri totali per anno di denuncia.



Suddividendo successivamente il costo dei sinistri per fasce di importo (Figura 36), si può notare come più del 50% del costo complessivo sia generato da sinistri di valore inferiore a € 500.000. Le perdite maggiori si trovano nella fascia tra € 250.000 – € 500.000, seguita dalla fascia € 500.000 – € 1.000.000. La fascia più alta (superiore a € 2.500.000) rappresenta solo il 3,5% del costo totale dei sinistri. Il 53% circa delle perdite è generato dai sinistri compresi tra € 250.000 e € 2.500.000. Si nota invece una frequenza maggiore dell'80% solo per i sinistri di valore inferiore a € 100.000.

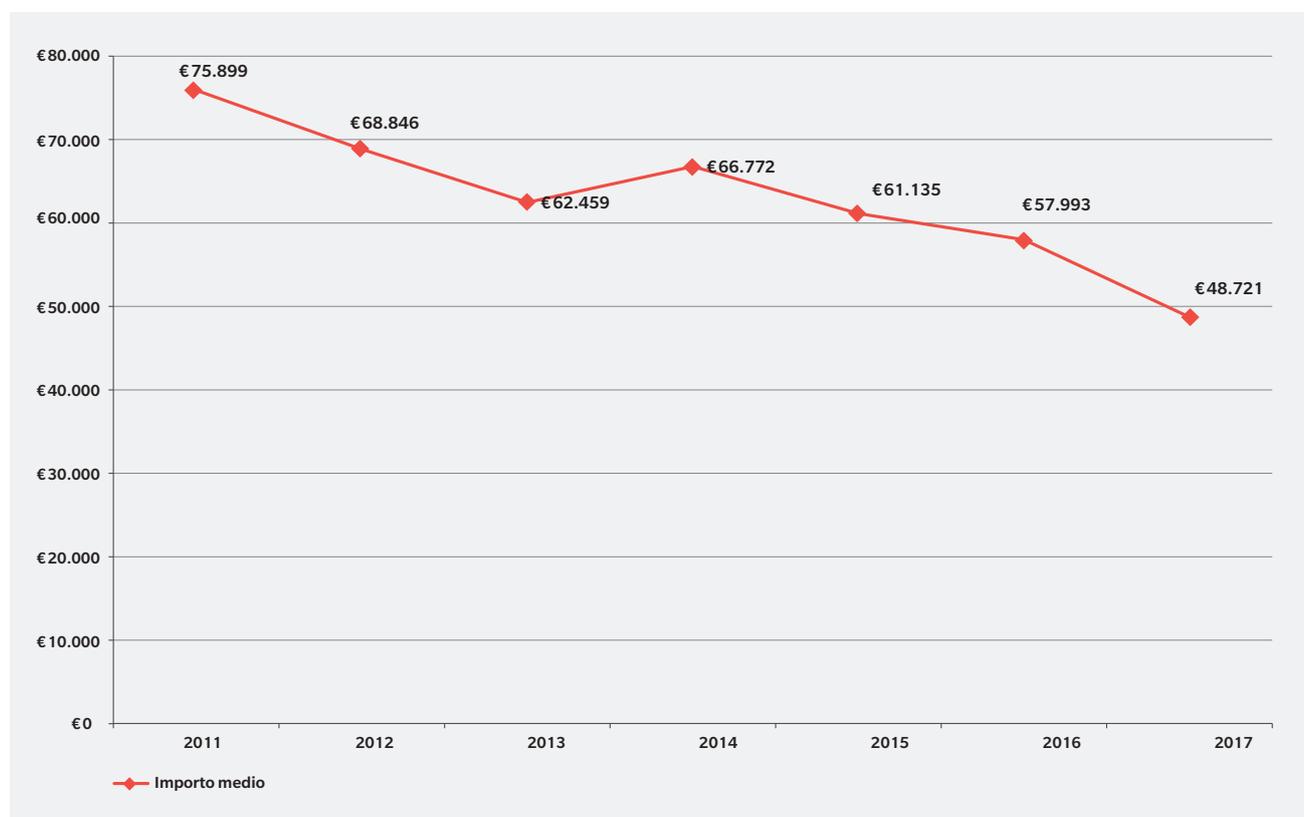
Figura 36. Analisi della perdita complessiva per fasce di importo dei sinistri con distribuzione percentuale di importo cumulato e di frequenza dei sinistri.



LIQUIDATO

L'importo liquidato medio per singolo sinistro è di € 78.070. Tale dato è superiore a quello dell'edizione precedente (€ 68.518) principalmente per effetto delle rivalutazioni monetarie effettuate nelle elaborazioni di quest'anno (vedasi nota metodologica riportata nel paragrafo 4.1). Per anno di denuncia (Figura 37), l'importo liquidato medio evidenzia un andamento in diminuzione (con variazione media annua nel periodo complessivo di -4,3%).

Figura 37. Importo liquidato medio per anno di denuncia.

