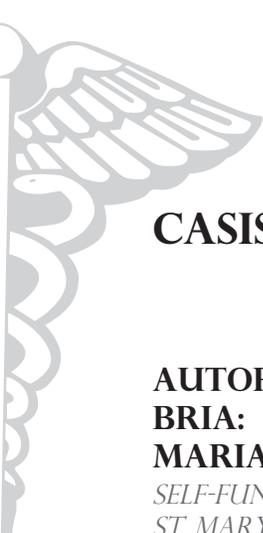


Lisa Franceschetto - Sara Gioia - Massimo Lancia
Fabio Suadoni - Luigi Carlini

**AUTORITENZIONE DEL RISCHIO
PROFESSIONALE IN UMBRIA:
ESPERIENZA DELL'AZIENDA
OSPEDALIERA
"SANTAMARIA" DI TERNI.
STUDIO DI 310 CASI**

Estratto



CASISTICA E RICERCA SPERIMENTALE

AUTORITENZIONE DEL RISCHIO PROFESSIONALE IN UMBRIA: ESPERIENZA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA MARIA" DI TERNI. STUDIO DI 310 CASI

SELF-FUNDED INSURANCE RISK MANAGEMENT IN UMBRIA: EXPERIENCE OF THE ST. MARY'S HOSPITAL IN TERNI. STUDY ON 310 CASES

Lisa Franceschetto*, **Sara Gioia****, **Massimo Lancia***, **Fabio Suadoni****, **Luigi Carlini***

RIASSUNTO

Negli anni recenti si è assistito ad un considerevole incremento delle richieste di risarcimento per med-mal. Questo incremento ha causato un aumento dei premi assicurativi, fino a divenire insostenibili da parte del SSN. In seguito a questa situazione le Regioni hanno adottato metodi assicurativi alternativi in ambito sanitario, come ad esempio il sistema di autoritenzione. Il presente studio si è posto come obiettivo l'analisi delle richieste di risarcimento per med-mal pervenute all'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni dal 27 ottobre 2013 (data di entrata in vigore del sistema autoritativo in Umbria) al 31 dicembre 2018, al fine di studiare l'andamento del contenzioso, i reparti più sinistrosi, il tipo di errore più frequente, i tempi e i costi del sistema autoritativo. Ne sono emersi numerosi ed interessanti risultati.

ABSTRACT

The recent considerable growth in claims for med-mal compensations caused a sharp increase in insurance premiums, such as to no longer be sustainable by the NHS, forcing certain Italian regions to adopt alternative insurance methods, such as the self-funded insurance system. The target of the present study is to analyze all the compensation claims received by the St. Mary's Hospital of Terni from the 10-27-2013 (starting date of the self-funded insurance system in Umbria) to the 12-31-2018, in order to learn about the litigation's trend, the most risky departments, the most frequent type of error, times and costs of the system. This study has demonstrated that this system enables a significant and immediate saving and a more close monitoring of the med-mal litiga-

* Sezione di Medicina Legale, Scienze Forensi e Medicina dello Sport, Università degli studi di Perugia.

** Medicina Legale Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni.

tions of the Hospital; however this is a frail system, since it is not possible to provide the future trend of the liquidations.

Key words: Malpractice, sistema di autoritenzione del Rischio professionale sanitario, richieste di risarcimento

SOMMARIO:

1. Introduzione; 2. Il sistema di Autoritenzione Professionale in Umbria; 3. Studio sperimentale; 3.1. Obiettivo; 3.2. Materiali e metodi; 3.3. Risultati; 3.4. Discussione dei risultati; 4. Conclusioni.

1. Introduzione.

Nell'ultimo ventennio si è registrato un boom di richieste di risarcimento per medical da parte dei cittadini alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere nazionali, che ha causato una crescita vertiginosa dei premi assicurativi, fino a divenire insostenibili per il SSN. [1-2] Ciò ha reso necessario lo sviluppo di sistemi assicurativi alternativi alla classica stipula di polizze di mercato; ne è un esempio il Sistema di Autoritenzione del Rischio Professionale Sanitario, il quale trae ispirazione dal sistema della "Captive Insurance" adottata dalle grandi compagnie petrolifere americane. [3] In questo sistema, ad inizio anno ogni componente versa un certo capitale in un fondo apposito atto a risarcire autonomamente eventuali richieste di risarcimento, bypassando l'intervento di compagnie assicurative terze. [4] Tale soluzione alternativa è permessa anche dalla più recente legge sulla responsabilità professionale sanitaria (Legge 24/2017 "Gelli-Bianco") che va a porre un "obbligo assicurativo" a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, senza tuttavia obbligarle a contrarre tali contratti con imprese assicurative terze. Proprio a causa di detta asimmetria, l'obbligo di copertura assicurativa della struttura può essere surrogato dall'adozione, da parte della stessa struttura, di "altre analoghe misure". [5-6].

2. Il sistema di Autoritenzione Professionale in Umbria.

Con la delibera della giunta regionale n. 1775 del 27/12/2012 con oggetto: "Studio di fattibilità per la gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie regionali. Provvedimenti." la Regione Umbria gettò le basi di quello che sarebbe diventato, circa un anno più tardi, il Sistema di

Autoritenzione del Rischio Professionale delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione. [7]

La necessità di tale cambiamento era stata messa in evidenza da uno studio effettuato nel periodo 2006-2010, nel quale era stata calcolata la spesa sostenuta dalle Aziende Ospedaliere regionali per il pagamento del premio e della regolazione premio assicurativo, che ammontava ad euro 52.363.516,38, oltre ad un accantonamento per franchigia – rientrante comunque nel bilancio di ogni Azienda – pari ad euro 27.275.513,76 per un totale complessivo di euro 79.639.030,13 a fronte della liquidazione di sinistri da parte della compagnia assicurativa pari ad euro 22.917.309,77.

