



Alessandra De Palma¹
Elisabetta Flore²
Pietro Galluccio³ (foto)
Davide Mozzanica⁴
Riccardo Tartaglia²

¹ Direttore U. O. C. di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna; Collaboratore Regione Emilia-Romagna;

² Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente, Regione Toscana;

³ Responsabile SIOT Comm. Rischio Clinico, Villa Bianca, Lecce; ⁴ Dirigente Struttura Fattori produttivi, Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia

Indirizzo per la corrispondenza:

Pietro Galluccio

Casa di Cura Villa Bianca
via Leuca, 133
73100 Lecce

E-mail: presidenza@villabianca.org

La malpractice in ortopedia e traumatologia. Analisi dei dati della sinistrosità in tre regioni italiane

Parole chiave: richieste di risarcimento in sanità, sinistri in sanità, costi assicurativi, costi sinistri/risarcimenti, pratiche per la sicurezza, ortopedia e traumatologia, assicurazione rischio clinico, errori, eventi avversi

Introduzione

Perché si sbaglia

È impossibile eliminare gli errori, fanno parte della nostra natura umana: è possibile, però, cercare di prevenirli, d'intercettarli prima che possano tradursi in un danno o comunque tentare di contenerli nel numero e/o nella pericolosità.

Un errore, infatti, non determina necessariamente un danno: una mancata profilassi antitromboembolica non esita sempre in una trombosi o in una tromboembolia. Ma qualora si verifichi la sequenza errore/danno definiamo l'accadimento un evento avverso prevenibile:

Evento avverso = Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile" ¹.

Non tutti gli errori, quindi, divengono danni e non tutti i danni divengono richieste risarcitorie o contenziosi giurisdizionali civili e/o penali. Scopo della gestione del Rischio Clinico è rilevare ed analizzare la frequenza, la tipologia, la prevedibilità, le cause degli errori e fornire le indicazioni per la prevenzione degli stessi, anche quando non si traducono in un danno od in un contenzioso; compito della Medicina Legale è anche gestire il contenzioso giudiziale e stragiudiziale una volta che sia stato intrapreso.

Gli errori sono la conseguenza di criticità riconducibili a fattori soggettivi (*abilità tecniche*) od oggettivi (*ambientali-organizzativi non riconducibili alle capacità tecniche soggettive*). Oggi, sulla base degli studi e delle rilevazioni dei sistemi di reporting, si è portati a ritenere che l'organizzazione sia alla base del maggior numero di eventi avversi ².

Le principali tipologie di errore in ambito sanitario, rilevate dagli studi di *cause analysis*, sono distinte in ³:

- errori di diagnosi (ritardata, mancata, sbagliata, ecc.);
- errori di trattamento (ritardato, mancato, fallito, non necessario, ecc.);
- errori di comunicazione (verbale o scritta);
- errori di valutazione (indicazioni sbagliate, mancato rispetto protocolli, planning inadeguato ecc);
- problemi ambientali o relativi al sistema (sicurezza ambientale, adeguatezza delle risorse, ecc.).

In ambito ortopedico poi, tra le cause riscontrabili e più facilmente prevenibili, perché non strettamente collegate all'abilità tecnica del professionista dobbiamo porre:

- mancata identificazione del paziente e del sito chirurgico;
- ritardata o mancata profilassi antibiotica;
- mancata o errata profilassi tromboembolica;
- mancata prevenzione delle ulcere da decubito;
- mancata valutazione del rischio di cadute;
- mancata prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- non corretta valutazione del rischio di complicanze cardiache.

Si tratta di eventi che possono essere oggi facilmente prevenuti attraverso l'utilizzo di buone pratiche cliniche che, nella quasi totalità, hanno costi limitati. La loro evenienza trova riscontro in una vasta letteratura sulla gestione del rischio^{12,13}.

Certamente è l'ospedale la sede principale dell'errore in ortopedia e, seguendo il percorso del paziente, potremo identificare errori propri dell'accesso, del ricovero e della dimissione⁴.

Nell'**accesso** è certamente l'**errore diagnostico** a farla da padrone, attribuibile a fattori soggettivi (insufficiente anamnesi, esame obiettivo incompleto, non corretta rilevazione delle co-patologie, non corretta acquisizione del consenso informato al trattamento sanitario, oggi più propriamente definito *shared decision making*), ma anche oggettivi (mancanza di tempo, indisponibilità di tutti i dati del paziente, sovraccarico di lavoro, ecc.).