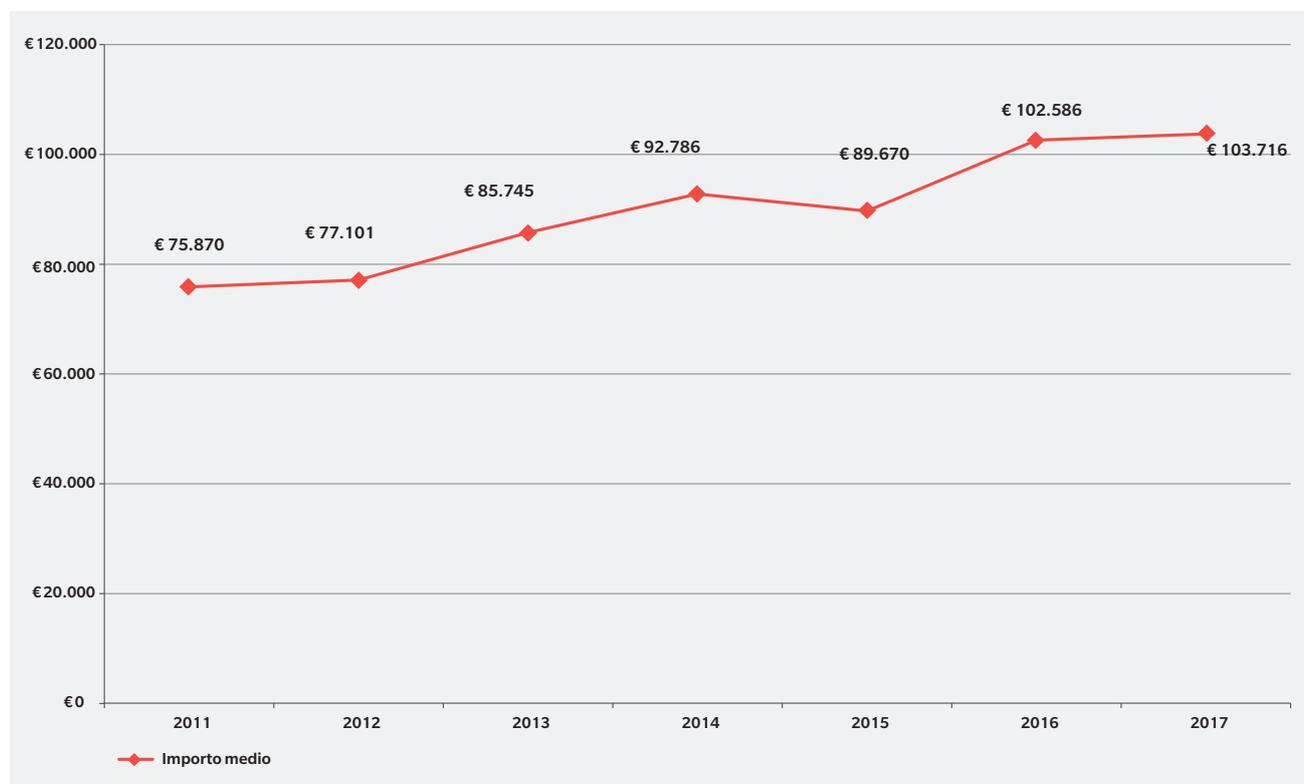


Nota metodologica

Per le seguenti considerazioni relative all'importo liquidato (fino a Figura 40), che richiedono completezza di informazioni – in particolare della data di chiusura – sono stati selezionati solo i sinistri chiusi che hanno consentito di effettuare un'analisi per competenza di date.

L'importo liquidato per anno di chiusura del sinistro (Figura 38) mostra invece un andamento in costante e lieve aumento, con una lievissima flessione solo nell'anno 2015, e raggiunge l'importo di € 103.000 nell'ultimo anno preso in considerazione.

Figura 38. Importo liquidato medio per anno di chiusura del sinistro.



Per spiegare l'andamento del liquidato per anno di chiusura, anche in questo caso è stata analizzata l'incidenza dei sinistri di maggior importo rispetto ai sinistri totali.

Come si evince dalla tabella che segue, negli anni 2014, 2016 e 2017, i sinistri chiusi con valori elevati sono stati particolarmente numerosi, innalzando conseguentemente il liquidato medio di tali annualità.

Tabella 7. Incidenza dei sinistri di maggior importo rispetto ai sinistri totali per anno di chiusura.

ANNO DI CHIUSURA	PERCENTUALE SINISTRI CON VALORE SUPERIORE A:		
	€ 250.000	€ 500.000	€ 1.000.000
2011	7,3%	3,5%	1,5%
2012	7,6%	3,9%	1,4%
2013	8%	3,7%	1,3%
2014	9,2%	4,6%	1,6%
2015	8,6%	4,3%	1,1%
2016	11,7%	5,3%	1,4%
2017	11,3%	4,9%	1,6%
Media	9,1%	4,3%	1,4%

È interessante inoltre analizzare i tempi di chiusura dei sinistri (tempo in anni tra data di denuncia e chiusura) sulla base dei valori del liquidato. Si conferma che ad importi più elevati corrisponde un maggior tempo di liquidazione; per i sinistri con gli importi più rilevanti si verifica inoltre un incremento importante tra il 2015 e il 2017.

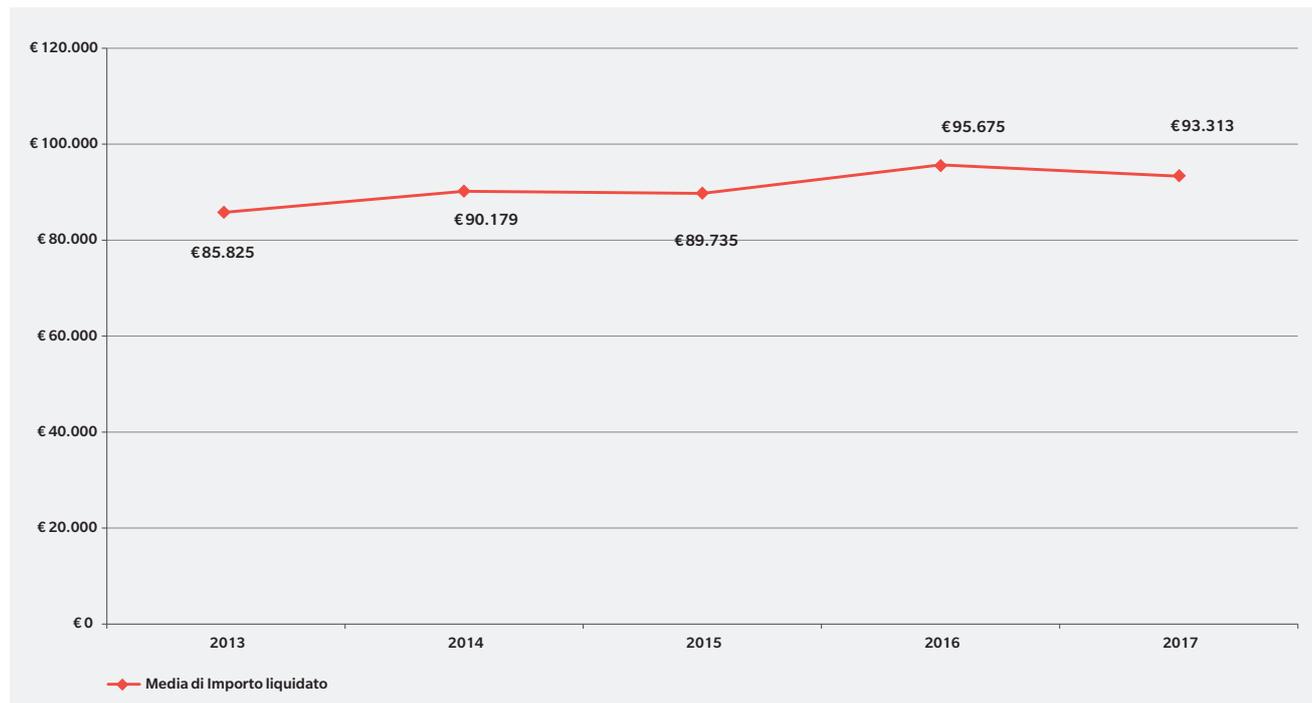
Tabella 8. Tempi di chiusura del sinistro sulla base del valore del liquidato per anno di chiusura.