Con la delibera n. 438 del 13/05/2013 recante oggetto: “Fondo di Autoritenzione Regionale per il risarcimento danni da responsabilità sanitaria in ambito Sovraziendale – Atto di indirizzo su modalità di erogazione e rendicontazione” veniva approvata dalla Regione Umbria la costituzione di un fondo di Autoritenzione del Rischio Professionale Sanitario che prevedeva lo stanziamento di 5 milioni di euro per l’anno 2013 e di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015 da imputare sulle risorse relative al Fondo sanitario regionale iscritte nel bilancio di previsione 2013-2015 nella unità revisionale di base 12.1.005 denominata “Finanziamento dei livelli di assistenza sanitaria”. [8] Tale sistema autoritativo regionale è entrato in vigore a tutti gli effetti a partire dal 27/10/2013 con denominazione: “Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali”, coinvolgendo tutte le Aziende Ospedaliere e Sanitarie della regione Umbria (A.OSP. Perugia, A.OSP. Terni, AUSL Umbria 1, AUSL Umbria 2). Ad ogni modo, la Regione Umbria ha deciso di non dotarsi di un sistema autoritativo puro, bensì misto. Di conseguenza i sinistri, nel pervenire all’Azienda, vengono suddivisi in tre fasce di potenziale monetizzazione:

- 1° Fascia per i sinistri da 0 a 70.000 euro, della cui gestione si occupa il CO.GE.SI (Comitato Gestione Sinistri) Aziendale (A.OSP. Perugia, A.OSP. Terni, AUSL 1, AUSL2) con l’eventuale liquidazione del sinistro ricadente all’interno del bilancio aziendale;
- 2° Fascia per i sinistri da 70.000,01 a 800.000 per gli anni 2013-2014-2015; da 70.000,01 a 700.000 per gli anni 2016-2017-2018 della cui gestione si occupa un CO.GE.SI Sovraziendale (Regionale), con l’eventuale liquidazione del sinistro ricadente all’interno del fondo regionale appositamente costituito;
- 3° Fascia per i sinistri da 800.000,01 in poi per gli anni 2013-2014-2015 e da 700.000,01 in poi per gli anni 2016-2017-2018, i quali vengono gestiti ed eventualmente liquidati dalla Compagnia Assicuratrice, con franchigia posta al valore limite tra la seconda e la terza fascia (la franchigia andrà a ricadere all’interno del fondo regionale per i sinistri di seconda fascia).

I Co.Ge.Si elaborano pareri sui casi a conclusione di analisi medico-legali effettuate nell’ambito della responsabilità sanitaria di natura civilistica, non esprimendosi su even-

tuali ulteriori profili di responsabilità di tipo amministrativo-contabile, prerogativa assoluta della sezione territoriale della Corte dei Conti.

3. Studio sperimentale.

3.1. Obiettivo.

L'obiettivo del presente studio volge all'analisi della sinistrosità dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni nel periodo dal 27 ottobre 2013 (data di entrata in vigore del Sistema di Autoritenzione del Rischio Professionale in Umbria) al 31 dicembre 2018, al fine di osservare l'andamento del contenzioso, i reparti più a rischio, la tipologia di errore più frequente ed i tempi e costi del Sistema di Autoritenzione del Rischio Sanitario.

3.2. Materiali e metodi.

Al fine di studiare la sinistrosità dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni, sono state analizzate (da S.G e L.F.), presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Azienda, tutte le richieste di risarcimento pervenute all'Azienda dal 27 ottobre 2013 (epoca di entrata in vigore del sistema di autoritenzione del rischio sanitario) al 31 dicembre 2018.

Per procedere a tale scopo è stata analizzata la seguente documentazione:

- documenti prodotti dal paziente richiedente la richiesta di risarcimento: richieste di risarcimento dei legali dei pazienti, eventuali relazioni medico-legali di controparte, eventuale documentazione sanitaria rilasciata da altre strutture sanitarie, pubbliche e/o private;
- documenti dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni: l'intera documentazione sanitaria in possesso dell'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni (costituita in primis dalle cartelle cliniche), le relazioni clinico-circostanziali redatte dai dirigenti sanitari delle strutture coinvolte nella richiesta di risarcimento, nonché i pareri specialistici redatti dai dirigenti medico-legali interni all'azienda ospedaliera;
- atti giudiziari civili e penali: eventuali atti giudiziari quali ricorsi, citazioni, denunce-querelle e le consulenze tecniche medico-legali terze (in primis relazioni di autopsie giudiziarie) redatte su incarico della Magistratura Giudicante e/o di Quella Inquirente (Procura della Repubblica);
- ogni altro atto presente, ritenuto utile (in primis testimonianze e/o relazioni tecniche su luoghi e/o apparecchiature).

Ogni singolo sinistro è stato poi analizzato nel suo iter percorso in sede amministrativa, analizzando se questo si fosse già concluso, con liquidazione o rigetto, oppure se

risultasse essere ancora aperto (in itinere). La raccolta dei dati ha avuto inizio il 1 ottobre 2018.

Trattandosi di sinistri, alcuni dei quali ancora in divenire nell'intertempo di raccolta dei dati, era stato ab initio programmato di terminare la raccolta dati il giorno 30 aprile 2019, al fine di poter procedere ad una analisi statistica in un intervallo di tempo definito e circoscritto. La predetta previsione è stata rispettata.

Per procedere alla raccolta dati, è stato creato un database nel quale sono stati riportati i seguenti parametri:

- fascia di monetizzazione del sinistro;
- anno di richiesta di risarcimento;
- anno di accadimento dell'asserita malpractice;
- stato di avanzamento pratica;
- sesso del paziente;
- età del paziente;
- reparto di accadimento dell'asserita malpractice;
- tipo di errore;
- presenza in cartella di modulo di consenso informato correttamente siglato dal paziente e dal medico incaricato dell'informazione;
- liquidazione o meno del sinistro;
- quantum liquidato.

Alla chiusura del database, che come sopra affermato avveniva in data 30 aprile 2019, è seguita l'analisi statistica dei dati raccolti e l'elaborazione dei risultati ottenuti.

L'analisi è stata effettuata mediante l'utilizzo del programma di analisi statistica SPSS, permettendo l'estrapolazione di medie, frequenze e deviazioni standard, dopo che il campione era stato omogeneizzato mediante codici numerici o codice binario SI/NO.

Per concludere si specifica che, al fine della presente trattazione, sono state prese in considerazione unicamente le richieste di risarcimento giunte all'Azienda Ospedaliera di Terni per medical malpractice, escludendo, ad esempio, le richieste di risarcimento per cadute accidentali all'interno dell'area dell'Azienda Ospedaliera o le richieste di risarcimento per danni subiti dal personale durante lo svolgimento delle proprie mansioni, poiché esulavano dallo scopo ultimo di tale lavoro.