Gli **errori terapeutici** prediligono la **fase del ricovero** e possono avvenire sia nelle attività intra-operatorie, sia in quelle extra-operatorie: operare il paziente sbagliato od operare il paziente giusto nella sede sbagliata sono eventi che rientrano nella categoria dei "never events", vale a dire eventi inescusabili. In uno studio della *Pennsylvania Patient Safety Authority*⁵, che ha analizzato 83 incidenti conseguenti a procedura chirurgica su sito sbagliato in ambito ortopedico (il 15% rispetto al totale degli incidenti di questo tipo), le sedi più comuni osservate sono state le mani (6%), le ginocchia (5%), i piedi (3%). Le complicanze infettive, quelle emorragiche o trombo-emboliche, i difetti di correzione rappresentano alcune delle ulteriori tipologie di questa fase. Mentre tra le tipologie di errore soggettivo più comune dobbiamo ricordare *gli errori di distrazione*, più frequenti proprio negli operatori più esperti, in cui molte delle azioni vengono oramai svolte con automatismi ed all'opposto gli errori da curva di apprendimento "*knowledge mistake*".

Alla **dimissione** appartengono più frequentemente gli **errori di comunicazione** in cui non tutte le informazioni necessarie sono trasmesse al paziente, al suo medico di Medicina generale, all'istituto che in post-acuzie lo assume eventualmente in cura.

Quanto si sbaglia

"L'incidenza degli eventi avversi in medicina (compresi quelli di lieve entità) si aggira intorno al **5% (dei ricoveri)**. Secondo la stessa ricerca la metà di quegli incidenti è prevedibile, dunque prevenibile, ovvero può essere evitata con le opportune strategie."⁴

Una recente analisi dei dati contenuti nel sistema di reporting inglese e gallese ha evidenziato che gli eventi avversi in ambito traumatologico-ortopedico rappresentano il 29,4% degli incidenti segnalati⁶.

Una review del 2009⁷ individuava, tra gli studi più rilevanti, un tasso mediano di eventi avversi pari addirittura al **9,2% dei ricoveri**, con un tasso di prevenibilità del 43,5%. Basterebbe applicare questi tassi al numero annuale di ricoveri per avere la dimensione del problema che, ormai, ha assunto in questi anni un peso enorme in tutti i servizi sanitari.

In un importante studio statunitense sulla frequenza della cosiddetta *medical malpractice*, l'ortopedia si colloca in quarta posizione dopo neurochirurgia, chirurgia toracica e cardiovascolare, chirurgia generale, con circa il 15% di richieste, delle quali però, meno del 5% avrebbe ottenuto una compensazione⁸.

Un'altra modalità per valutare la "rischiosità" di una disciplina si basa sul numero di richieste di risarcimento la così detta "sinistrosità", in gergo assicurativo. Questa informazione è, però, in qualche modo favorita dalla capacità del paziente di percepire un danno e di attribuirlo alla pratica clinica (forse in ortopedia più elevata rispetto ad altre specialità), dai livelli di complessità delle patologie e dei trattamenti subiti, nonché da situazione locali di tipo socio-culturale che possono favorire o meno il contenzioso.

Lo studio della sinistrosità può certamente essere un parametro di valutazione della rischiosità, meglio se utilizzato in modo complementare ed integrato a quelli provenienti da altre differenti tipologie di misure (audit, incident reporting, rilevazioni degli eventi sentinella, dati provenienti dallo studio delle cartelle cliniche, ecc.), utili a rilevare l'insieme degli errori e degli eventi avversi e non solo i così detti "sinistri". Passiamo quindi ad analizzare i dati provenienti dalla Gestione dei Sinistri.

Scopo del lavoro

Lo scopo del presente lavoro è analizzare l'andamento della sinistrosità generale ed in ambito ortopedico in Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, valutarne le cause (indicazione, terapia chirurgia, consenso alle cure, complicanze, ecc.), conoscerne le differenti tipologie, i tempi ed i costi, definire le pratiche per la sicurezza da adottare, fornendo adeguati strumenti di supporto alla pratica clinica, elaborare delle previsioni generali.