TEMPO DI CHIUSURA DEI SINISTRI CON VALORE SUPERIORE A:				
ANNO DI CHIUSURA	Tutti i sinistri	€ 250.000	€ 500.000	€ 1.000.000
2011	2,2	3,1	3,2	3,3
2012	2,4	4	3,9	4,1
2013	2,1	3,6	4	4,4
2014	2,1	3,6	4	5
2015	2,3	3,5	4,3	5,8
2016	2,5	3,8	4,3	6
2017	2,7	4	4,2	5,7
Media	2,3	3,7	4	4,9

Anche in questa edizione è stato condotto un test per verificare che il campione non fosse influenzato dal fatto di contenere i sinistri denunciati a partire dal 2004: non registrare i sinistri aperti prima di tale anno e liquidati nel periodo osservato comporterebbe una sottostima per i primi anni di osservazione in quanto in tali annualità verrebbero registrati solo i sinistri con chiusura più veloce. Per correggere tale distorsione sono state analizzate le annualità comprese tra il 2013 e il 2017 (anni di chiusura del sinistro) con il medesimo periodo di retroattività della denuncia, pari a 8 anni.

In Figura 39 si conferma un aumento graduale con una lieve flessione nel 2015 e un successivo incremento. Questa analisi, che per definizione sottostima l'importo ultimo del sinistro nell'ordine di circa il 10%, come si evince dal confronto di questo dato con quello del costo totale, rende tuttavia omogenei i dati delle diverse annualità. Da questo risulta evidente come l'ultimo triennio registri, rispetto al 2013-2014, una crescita degli importi di circa il 10%.

Figura 39. Importo liquidato medio con finestra temporale di apertura del sinistro nei precedenti 8 anni.

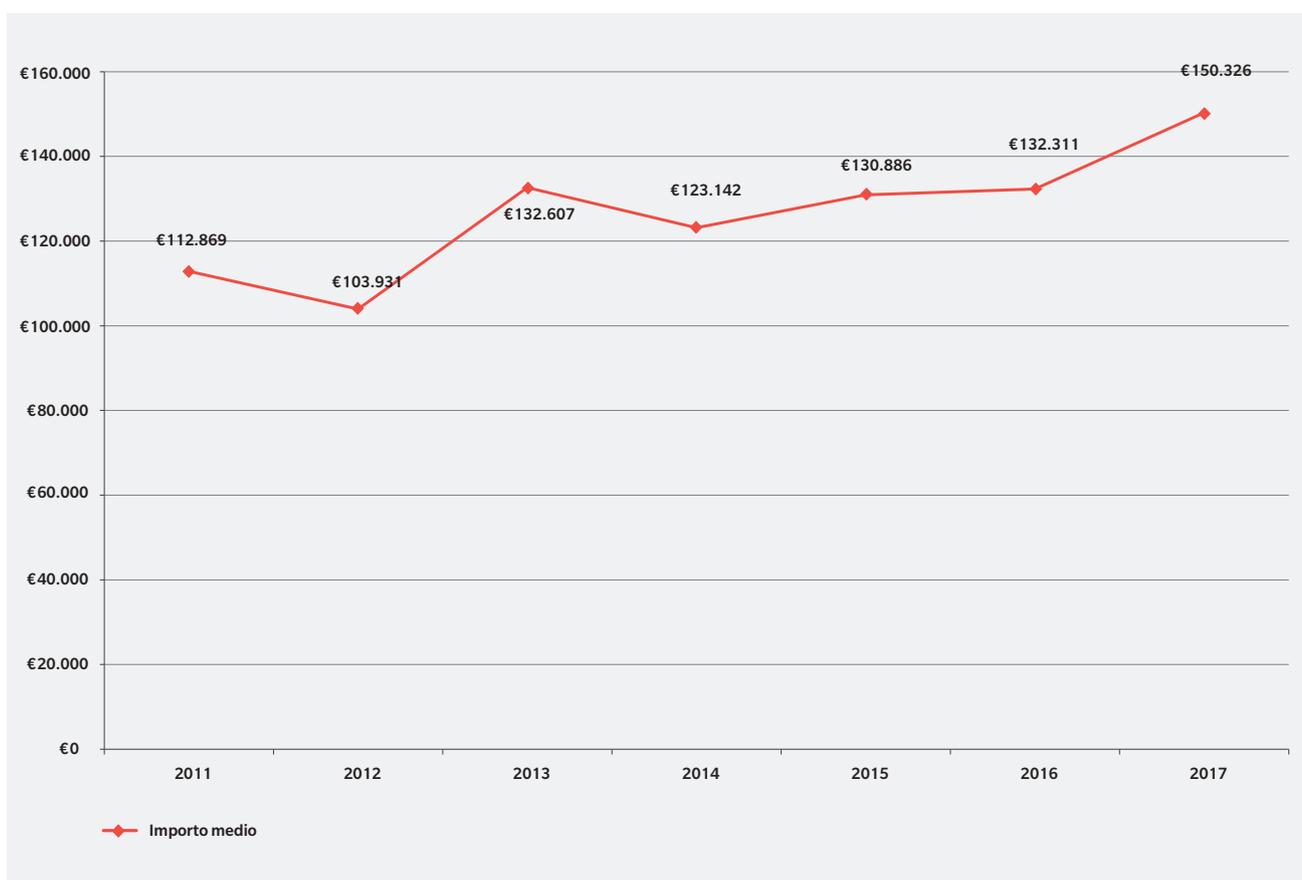


RISERVATO

L'importo riservato medio per singolo sinistro nel periodo di denuncia complessivo è di € 132.031.

L'andamento temporale del riservato medio per anno di denuncia, dopo una lieve flessione nel 2012, mostra un trend in aumento costante nel periodo considerato (Figura 45).

Figura 45. Importo riservato e medio per anno di denuncia.



TOP CLAIMS

Nel report vengono considerati “top claims” i sinistri con importo maggiore o uguale a € 500.000, al fine di verificarne l’impatto sul totale del campione.

La frequenza dei top claims è ridotta rispetto al numero di eventi totali (4,3%), ma rappresenta il 44% circa del costo totale (Tabella 10).

Tabella 10. Numerosità e costo dei top claims.

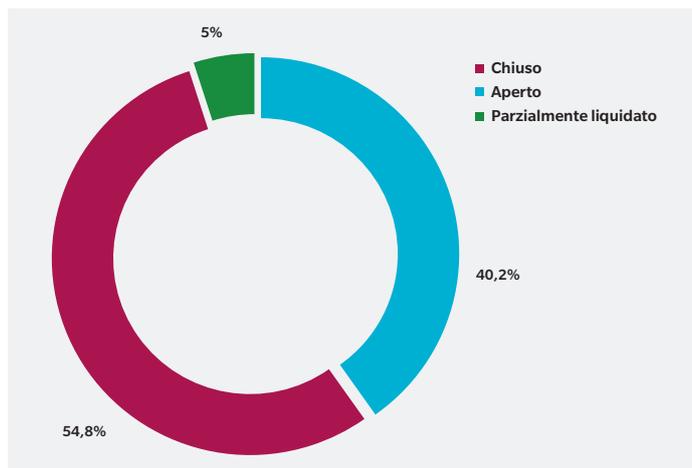
N. TOP CLAIMS	473	4,27%
Costo Top Claims	€ 450.528.136	43,67%
Importo riservato	€ 144.069.424	37,59%
Importo liquidato	€ 306.458.712	47,26%

La maggior parte dei top claims si colloca nella fascia € 500.000 - € 1.000.000 (Tabella 11).