3.3. Risultati.

Lo studio delle richieste di risarcimento pervenute all'Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni nel periodo dal 27 ottobre 2013 al 31 dicembre 2018 ha prodotto un campione di n. 310 casi, di cui 157 posti in prima fascia, 91 in seconda fascia e 62 in terza fascia. (Tabella 1)

La popolazione dei presunti danneggiati è risultata essere di età media 40,18 anni (+- 27,69 DS) e con una lieve prevalenza del sesso maschile (M 51,93%, F 48,07%).

Il campione è stato diviso per anno e per fascia come segue (Grafico 1; Grafico 2):

- 2013: 16 casi totali di cui 6 in 1°, 7 in 2° e 3 in 3° fascia;
- 2014: 57 casi totali di cui 34 in 1°, 17 in 2°, 6 in 3° fascia;
- 2015: 57 casi totali di cui 29 in 1°, 13 in 2° e 15 in 3° fascia;
- 2016: 58 casi totali di cui 35 in 1°, 13 in 2° e 10 in 3° fascia;
- 2017: 53 casi totali di cui 29 in 1°, 16 in 2° e 8 in 3° fascia;
- 2018: 69 casi totali di cui 24 in 1°, 25 in 2° e 20 in 3° fascia.

Successivamente il campione è stato suddiviso per reparto di provenienza dell'asserita malpractice, al fine di evidenziare quali fossero stati i reparti più sinistrosi dell'Azienda Ospedaliera di Terni nel periodo di studio. Per tale punto era stato possibile utilizzare i dati di soli 286 pazienti in quanto in 24 casi non era stato possibile evincere il reparto a cui l'asserita malpractice era attribuita per mancanza di una documentazione completa.

Come si può evincere dal grafico n. 3, la maggior parte della sinistrosità dell'Azienda si concentra nei reparti di Ortopedia (N=35 - 12%) e Chirurgia della Mano (N=35 - 12%), seguiti dal Pronto Soccorso (N=31 - 11%), dalla Neurochirurgia (N=27 - 9%), dalla Chirurgia Digestiva (N=24 - 8%) e dalla Ginecologia ed Ostetricia (N=22 - 8%), che risultano essere i reparti in assoluto più sinistrosi dell'Azienda Ospedaliera di Terni, a cui seguono reparti che si possono definire "a media sinistrosità" come la Cardiochirurgia (N=13 - 5%), l'Urologia (N=13 - 5%) e l'Oculistica (N=8 - 3%). Sotto la voce "Altro" sono stati invece raggruppati un gran numero di reparti a "bassa sinistrosità", ovvero: Anatomia Patologica, Cardiologia, Chirurgia Generale, Chirurgia Maxillo-Facciale, Chirurgia Plastica, Chirurgia Testa-Collo, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Endocrinologica, Chirurgia Testa-Collo, Clinica Medica, Dermatologia, Endocrinologia, Endoscopia Gastroenterologica, Epatologia E Gastroenterologia, Geriatria, Laboratorio Analisi, Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina D'urgenza, Medicina Generale, Medicina Interna, Neonatologia, Neurologia, Neuroradiologia, Odontoiatria, Onco-ematologia, Oncologia, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Radiologia, Radioterapia, Rianimazione e Terapia Intensiva.

Successivamente è stata presa in considerazione la tipologia di errore che ha portato i pazienti ad avanzare una richiesta di risarcimento per i presunti danni subiti, divisa in: errore chirurgico (sia di indicazione che di procedura); errore medico (inteso come errore di trattamento terapeutico); errore diagnostico (errata o mancata diagnosi sia clinica che strumentale che di laboratorio); infezione correlata all'assistenza (ICA) ed infezione del sito chirurgico (ICS) ed un ulteriore sottogruppo, alla voce "altro", comprendente una grande varietà di errori meno frequenti, come ad esempio l'errore anestesiológico, la perdita di un campione biologico, la violazione della privacy, eccetera. Per questo tipo di analisi è stato possibile utilizzare un campione di soli 278 casi, in quanto

nei restanti 32 (tot. 310) non è stato possibile evincere la tipologia di errore per mancanza di una documentazione adeguata. L'analisi di tali dati ha dimostrato una netta prevalenza dell'errore chirurgico, con ben 136 casi (49%), a cui segue l'errore diagnostico, con 61 casi (22%), l'errore medico con 34 casi (12%), l'infezione correlata all'assistenza o del sito chirurgico con 30 casi (11%) ed infine, alla voce "Altro", ulteriori 17 casi (6%). (Grafico 4)

Per quanto riguarda la presenza in cartella del modulo di consenso informato correttamente firmato dal paziente e dal medico incaricato dell'informazione, si riporta che in 4 casi questo è risultato essere stato firmato dal paziente, ma non adeguatamente compilato in tutti i suoi campi; in 1 caso, nonostante il consenso fosse correttamente compilato, il paziente ha lamentato un'incompleta informazione circa tutte le possibili complicanze a cui poteva andare incontro sottoponendosi all'intervento, mentre in 1 caso risulta che il paziente sia stato sottoposto ad un intervento in assenza del consenso informato di quest'ultimo.

Per quanto concerne il lato amministrativo, si è proceduto all'analisi del rapporto tra sinistri totali e definiti per anno (vedi Grafico 5):

- 2013: 16 sinistri totali di cui 10 definiti;
- 2014: 57 sinistri totali di cui 42 definiti;
- 2015: 57 sinistri totali di cui 38 definiti;
- 2016: 58 sinistri totali di cui 32 definiti;
- 2017: 53 sinistri totali di cui 20 definiti;
- 2018: 69 sinistri totali di cui 9 definiti.

Successivamente si è studiato il tempo medio intercorso tra il momento dell'asserita malpractice e l'arrivo della richiesta di risarcimento presso l'Azienda Ospedaliera di Terni. I dati hanno dimostrato che, in media, la richiesta di risarcimento all'Azienda perviene 28 mesi (+/- 2,65 DS) dopo l'accadimento del fatto.

Per studiare l'efficienza del sistema di gestione dei sinistri, si è calcolato quanto tempo si rende necessario, in media, per la definizione un sinistro (sia esso con liquidazione o con rigetto dell'istanza). Per lo studio di tale dato ci si è riferiti unicamente a quei sinistri che, nel momento in cui la raccolta dati è stata terminata (30 aprile 2019) erano già stati definiti, per un totale di 151 casi definiti su 310 (48,7%).