Nelle definizioni ordinarie di una polizza assicurativa un sinistro è definito:

Sinistro = Qualunque richiesta di risarcimento danni per la quale è prestata l'assicurazione

Quindi un "sinistro" nel significato assicurativo, non è ancora un danno, ma una richiesta formale di risarcimento, oppure un'istanza di mediazione od un atto giudiziario civile o penale. Abbiamo preso in esame tutti i sinistri censiti nei data base di Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana, relativi al periodo 2009-2014. Queste regioni infatti gestiscono da molti anni, in maniera del tutto o parzialmente autonoma, i danni da responsabilità civile sanitaria. Abbiamo selezionato gli ultimi 6 anni per disporre sia di un orizzonte temporale sufficientemente ampio, sia abbastanza vicino nel tempo. Questa macroregione ospita circa il 30% della popolazione italiana ed eroga circa il 30% dei ricoveri ospedalieri.

Il numero. I "sinistri" di cui presentiamo l'analisi si riferiscono esclusivamente alle strutture sanitarie pubbliche, ambulatoriali, ospedaliere, territoriali. Le richieste di risarcimento avanzate nei confronti delle strutture sanitarie private non sono censite in questo studio.

Nella Figura 1 sono indicati i sinistri registrati negli ultimi 6 anni.

Dal grafico appare evidente come il numero complessivo dei sinistri, non sia in aumento, ma piuttosto in deflessione. In ciascuna delle tre regioni esaminate infatti dal 2009 al 2014 si passa: in Emilia da 1.560 a 1.470, in Lombardia da 2.337 a 2.008, in Toscana da 1.679 a 1.581 sinistri. La media del periodo 2009-14 è di 5.402 sinistri per anno e l'oscillazione rispetto ad essa, anno per anno, è minima,

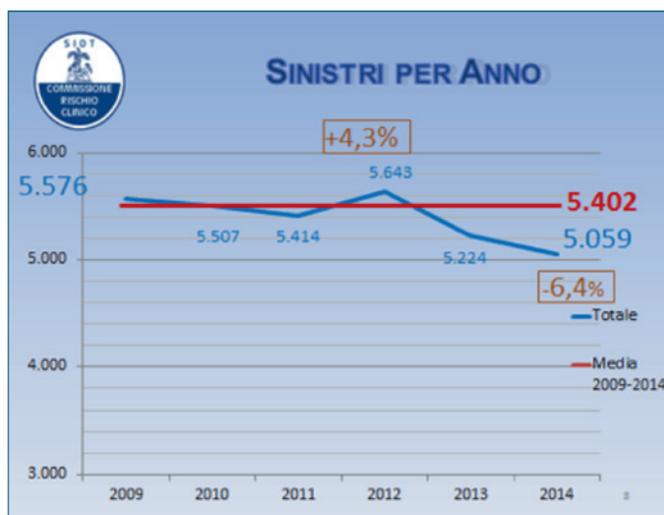


Figura 1. Totale sinistri per anno.

con variazioni +/- contenute fra il 4 ed il 6%, a conferma che si tratti di un dato oramai stabile. La media nel primo triennio 2009-11 è di 5.500 sinistri, quella del secondo 2012-14 è di 5.300, la variazione complessiva è in diminuzione: **-3,5%**.

Anche ANIA in un recente rapporto ⁹ ha registrato nel periodo 2010-2013 una riduzione ancora più significativa, **-11%** delle richieste risarcitorie pervenute (La responsabilità civile in ambito sanitario pag. 172 e seg.). Tale dato è stimato, realizzato cioè sulla base di un campione pari al 40% delle Compagnie assicurative italiane. ANIA inoltre non dispone dei dati relativi alle Compagnie straniere operanti in Italia.

Rapportando ora il numero totale dei sinistri ricevuti, con il numero dei ricoveri effettuati, scopriamo che, a fronte di 5.400 sinistri/anno, vengono effettuati in queste tre regioni 2.023.250 ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche (2014) ¹⁰.

La frequenza è quindi: **n. 2,7 sinistri ogni 1.000 ricoveri per acuti.**

AGENAS ¹¹ ha recentemente stimato con un valore leggermente inferiore (2,1 sinistri ogni 1.000 ricoveri), l'indice generale di sinistrosità, ma non specifica se si tratti di tutti i ricoveri ovvero solo di quelli per acuti.

I sinistri senza seguito. Esperite le procedure di valutazione, le richieste risarcitorie sono accolte o rigettate. Se accolte viene ricercata una composizione bonaria, quantificando il danno dal punto di vista medico-legale e monetario. Se respinte o se non è stato possibile raggiungere una valorizzazione condivisa del danno, le richieste risarcitorie possono esitare in un contenzioso giudiziario. Mediamente, però, una percentuale variabile fra il 40 ed il 45% delle richieste si chiude senza seguito già in questa fase, non esitando in giudizio.