Tabella 11. Distribuzione dei top claims per fasce di importo.

FASCIA DI IMPORTO	N°	% SUL TOTALE
500.000 - 999.999	322	68,1%
1.000.000 - 1.499.999	81	17,1%
1.500.000 - 1.999.999	44	9,3%
2.000.000 - 2.499.999	15	3,2%
2.500.000 - 2.999.999	3	0,6%
3.000.000 +	8	1,7%

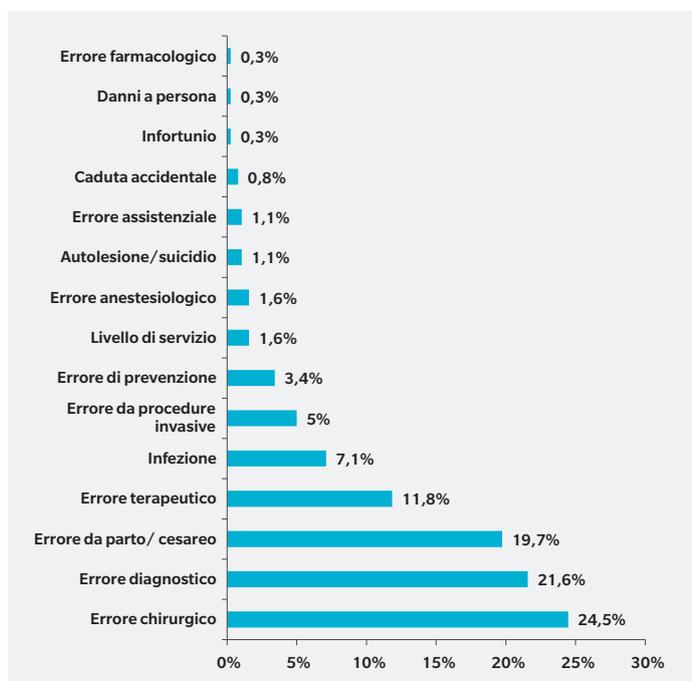
Figura 50. Distribuzione percentuale dello stato della pratica per i top claims.



Analogamente alla distribuzione generale, il numero dei top claims chiusi è maggiore rispetto a quelli aperti (55% vs. 40%, con una quota del 5% di sinistri parzialmente liquidati) (Figura 50).

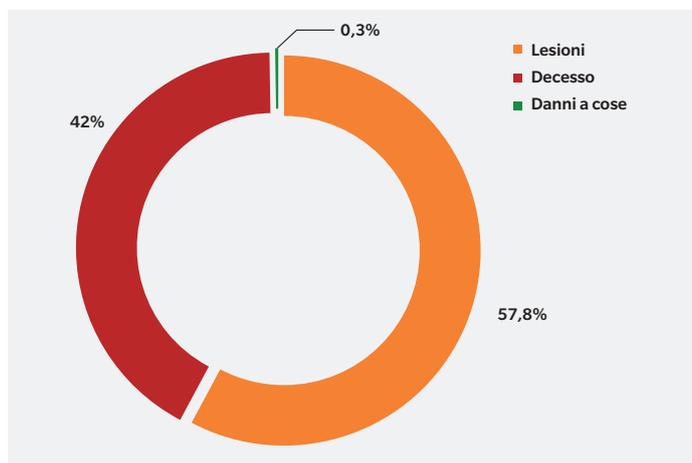
La percentuale di sinistri chiusi è inferiore rispetto a quanto rilevato per il campione generale, pertanto si può supporre che le pratiche per sinistri di importo elevato si chiudano in un tempo maggiore.

Figura 51. Tipologia di evento denunciato - top claims.



La Figura 51 stratifica i top claims per tipo di evento denunciato, rilevando soprattutto errori di tipo chirurgico (24,5%) e diagnostico (21,6%); gli errori da parto sono al 19,7%.

Figura 52. Distribuzione percentuale dei top claims per tipo di danno.



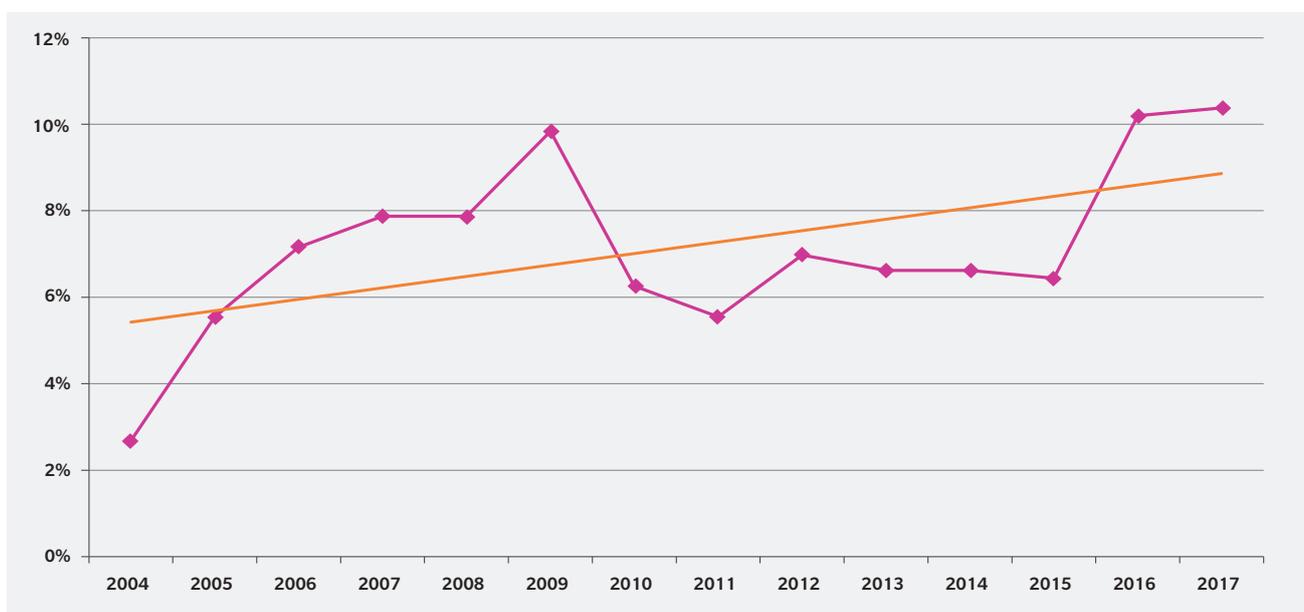
Il danneggiato è un paziente nell'85% dei casi, e la percentuale di procedimenti giudiziari (civili o penali) supera il 50%, rivelandosi più elevata rispetto al campione generale.