I dati ottenuti hanno dimostrato che il tempo impiegato per la definizione di un sinistro è di circa 16 mesi. Stratificando tale dato per anno si è calcolato inoltre che, in media, i sinistri di prima fascia vengono definiti in 12 mesi, quelli di secondo in 20 mesi e quelli di terza fascia in 36 mesi; inoltre si è evidenziato come, dei 151 sinistri definiti, 107 risultano essere collocati in prima fascia, 31 in seconda fascia e 13 in terza fascia.

È stata inoltre calcolata la riserva totale dei sinistri oggetto di studio. Ponendo che: per ogni caso posto in prima fascia (n=157) sono stati accantonati 15.500 euro, per un totale di 2.433.500 euro; per ogni caso posto in seconda fascia (n=91) sono stati accantonati

188.000 euro, per un totale di 17.108.000 e che per ogni caso posto in terza fascia (n=62) sono stati accantonati 800.000 euro, per un totale di 49.600.000 euro, è stato possibile calcolare l'ammontare totale della riserva comprendente i 310 casi oggetto di studio, pari a 69.141.500 euro.

Successivamente è stato studiato il rapporto tra sinistri definiti e liquidati. Su 151 casi definiti ne sono stati liquidati 70 (46,3%), con il rigetto dei restanti 81 casi (53,7 %). Inoltre è stato studiato anche il rapporto tra sinistri totali, definiti e liquidati per anno. (vedi grafico 6)

Di questi 70 sinistri liquidati, 51 (73%) sono stati liquidati in prima fascia (fino a 70.000 euro), 15 (21%) in seconda fascia (fino a 800.000 per gli anni 2013-2014-2015 e 700.000 euro per gli anni 2016-2017-2018) e 4 (6%) in terza fascia (oltre gli 800.000 per gli anni 2013-2014-2015 e oltre i 700.000 euro per gli anni 2016-2017-2018). Sono stati liquidati in totale 6.072.500 euro, con una media di 86.750 euro a sinistro. Per la suddivisione del totale liquidato per fascia vedi grafico 7.

Si è inoltre studiato il rapporto tra la richiesta di risarcimento avanzata dal paziente e l'importo liquidato. Non è possibile a tal proposito produrre dati che diano un quadro generale del rapporto tra richiesta e liquidato, in quanto in molti casi il danno non viene quantificato in denaro al momento della richiesta; tuttavia è possibile riportare alcuni esempi che hanno dimostrato un'effettiva buona gestione delle risorse pubbliche: ad esempio un caso del 2013 di seconda fascia è stato liquidato con 125.000 euro a fronte di una richiesta di 200.000 euro; un caso del 2014 con richiesta di 141.943,00 euro è stato liquidato con 11.600 euro; un altro caso del sempre 2014, con richiesta iniziale di 800.000 euro, è stato liquidato con 190.000 euro. Tuttavia si segnala che in caso di sinistro catastrofale, soprattutto se l'apertura del sinistro avviene in seguito al decesso del paziente, si possano verificare casi in cui la liquidazione finale risulti essere superiore all'iniziale richiesta della famiglia, poiché nel corso della definizione del sinistro possono sopraggiungere nuovi eredi che avanzano, a loro volta, pretese sul risarcimento (ad esempio in un caso del 2013 per decesso della paziente in seguito a shock settico post sostituzione valvolare aortica, alla richiesta iniziale di 500.000 euro è conseguita una liquidazione di 800.000 euro).

3.4. Discussione dei risultati.

L'analisi della sinistrosità dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni ha prodotto numerosi ed interessanti risultati, i quali saranno di seguito discussi.

La prima valutazione che può essere fatta riguarda la distribuzione dei sinistri nelle diverse fasce di monetizzazione del danno subito. I sinistri di prima fascia sono quelli di gran lunga più frequenti, rappresentando il 50,6% dei sinistri dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, seguiti dai sinistri collocati in seconda fascia, che rappresentano il

29,4% dei sinistri, ed infine i sinistri di terza fascia, che rappresentano il 20% dei sinistri dell'Azienda Ospedaliera in questione.

Il numero totale delle richieste di risarcimento pervenute all'Azienda nel periodo di studio si è mantenuto pressoché costante negli anni 2014 (N=57) - 2015 (N=57) - 2016 (N=58) - 2017 (N=53), con un deciso incremento per l'anno 2018 (N=69); inoltre nel 2018 si è assistito ad un incremento dei sinistri posti in seconda e soprattutto in terza fascia rispetto agli anni precedenti dello studio, con una distribuzione più omogenea del contenzioso nelle 3 fasce. Quindi, in definitiva, si è assistito ad un aumento globale del contenzioso nell'ultimo anno di studio, ma il dato forse più interessante riguarda il calo dei sinistri posti in prima fascia e l'aumento dei sinistri posti in seconda e soprattutto in terza fascia. Commentare tale dato risulta difficile in quanto molti dei sinistri aperti nell'anno 2018 risultano essere ancora in fase istruttoria, e quindi non è possibile comprendere se questo trend di aumento del contenzioso e del suo valore economico sia dovuto ad una maggiore gravità degli errori commessi dai sanitari dell'Azienda, o se sia la conseguenza di un trend di aumento dell'ammontare delle richieste di risarcimento. L'anno 2013 è stato escluso da questa valutazione in quanto sono stati presi in considerazione solo gli ultimi due mesi e cinque giorni dell'anno, non permettendo dunque un valido raffronto con gli anni successivi dello studio.

Per quanto riguarda la sinistrosità suddivisa per reparto dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, i reparti più sinistrosi sono risultati essere la Chirurgia della Mano e l'Ortopedia, con 35 casi ciascuno; tuttavia essendo la Chirurgia della Mano una sottospecializzazione dell'Ortopedia, i due dati possono essere accorpati, per un totale di 70 casi su 310, ovvero il 24% dei sinistri totali dell'Azienda, dato che risulta ad ogni modo in linea con letteratura scientifica nazionale ed internazionale.[9,10,11]

Altri reparti ad alta sinistrosità sono risultati essere: il Pronto Soccorso (N=31), la Neurochirurgia (N=27), la Chirurgia Digestiva (N=24), la Ginecologia e Ostetricia (N=22), l'Urologia (N=13) la Cardiocirurgia (N=13) e l'Oculistica (N= 8). È possibile notare come la gran parte della sinistrosità dell'Azienda si concentri a livello dei reparti chirurgici e nei reparti dove è necessaria una tempestiva diagnosi e trattamento, come la Ginecologia/Ostetricia e il Pronto Soccorso. Anche questi dati sono in linea con quanto riportato in letteratura. Buzzacchi L. et al. riportano come gli errori chirurgici rappresentino il 65,8% degli errori. In uno studio condotto dal 2004 a 2010 si è visto come i reparti a maggiore sinistrosità fossero: l'Ortopedia (31,67%), la Chirurgia Generale (15%) e l'Ostetricia (10,9 %). [5] Casali MB. riferisce come l'ortopedia sia una branca considerata ad alto rischio di reclami per malpractice, ma che le morti dovute a malpractice in ortopedia risultano essere rare. [12] Traina F. riferisce come l'Ortopedia e Traumatologia sia la branca responsabile del più alto numero di richieste di risarcimento per malpractice, seguita dalla Ginecologia ed Ostetricia, ma senza riportare percentuali in tal senso.[6] Toraldo DM mostra come in uno studio commissionato dal Tribunale dei

Diritti del Malato (marzo 2007) le branche maggiormente colpite dalle richieste di risarcimento fossero: Ortopedia (18%) Oncologia (13.1%) Chirurgia generale (12.5%), Ginecologia e Ostetricia (13%), Oculistica (7.1%), Urologia (3,9%). [1]

La sinistrosità per reparto ha mostrato come i reparti chirurgici siano le sedi del maggior numero di errori, dato che viene confermato anche dalla distribuzione della tipologia di errore del presente studio, divisi in errore Chirurgico (N=136; 49%), Medico (N=34; 12%), Diagnostico (N=61; 22%), Infezioni Correlate all'Assistenza o al Sito Chirurgico (N= 30; 11%) e Altro (N= 17; 6%).

Considerando i dati sulle infezioni correlate all'assistenza e del sito chirurgico, si rileva che in 15 casi (50% su un totale di 30), l'infezione correlata all'assistenza ha avuto un'evoluzione sistemica causando il decesso del paziente per shock settico. La trattazione riguardante le infezioni correlate all'assistenza merita una particolare attenzione, in quanto risultano essere gli errori alla base delle richieste di risarcimento per malpractice più facilmente prevenibili e che inoltre danno luogo ad una liquidazione maggiore. Nel nostro database sono infatti riportati alcuni esempi significativi di tale dato: un caso dell'anno 2013 conclusosi nel 2018 con una liquidazione di 800.000 euro per un' infezione di protesi valvolare cardiaca che aveva portato al decesso del paziente per shock settico; nel 2014 un altro caso di infezione di protesi valvolare cardiaca che aveva portato al decesso del paziente per shock settico liquidato nel 2018 con 190.000 euro e nello stesso anno un altro caso di perforazione del dotto biliare principale con conseguente peritonite biliare e morte per shock settico, liquidato nel 2017 con 740.000 euro; nel 2016 un altro caso di infezione di protesi valvolare causante il decesso di un paziente per shock settico, liquidato nel 2018 con 300.000 euro.

I reparti con il maggior numero di richieste di risarcimento a seguito dello sviluppo nel paziente di una Infezione Correlata all'Assistenza o del Sito Chirurgico sono: la Cardiocirurgia (N=5), la Chirurgia Digestiva (N=5) e la Neurochirurgia (N=4). Da tali dati può essere tratto un ulteriore spunto di riflessione, ovvero che reparti a sinistrosità relativamente bassa, come la Cardiocirurgia (N=13, 4%) e la Chirurgia Vascolare (N=5) siano in realtà causa di ingenti esborsi da parte della struttura sanitaria poiché sono reparti i cui "errori" risultano essere di frequente mortali o con conseguenze molto gravi, mentre reparti come l'Ortopedia e la Chirurgia della mano, pure essendo ad alta sinistrosità, raramente causano all'azienda esborsi di ingenti cifre. Nel corso del presente studio, per reparti come l'Ortopedia e la Chirurgia della Mano sono stati liquidati 19 sinistri, di cui 18 in prima fascia e 1 in seconda fascia per un totale di 385.900 mentre per reparti come la Cardiocirurgia e la Chirurgia Vascolare sono stati liquidati 6 sinistri, tutti di seconda fascia, per un totale di 1.690.000 euro.

Per quanto riguarda il consenso informato, ovvero l'accettazione che il paziente esprime a un trattamento sanitario, in maniera libera e dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali e i rischi ragionevolmente preve-

dibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche [13] si riporta che esso deve essere obbligatoriamente firmato da paziente e medico e compilato correttamente in ogni sua parte; in caso contrario si va incontro ad una grave violazione che può causare l'avvio di procedure giudiziali. All'interno del nostro database sono presenti 6 casi in cui il consenso informato non è stato correttamente compilato o è risultato essere incompleto da un punto di vista delle possibili complicanze a cui il soggetto poteva andare incontro sottoponendosi alla procedura per la quale il consenso era richiesto e in 1 caso esso è del tutto assente. Di questi 6 casi ne sono stati chiusi 3 con liquidazione (29.000 – 55.000 – 60.000 euro). Tale mancanza è stata presa in considerazione anche all'atto della liquidazione, con il riconoscimento di un ulteriore danno da mancato consenso in 2 dei 3 casi finora liquidati, in aggiunta al danno da med-mal.

Si è poi proceduto all'analisi della parte più meramente amministrativa dei dati ottenuti. È stato calcolato dopo quanto tempo, mediamente, un soggetto decide di richiedere un risarcimento per malpractice all'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni. I risultati dimostrano che tale richiesta può essere avanzata sia nello stesso anno dell'asserita med-mal che svariati anni dopo, con un massimo, per quanto concerne il nostro campione, di 17 anni e con una media di 28 mesi. Tale dato risulta assai curioso, in quanto il termine di prescrizione per una richiesta di risarcimento per med-mal risulta essere di 10 anni per una responsabilità di tipo contrattuale (Art. 2946 c.c. "Salvo i casi in cui la legge dispone diversamente, i diritti si estinguono per prescrizione con il decorso di dieci anni") e 5 anni per la responsabilità extracontrattuale (Art. 2947 c.c. "Il diritto al risarcimento del danno derivante da fatto illecito si prescrive in 5 anni dal giorno in cui il fatto si è verificato"); fino al 2004 vi era un orientamento dettato dalla sentenza della Cassazione Civile, sez. II, del 28 gennaio 2004, n. 1547, nella quale si afferma che: "Alla responsabilità contrattuale del medico per il danno alla persona, causato da imperizia nell'esecuzione di un'operazione chirurgica, si applica l'ordinario termine di prescrizione decennale, con decorrenza dal momento del verificarsi dell'atto lesivo, e non da quello della manifestazione esteriore della lesione". [14] Tuttavia con la Sentenza delle Sezioni Unite dell'11 gennaio 2008, n. 576 vi è stato un cambio di rotta in tal senso e inoltre diverse nuove sentenze della Corte di Cassazione Civile, con particolare riferimento alla sentenza emessa dalla Corte di Cassazione Civile sezione III, del 23 settembre 2013, n. 217151 in cui si legge "la prescrizione comincia a decorrere non dal momento in cui si verifica la causa del danno [...], ma dal momento in cui le conseguenze dannose si manifestano all'esterno", tutelando in questo caso il paziente per quelle patologie a lunga latenza; nel caso di specie ci si riferiva a gravi danni cerebrali causati da errori durante il parto e manifestati da un bambino diversi anni dopo. [15,16]