L'incidenza del decesso (Figura 52) è molto alta (42%), mentre le Unità Operative più soggette a questi sinistri di importo elevato sono Ostetricia e Ginecologia, Chirurgia Generale e Neurochirurgia.

APPROFONDIMENTO INFEZIONI NOSOCOMIALI

Per effettuare le seguenti analisi sono state selezionate dal campione generale solo le denunce in cui fosse lamentata l'insorgenza di un'infezione. È stato inoltre effettuato un secondo approfondimento sui dettagli dell'evento relativamente ai sinistri per i quali fosse disponibile una descrizione accurata.

Figura 53. Andamento dei sinistri da infezione per anno di denuncia e linea di tendenza.



Per quanto riguarda tutti i sinistri collegati ad infezioni nosocomiali, dal 2004 al 2017 si rileva un andamento in crescita (Figura 53), con un picco in corrispondenza dell'anno 2009 e un incremento rilevante anche negli ultimi 2 anni presi in considerazione. Nel periodo complessivo l'aumento medio annuo dei sinistri derivanti da infezione è del +7,1%. L'andamento per anno di evento mostra due picchi nel 2006 e nel 2010; anche nel 2015 si rilevano diverse denunce, mentre negli ultimi anni l'andamento evidenzia una quota di eventi avvenuti ma non ancora denunciati (Figura 54).

Figura 54. Andamento dei sinistri da infezione per anno di evento.

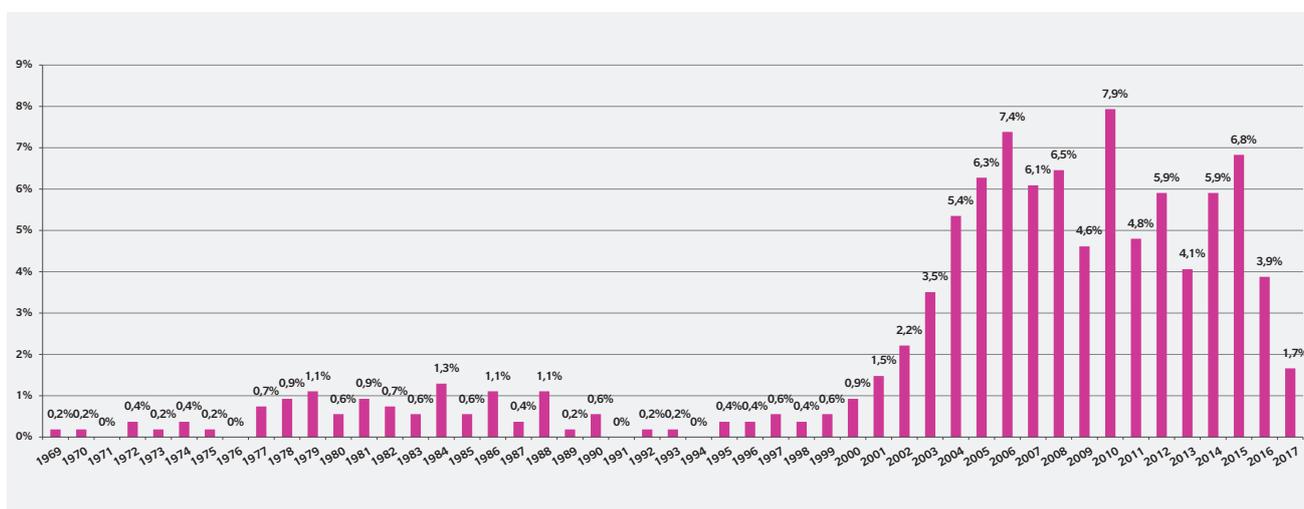
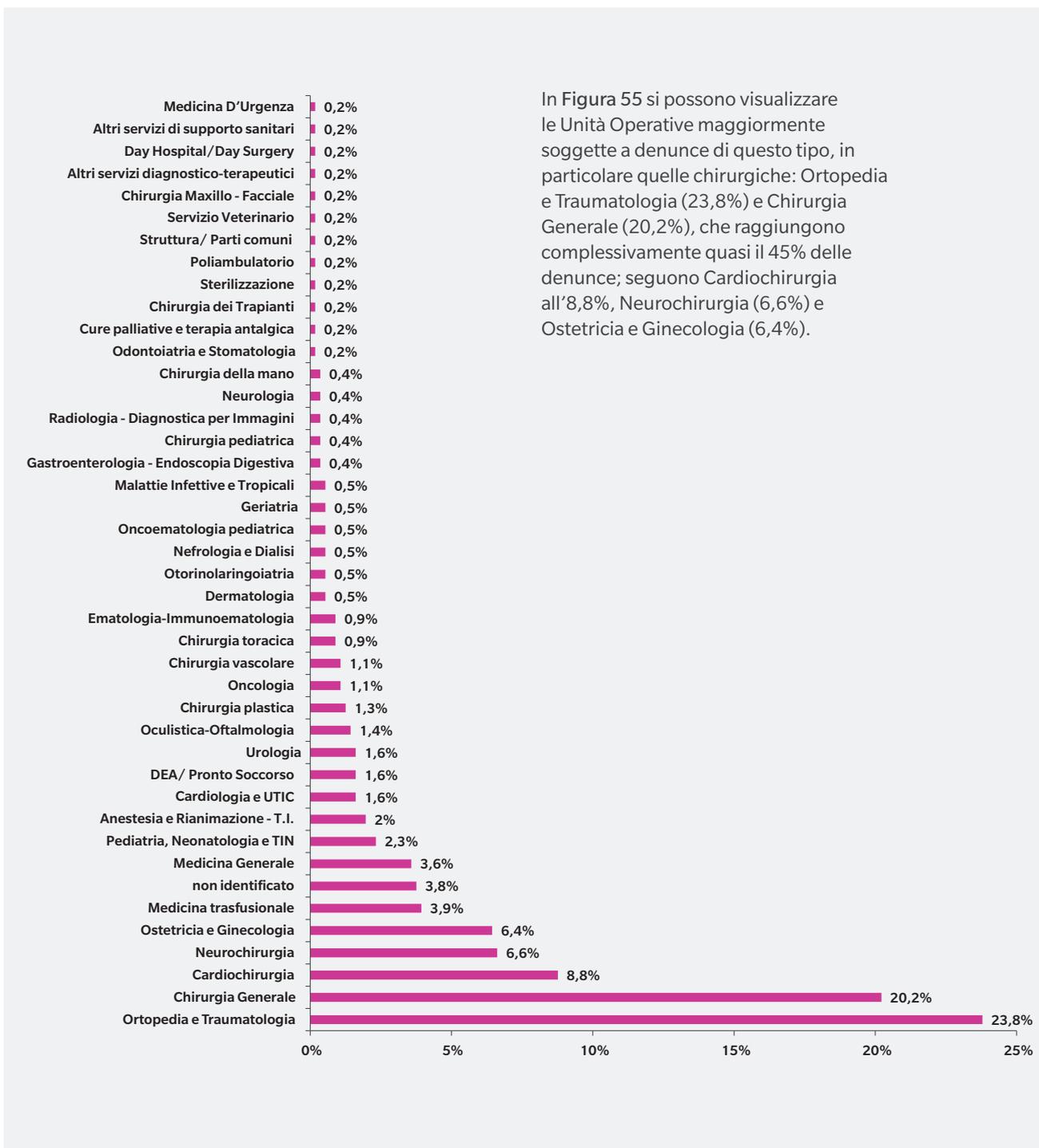
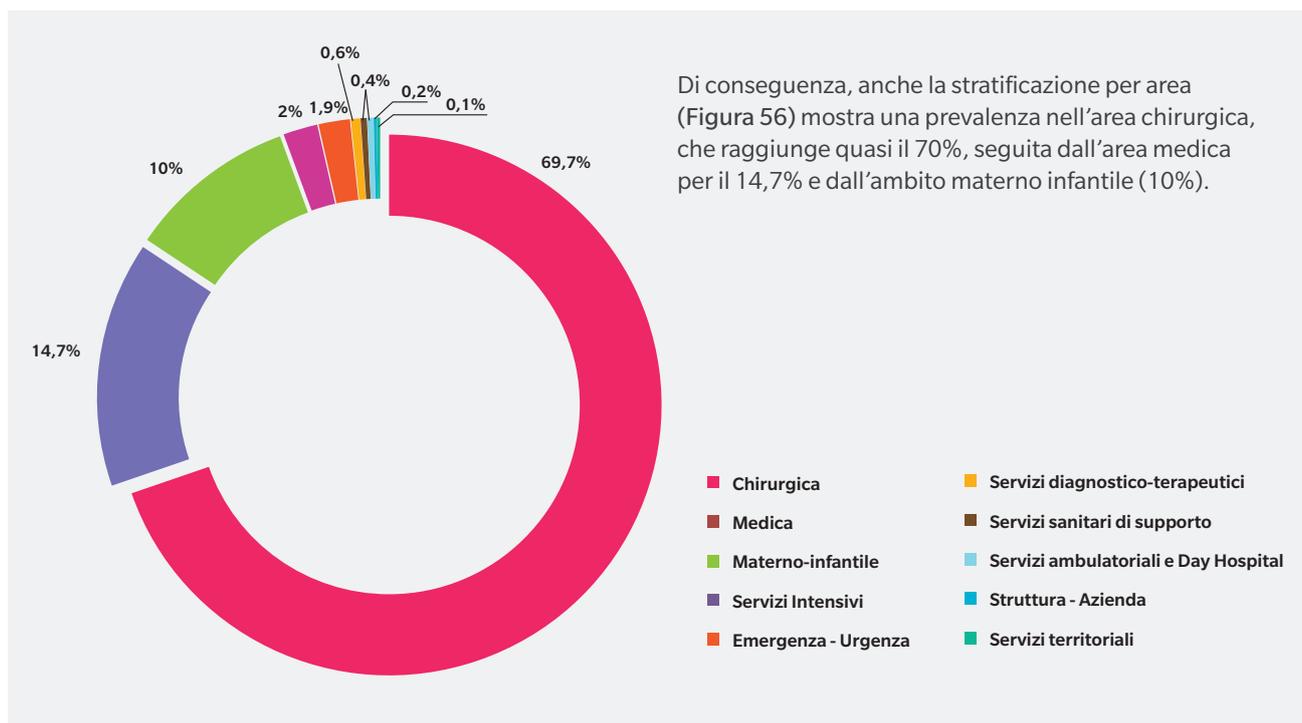