Del nostro campione totale di 310 sinistri ne sono stati definiti 151 con un tempo di pratica medio di 16 mesi, fermo restando che tale dato andrà corretto nel momento in cui tutti i casi dello studio si saranno conclusi. In linea generica si possono notare dei

tempi piuttosto rapidi per la definizione dei sinistri di prima fascia, in media 12 mesi, e di tempi più lunghi per i sinistri di seconda (20 mesi) e terza (36 mesi) fascia. I tempi più rapidi per la definizione di un sinistro di prima fascia sono dovuti al fatto che sono sinistri a bassa richiesta economica e che vengono gestiti interamente all'interno dell'Azienda, mentre i sinistri di seconda fascia e soprattutto quelli di terza fascia hanno tempi di pratica molto più lunghi, anche perché, essendo sinistri ad alta richiesta economica, l'Azienda tenta una strenua resistenza anche in sede giudiziaria.

Per quanto riguarda le liquidazioni, nella sezione risultati si è visto come in 5 anni e due mesi, l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni abbia liquidato ben 1.078.000 euro per i sinistri di prima fascia, mentre la regione Umbria ha liquidato per i sinistri di seconda e terza fascia ben 5.994.500 euro, per un totale liquidato di 6.072.500 euro, con una liquidazione media per sinistro di euro 86.750. A tale proposito bisogna sottolineare come per le terze fasce vi sia una franchigia posta al limite massimo delle terze fasce, ovvero 800.000 euro per i sinistri fino al 2015 e 700.000 per i sinistri dal 2016 in poi. Ciò significa che, ad esempio, un sinistro di terza fascia conclusosi nel 2017 a cui si è arrivati alla definizione di una transazione per 750.000 euro, il fondo regionale per l'autoritenzione del rischio clinico dovrà liquidare 700.000 euro mentre la Compagnia Assicuratrice ne dovrà liquidare i restanti 50.000. Da ciò si può evincere quanto ogni singolo caso posto in seconda, o peggio in terza fascia, siano un pericolo per il delicato equilibrio di questo sistema di autoritenzione. In seguito all'analisi dei dati contenuti nel database, si è notato come i 4 sinistri inizialmente posti nella terza fascia di potenziale monetizzazione del sinistro siano stati successivamente liquidati con un quantum posto al di sotto del limite di franchigia, con il risultato che tale denaro liquidato sia pervenuto totalmente dalle casse regionali.

4. Conclusioni.

Le richieste di risarcimento per med-mal rappresentano un costo enorme per le strutture sanitarie e per il Sistema Sanitario Nazionale in generale.

Il sistema di autoritenzione del rischio professionale sanitario è nato in seguito alla crescente difficoltà per il Sistema Sanitario Nazionale di sostenere spese sempre più ingenti per assicurarsi interamente con Compagnie Assicuratrici terze. Tale incremento dei premi assicurativi è dovuto alla crescente domanda di richieste di risarcimento avanzate da una popolazione sempre più esigente per quanto riguarda i propri bisogni di salute.

In conclusione, è possibile affermare che il sistema di autoritenzione dia luogo ad alcuni importanti vantaggi, che possono essere così riassunti:

- maggiore consapevolezza del costo economico dei risarcimenti;
- acquisizione di competenze e professionalità da parte dei professionisti coinvolti nelle varie fasi di gestione dei sinistri;

- riduzione dei costi mediante la soluzione per via stragiudiziale/transattiva, a scapito del ricorso alla giustizia civile;
- riduzione dei tempi di definizione delle pratiche e di liquidazione, se l'attività aziendale è ben organizzata;
- risparmio immediato consistente rispetto ai premi assicurativi pagati annualmente.

In definitiva il sistema di autoritenzione, a tutt'oggi, è risultato essere conveniente da un punto di vista economico, anche se è necessario tenere conto che, allo stato attuale, solo 151 sinistri sono stati definiti e di questi 66 sono andati incontro a liquidazione. Di conseguenza, per ottenere una maggiore precisione su questo punto, occorrerà attendere la definizione di tutti i 310 sinistri analizzati nel presente studio.

Nonostante gli indubbi vantaggi sopra descritti, occorre sottolineare come tale sistema autoritativo sia un sistema intrinsecamente fragile, in quanto, non essendo possibile stimare l'andamento futuro delle richieste di risarcimento, sarebbe sufficiente che nello stesso periodo venissero liquidati numerosi sinistri in seconda e terza fascia per minare l'intero sistema.

Si auspica che in futuro si intervenga tramite:

- interventi di risk management in quei reparti che si sono dimostrati i più sinistrosi dell'Azienda, al fine di ridurre, per quanto più possibile, tutti i fattori modificabili coinvolti nel verificarsi di un episodio di med-mal;
- sensibilizzazione del personale sanitario ad una proficua collaborazione con le U.O. di medicina legale;
- ampliamento dell'organico dei servizi di medicina legale e degli uffici legali competenti;
- riduzione quota di franchigia, in linea con altre Regioni.

Grafici e Tabelle

	1° Fascia	2° Fascia	3° Fascia	Totale
N° Richieste	157	91	62	310
Risarcimento	(50,6%)	(29,4%)	(20,0%)	

Tab. 1: Numero delle richieste di risarcimento suddivise per fascia.