Figura 55. Distribuzione percentuale dei sinistri da infezione per Unità Operativa.



In Figura 55 si possono visualizzare le Unità Operative maggiormente soggette a denunce di questo tipo, in particolare quelle chirurgiche: Ortopedia e Traumatologia (23,8%) e Chirurgia Generale (20,2%), che raggiungono complessivamente quasi il 45% delle denunce; seguono Cardiochirurgia all'8,8%, Neurochirurgia (6,6%) e Ostetricia e Ginecologia (6,4%).

Figura 56. Distribuzione percentuale dei sinistri da infezione per area.



Come già rappresentato in Figura 21, la velocità di apertura dei sinistri da infezione risulta piuttosto lenta: entro i 6 mesi viene denunciato solo il 15% circa degli eventi ed entro i 4 anni il 70%.

L'analisi economica (Tabella 12) mostra un costo totale superiore ai 66 milioni di euro, con il 51% di importi liquidati e il 49% di riservato. Il costo medio (€ 118.540) è significativamente maggiore rispetto al costo medio di tutti i sinistri (cfr. paragrafo 4.1), che si attesta sui € 93.000 circa. Anche i costi medi del liquidato, rivalutato così come spiegato nel capitolo relativo all'analisi economica (€ 96.896), e riservato (€ 148.136) risultano maggiori rispetto a quelli dei sinistri totali. Analizzando il valore medio del costo delle infezioni nel tempo si evince una crescita pari al 31%, rispetto al 3,4% di incremento del costo medio generale dei sinistri.

Esaminando invece i soli sinistri per cui era disponibile una descrizione accurata dell'evento, è stato possibile l'approfondimento di ulteriori aspetti.

Tabella 12. Costo dei sinistri da infezione comparati a tutti i sinistri.

	COSTO SINISTRI DA INFEZIONE
COSTO TOTALE	€ 66.263.959
LIQUIDATO (rivalutato)	€ 33.525.891
RISERVATO	€ 32.738.069
COSTO MEDIO	€ 118.540
LIQUIDATO MEDIO	€ 96.896
RISERVATO MEDIO	€ 148.136

INDICATORI DI RISCHIO

Nel corso degli anni è stato sviluppato un sistema di indicatori per esprimere il benchmark tra le strutture, rapportando frequenze e costi dei sinistri a dati di attività e di volume.