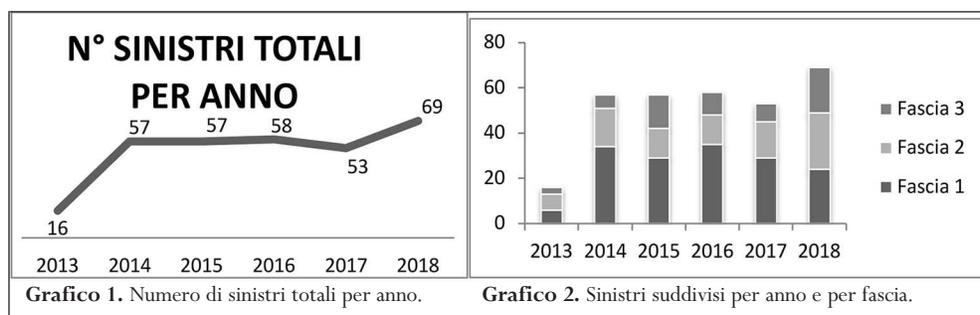
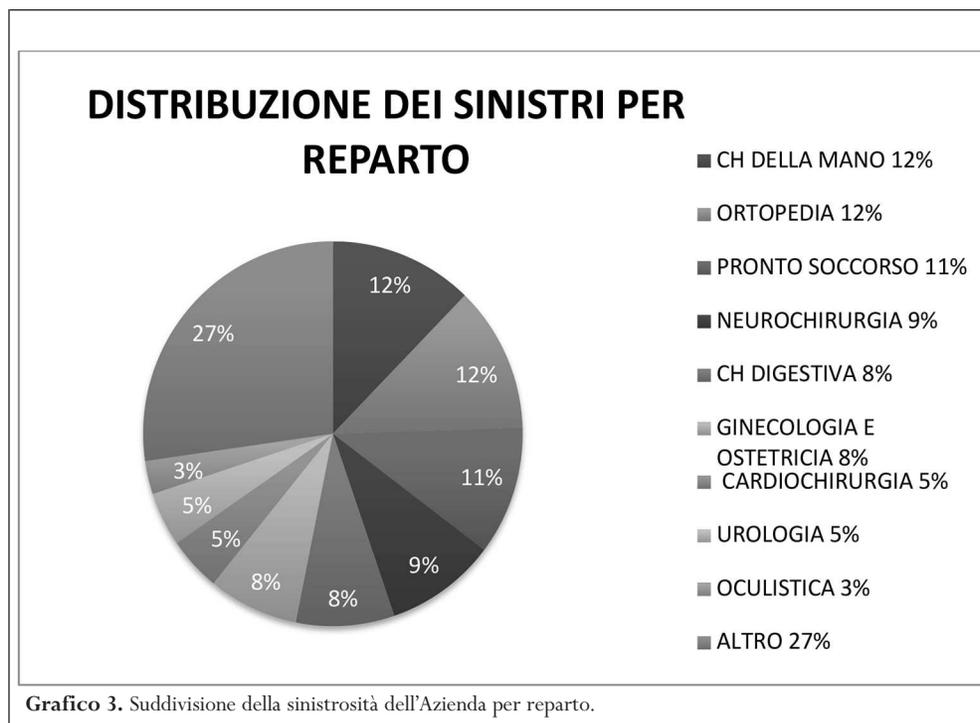
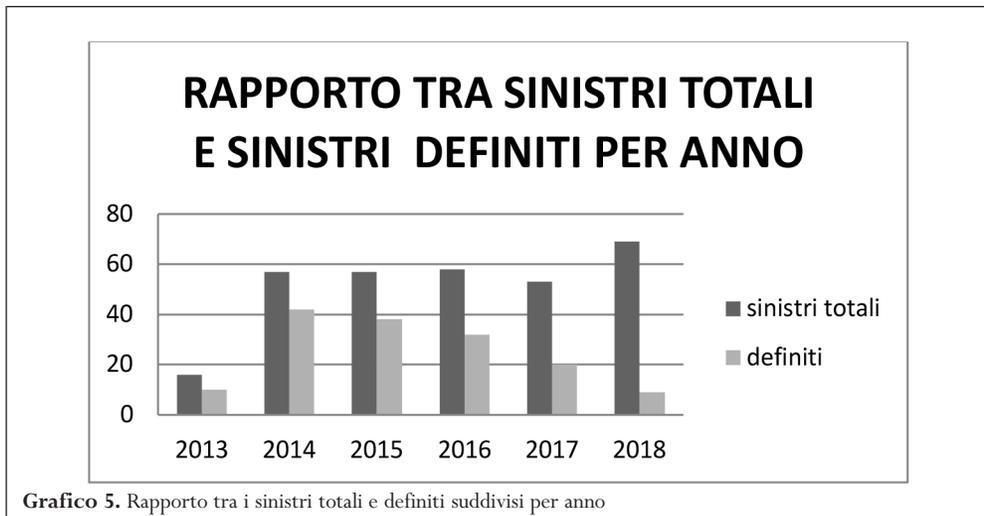
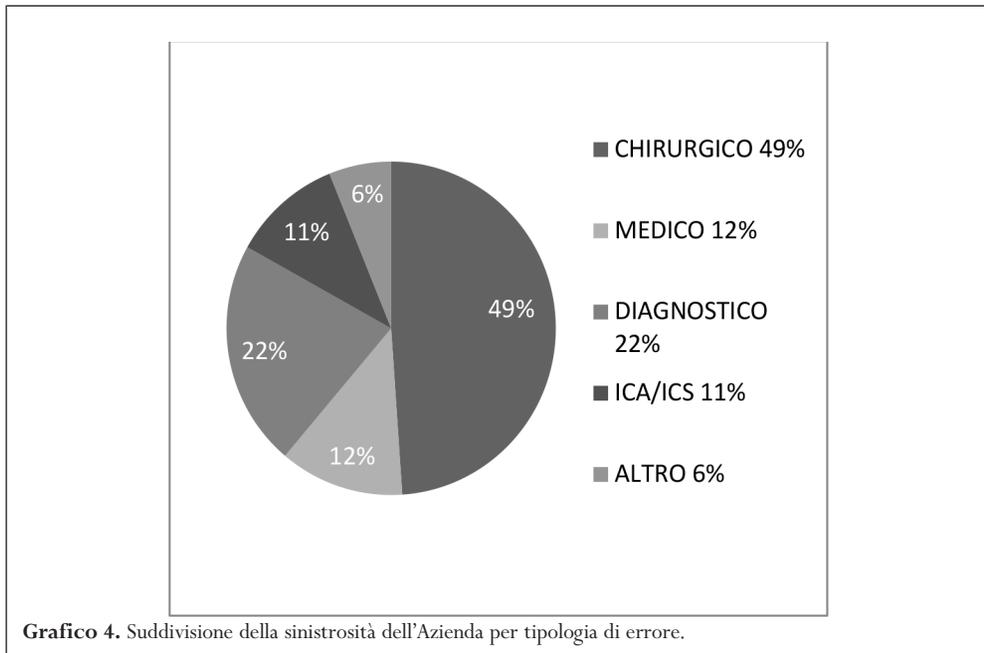


Grafico 1. Numero di sinistri totali per anno.