Gli indicatori rapportati ai seguenti dati:

- **VOLUME TOTALE DEL PERSONALE;**
- **NUMERO DI MEDICI;**
- **NUMERO DI INFERMIERI;**
- **VOLUME DEI RICOVERI;**
- **ATTIVITÀ IN UNITÀ OPERATIVE SPECIFICHE (ES. RICOVERI IN CHIRURGIA GENERALE, NUMERO DI NUOVI NATI IN OSTETRICIA).**

L'indicatore di frequenza è calcolato come media dei diversi anni di denuncia, utilizzando al numeratore il numero medio di sinistri e al denominatore ogni variabile per 100 (1.000 nel caso dei ricoveri – o ricoveri ponderati sull'ICM – o 10.000 nel caso di nuovi nati). L'indicatore di costo pro capite è calcolato analogamente come media dei diversi anni di denuncia in base al costo totale dei sinistri su ogni variabile analizzata.

Questo indicatore consente in prima approssimazione di stimare il costo atteso dei sinistri di una struttura data la sua dimensione di attività, moltiplicando il costo pro capite per il valore della propria variabile di attività. Ad esempio, una struttura di primo livello da 20.000 ricoveri annui avrà

approssimativamente un costo complessivo dei sinistri di circa € 2.000.000.

In particolare, l'indicatore basato sui ricoveri è stato calcolato sul numero generale degli stessi e ponderato in base all'ICM (Indice di Case Mix). Da Glossario del Ministero della Salute, l'Indice di Case-Mix "consente di confrontare la diversa complessità della casistica trattata, ed è calcolato come rapporto fra il peso medio del ricovero di un dato erogatore ed il peso medio del ricovero nella casistica standard (nazionale). In questo caso, valori superiori all'unità indicano una casistica di complessità più elevata rispetto allo standard, mentre valori inferiori all'unità rappresentano una complessità minore."

L'indicatore ponderato sull'ICM dunque può essere utilizzato come benchmark di strutture di diversa complessità, risultando generalmente più rischioso nelle strutture che erogano prestazioni più complesse.

Non sono stati utilizzati indicatori basati sul numero di posti letto perché con l'aumento dell'efficienza del SSN negli ultimi anni si è ridotto il tempo di utilizzo dei posti letto.

Di seguito gli indicatori di frequenza e costo pro capite calcolati sul totale del campione 2004-2017:

Tabella 13. Indicatori di frequenza.

INDICATORI DI FREQUENZA		INDICATORI DI COSTO PRO CAPITALE	
1,0	per 100 dipendenti	€ 948	per dipendente
6,3	per 100 medici	€ 5.931	per medico
2,5	per 100 infermieri	€ 2.336	per infermiere
1,3	per 1000 ricoveri	€ 121	per ricovero
1,2	per 1000 ricoveri, ponderati sull'ICM	€ 115	per ricovero ponderato sull'ICM

Nota metodologica

È bene precisare che i dati sopra indicati e quelli che seguiranno poi non sono finalizzati ad individuare il costo del rischio clinico ascrivibile a ciascuna categoria sopra indicata, ma a identificare, in relazione alla consistenza di ciascuna categoria sopra indicata presente nella struttura, quale potrebbe essere il costo totale del rischio di questa determinata struttura qualora se ne conosca la composizione (questo potrebbe non valere per ospedali monospécialistici).

A seconda della tipologia e della specializzazione dei servizi erogati si è potuto stratificare il campione per tipologia di struttura.

Ai fini della nostra analisi sono stati presi in considerazione:

- presidi di primo livello;
- aziende ospedaliere di secondo livello;
- aziende ospedaliere universitarie;
- ospedali specializzati.

Poiché il campione di ospedali specializzati risulta particolarmente ristretto, sono stati considerati gli indicatori di rischio per tipologia di struttura relativamente al primo livello, al secondo livello e alle aziende universitarie.

Nella sezione seguente vengono presentati gli indicatori di frequenza e di costo pro capite per le principali tipologie di strutture sanitarie.

PRIMO LIVELLO

Tabella 15. Frequenza – strutture di primo livello.

FREQUENZA	
0,8	per 100 dipendenti
5,4	per 100 medici
2,1	per 100 infermieri
1,2	per 1000 ricoveri
1,3	per 1000 ricoveri, ponderati sull'ICM

Tabella 16 Costo pro capite – strutture di primo livello.

COSTO PRO-CAPITE	
€ 689	per dipendente
€ 4.479	per medico
€ 1.743	per infermiere
€ 103	per ricovero
€ 109	per ricovero ponderato sull'ICM

SECONDO LIVELLO

Tabella 17. Frequenza – strutture di secondo livello.

FREQUENZA	
1,3	per 100 dipendenti
7,2	per 100 medici
2,9	per 100 infermieri
1,3	per 1000 ricoveri
1,1	per 1000 ricoveri, ponderati sull'ICM

Tabella 18. Costo pro capite – strutture di secondo livello.

COSTO PRO-CAPITE	
€ 1.256	per dipendente
€ 7.196	per medico
€ 2.954	per infermiere
€ 129	per ricovero
€ 115	per ricovero ponderato sull'ICM

UNIVERSITARIO

Tabella 19. Frequenza – strutture universitarie.

FREQUENZA	
1,0	per 100 dipendenti
6,6	per 100 medici
2,5	per 100 infermieri
1,3	per 1000 ricoveri
1,2	per 1000 ricoveri, ponderati sull'ICM

Tabella 20. Costo pro capite – strutture universitarie.

COSTO PRO-CAPITE	
€ 1.023	per dipendente
€ 6.655	per medico
€ 2.482	per infermiere
€ 134	per ricovero
€ 125	per ricovero ponderato sull'ICM

Addendum SANITÀ PRIVATA



CAMPIONE

Come per lo scorso anno, in questa edizione del report è stata prevista un'analisi dedicata al settore sanitario privato. Per rendere omogeneo il campione sono state escluse le realtà che operano esclusivamente come residenze sanitarie assistenziali, strutture di riabilitazione o dedicate alla salute mentale, andando dunque ad analizzare i sinistri di **19 strutture** distribuite sul territorio italiano. Nella tabella sottostante sono stati considerati afferenti alla stessa entità 4 centri facenti parte di un medesimo gruppo.

La maggior parte delle strutture comprese nel campione ha un fatturato fra i 6 e i 15 milioni di euro e un numero di posti letto compreso fra 50 e 150. Nelle tabelle si riporta il dettaglio del campione.

Tabella 1. Fatturato e Posti Letto.

FATTURATO ANNUO	N° STRUTTURE	N° POSTI LETTO	N° STRUTTURE
Compreso fra €3Mln e €6Mln	4	inferiore a 50	3
Compreso fra €6 Mln e €15 Mln	6	fra 50 e 100	8
Compreso fra €15 Mln e €30 Mln	4	fra 100 e 150	3
Compreso fra €30 Mln e €50 Mln	1	fra 200 e 250	1
Superiore a €100 Mln	1	Superiori a 400	1

Il campione analizzato consta di 2.200 posti letto distribuiti nelle seguenti aree:

- chirurgica
- emergenza - urgenza
- materno-infantile
- medica
- non identificata
- servizi diagnostico-terapeutici
- servizi intensivi
- struttura - azienda

Rispetto al settore pubblico non è presente l'area dei servizi territoriali, tipica di questo ambito.

Vengono considerati i sinistri con anno di denuncia compreso fra il 2004 e il 2017; tuttavia, il campione acquisisce rilevanza come numero di strutture dal 2011 in poi. Il numero complessivo di sinistri è di 1.017.

Per rendere paragonabili i dati relativi al settore pubblico con quelli relativi al settore privato è stata effettuata una selezione dei dati con l'obiettivo di ottenere un quadro ristretto all'ambito di medical malpractice; sono dunque stati esclusi i sinistri ad alta frequenza/basso impatto (sinistri dal valore inferiore a € 500, danni a cose, errori amministrativi, furti/smarrimenti). Inoltre sono stati individuati ed eliminati gli outlier: nelle annualità iniziali o finali di raccolta delle informazioni da parte della struttura si registrano tipicamente dati parziali che risultano disomogenei rispetto alle restanti annualità. Il database selezionato con questo metodo è costituito quindi da un numero di sinistri da sottoporre ad analisi pari a 700.

Nella raccolta dei dati l'indagine è stata circoscritta ai sinistri provenienti da compagnie assicurative e/o direttamente dalle aziende in autoassicurazione o con elevati livelli di autoritenzione, con aggiornamento delle statistiche al 2018 (mediante aggiornamento dell'importo

e modifica o conferma dello status); in questo modo sono stati considerati i sinistri con valori, date, descrizioni accurate al momento della pubblicazione del report. Inoltre, analogamente a quanto fatto per l'analisi sul pubblico, è stata operata una rivalutazione dell'importo del liquidato secondo i medesimi criteri.

La definizione di sinistro considerata comprende ogni richiesta di risarcimento danni e/o avvio di procedimento giudiziario sia civile che penale segnalato alla compagnia di assicurazione o gestito dalle aziende, con riferimento alla Responsabilità civile verso terzi/prestatori d'opera. Ogni richiesta di risarcimento danni riferita alla Responsabilità civile verso terzi/prestatori d'opera (RCT/O) è stata classificata nelle seguenti classi di rischio:

- RISCHIO CLINICO
- RISCHIO PROFESSIONALE
- RISCHIO STRUTTURALE
- DANNEGGIAMENTO ACCIDENTALE

Le strutture considerate sono ubicate nelle seguenti Regioni: Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia.

I settori pubblico e privato mostrano rilevanti differenze organizzative/strutturali, che sono state prese in considerazione per poter comparare i dati nel modo più appropriato. Infatti nel privato i medici operano principalmente in regime libero professionale, a differenza del pubblico dove la maggior parte dei medici sono dipendenti, pertanto nel privato il rischio in capo alla struttura privata prima dell'approvazione della Legge Gelli era minore rispetto al settore pubblico.

Le caratteristiche di volume e attività della sanità privata vs quella pubblica sono quelle mostrate nella tabella 2.

Tabella 2. Dati e volumi di attività totali del campione considerato.

	SANITÀ PRIVATA	SANITÀ PUBBLICA	DIMENSIONE DEL DB PRIVATO RISPETTO AL PUBBLICO
N° sinistri selezionati	700	11.070	6%
Posti letto totali	2.200	40.498	5%

Data la disomogeneità delle tipologie di attività che caratterizzano le strutture private, non si considera rappresentativa un'analisi di dettaglio come quella effettuata per il settore pubblico.

Si riportano qui di seguito le principali evidenze.

ANALISI DELLE FREQUENZE E ANALISI ECONOMICA

Nella seguente tabella sono riportati dimensione e costo dei sinistri per struttura, in particolare nel periodo 2011-2017 che si rivela più omogeneo in termini di numero di strutture e dimensione di rischio.

Tabella 3. Numero e costo medio dei sinistri per struttura.

	SANITÀ PRIVATA	SANITÀ PUBBLICA	RAPPORTO
N. sinistri per struttura 2011-2017 (media annua)	7	38	18%
Costo medio per struttura 2011-2017	€ 497.066	€ 3.534.041	14%

Per le motivazioni sopra espresse, e considerate anche le dimensioni medie più contenute delle strutture private rispetto a quelle pubbliche, la sinistrosità nel settore privato risulta essere inferiore rispetto al pubblico.

ANALISI DEL LIQUIDATO E DEL RISERVATO

TABELLA 4. Percentuale relativa allo stato della pratica.

STATO DELLA PRATICA	PRIVATO	PUBBLICO
Aperto	70,3%	38,1%
Chiuso	28,9%	61,5%
Parz. liquidato	0,9%	0,4%

Il costo complessivo dei sinistri nel database privato è pari a circa il 5% di quello del pubblico, con un costo medio del 21% inferiore (€ 74.000 contro € 93.000). Inoltre, analizzando la scomposizione fra riservato e liquidato, si osserva che nel campione privato il liquidato incide per il 30% sul costo totale, mentre sul pubblico il valore del liquidato incide per il 63%.

Nota tecnica

Il costo della medical malpractice presentato si riferisce esclusivamente ai risarcimenti a carico della struttura privata e non include i risarcimenti indennizzati direttamente dalle coperture assicurative di responsabilità civile professionale private del libero professionista.

Come già evidenziato lo scorso anno, la tabella sottostante che riporta i costi comparati del settore pubblico e del settore privato indica una differenza rilevante soprattutto nella modalità di riservazione: infatti, mentre la differenza tra gli importi medi liquidati è relativamente ridotta (€ 73.000 nel privato contro € 78.000 nel pubblico, pari al 6% circa), risulta più marcata la discrepanza negli importi riservati (€ 72.805 contro € 132.031, pari al 45%), con un costo medio inferiore del 21% rispetto al pubblico (€ 93.000 contro € 74.000).

Tabella 5. Costo dei sinistri considerati.

	COSTO TOTALE	
	PUBBLICO	PRIVATO
COSTO MEDIO	93.202 €	73.612 €
COSTO MEDIO liquidato	78.071 €	73.416 €
COSTO MEDIO riservato	132.032 €	72.805 €
COSTO TOTALE	1.031.744.625 €	51.528.144 €
TOP CLAIM liquidato	4.532.258 €	1.478.551 €

Nota tecnica

La differenza tra l'importo riservato medio del settore pubblico e il riservato medio del privato potrebbe essere spiegata dal fatto che, fino al 2017, le aziende private riservavano considerando solo gli importi (minimi) imputabili direttamente alla struttura (ad esempio danni strutturali, infezioni nosocomiali) e non all'operato dei sanitari che nella maggior parte dei casi sono in regime di libera professione.

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.