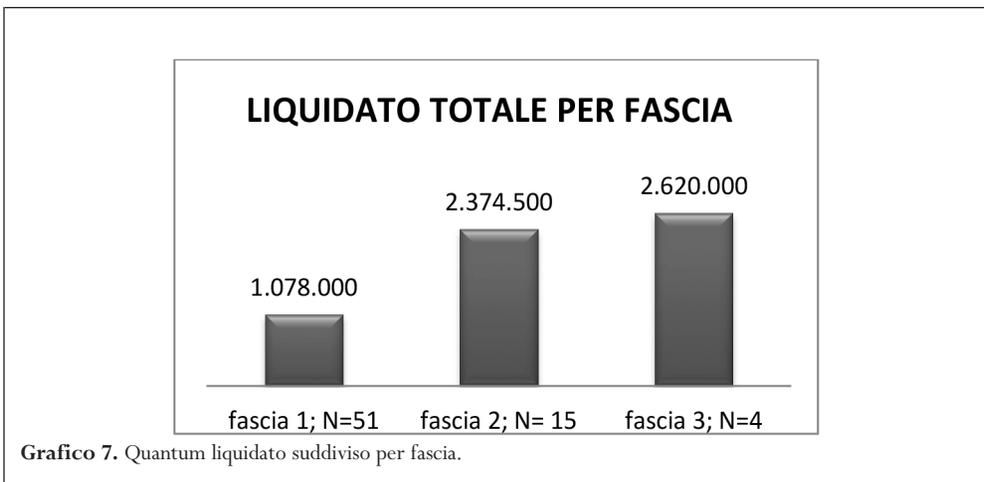
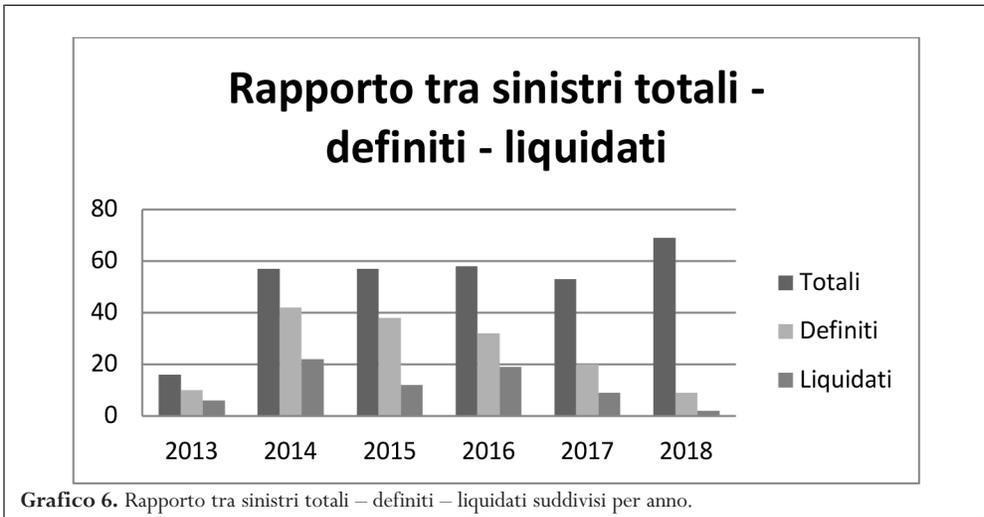
Grafico 2. Sinistri suddivisi per anno e per fascia.





	1° Fascia	2° Fascia	3° Fascia	Totale
N° Casi	51	15	4	70
Liquidati	(73%)	(21%)	(6%)	

Tab. 2: Numero dei sinistri liquidati suddivisi per fascia.



BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- [1] Cineas “MedMal: sinistri in crescita” 26 Set 2018. <https://www.cineas.it/medmal-sinistri-in-crescita/>
- [2] RAPICAVOLI Carlo “I costi assicurativi insostenibili per le aziende sanitarie e le prime esperienze di autoassicurazione” 12 marzo 2014. <https://www.leggioggi.it/2014/03/12/costi-assicurativi-insostenibili-per-le-aziende-sanitarie-e-le-prime-esperienze-di-autoassicurazione/>
- [3] https://www.naic.org/cipr_topics/topic_captives.htm
- [4] TITA Alberto “Auto-assicurazione delle aziende sanitarie. Una soluzione che solleva perplessità” 06 luglio 2016. https://www.quotidianosanita.it/governoeparlamento/articolo.php?articolo_id=41351
- [5] Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.
- [6] FRITTELLI Tiziana FIORE Alberto “Legge Gelli e copertura dei rischi. Assicurazioni e Aziende sanitarie non sono la stessa cosa” 14 maggio2019 https://www.quotidiano-sanita.it/studieanalisi/articolo.php?articolo_id=73942
- [7] DGR n. 1775 del 27/12/2012
- [8] DGR n. 438 del 13/05/2013.
- [9] BUZZACCHI L, SCELLATO G, UGHETTO E. Frequency of medical malpractice claims: The effects of volumes and specialties. *SocSci Med.* 2016 Dec;170:152-160.
- [10] TRAINA F, Medical malpractice: the experience in Italy. *ClinOrthopRelat Res.* 2009 Feb;467(2):434-42.
- [11] RING D, Malunion and nonunion of the metacarpals and phalanges. *Instr Course Lect.* 2006;55:121-8. Review.
- [12] CASALI MB, MOBILIA F, SORDO SD, BLANDINO A, GENOVESE U, The medical malpractice in Milan-Italy. A retrospective survey on 14 years of judicial autopsies. *Forensic Sci Int.* 2014 Sep;242:38-43.
- [13] <https://www.enpam.it/wpcontent/repository/universaliamedia/CI/6.htm>
- [14] Cassazione Civile, sez. II, del 28 gennaio 2004, n. 1547.
- [15] Sentenza delle Sezioni Unite dell’11 gennaio 2008, n. 576.
- [16] Corte di Cassazione Civile sezione III, del 23 settembre 2013, n. 217151.