Anche tale dato è confermato da ANIA ⁹ che lo stima addirittura fra il 60 ed il 70%, scontando però una possibile duplicazione delle denunce per lo stesso sinistro (sanitario e struttura; più sanitari; più strutture, ecc.), con apertura (e conseguente chiusura) di più pratiche per lo stesso evento.

La latenza. Il tempo medio di latenza, inteso come il tempo intercorrente tra l'evento che ha determinato il danno e l'arrivo della richiesta risarcitoria è assai lungo. Oscilla, infatti, tra i 775 giorni della Emilia-Romagna e della Toscana e gli **850** giorni della Lombardia. Questo dato è coerente con quello recentemente pubblicato da AGENAS ¹¹, che lo stima in **852** giorni (2 anni e 4 mesi). La definizione della stessa pratica richiede mediamente ulteriori 542 giorni (1 anno e sei mesi), secondo lo stesso studio di AGENAS.

I costi. Passando quindi ad esaminare i costi generati da questi sinistri, quando gli stessi vengono transatti stragiudizialmente o definiti a seguito di sentenze, gli importi medi

Tabella I. Importi medi liquidati per anno di liquidazione: tutte le discipline.

Anno	Emilia R.	Lombardia	Toscana	Totale
2012	23.522	44.132	28.934	
2013	39.518	47.494	25.087	
2014	20.645	50.771	25.517	
Media	27.895	47.466	26.513	33.958

pagati dalle nostre Regioni, oscillano tra i 26.513 della Toscana ed i 47.466 della Lombardia (Tab. I)

AGENAS invece stima in € 52.368 il costo medio dei sinistri nel 2014, valore questo peraltro assai vicino a quello rilevato nel nostro campione dalla Lombardia nello stesso 2014 (50.771).

I sinistri in Ortopedia

Passando ora ad esaminare nello specifico il numero dei sinistri prodotti in ortopedia nei sei anni in oggetto, lo stesso appare stabile e rappresenta il **15,4%** del totale (Fig. 2).

Effettuando lo stesso confronto sinistri/ricoveri, relativamente alla branca di ortopedia, (237.392 ricoveri nel 2014), la frequenza incrementa fino ad arrivare a **n. 3,5 sinistri ogni 1.000 ricoveri**, a testimonianza della relativa maggiore rischiosità di questa branca rispetto alla media generale, almeno per quanto attiene al numero dei sinistri censiti.

Passiamo ora ad analizzare la tipologia dei sinistri ortopedici. I Data Base di ogni regione classificano in maniera leggermente diversa i sinistri raccolti, ma le principali classi

di frequenza sono rappresentate in percentuale nella nella Tabella II.

L'errore chirurgico, come prevedibile, è la causa più frequente di pretese risarcitorie con frequenze che vanno dal 29 al 56% del totale delle richieste. L'errore terapeutico è tra il 7 ed il 10%, quello diagnostico fra il 10 ed il 14%. Le procedure anestesilogiche danno il loro piccolo contributo compreso tra lo 0,5 ed il 2,7%, mentre le infezioni rappresentano dal 6 all' 8% di tutte le richieste. Le cadute contribuiscono in una percentuale tra l'1 ed il 2%. La Toscana rileva a voce propria gli errori di assistenza (1,3%) ed i vizi di consenso (0,4%).

Le proiezioni generali per il 2016

Avendo dimostrato che nel nostro campione si determinano annualmente circa 5.400 sinistri e che tale campione rappresenta il 29,95% della popolazione complessiva (18.205.777 su 60.795.612 – Fonte Istat popolazione al 01/01/15) ed il (30,6%) dei ricoveri per acuti e non acuti (2.796.193 su 9.526.832)¹⁰ (tav. 2.1.5), non è azzardato affermare che annualmente si determinino **in Italia circa 18.000 sinistri** nelle strutture sanitarie a gestione pubblica.

Per calcolare correttamente almeno in via presuntiva il costo del contenzioso nel nostro Paese, dobbiamo tenere anche presente che una cospicua percentuale di tali pretese risarcitorie abbandona il contenzioso già durante la fase interlocutoria, non generando ulteriori oneri (a seguito di rifiuto, autonomamente, ecc.). Tale percentuale è cospicua e, nel nostro campione, è stimata intorno al **40-45%**. Solo il rimanente 55-60% delle stimate 18.000 pretese risarcitorie (pari quindi a circa 10.400 sinistri), giunge ad ottenere un risarcimento per via giudiziale o extragiudizialmente.

ANIA invece stima in n. 30.000 i sinistri/anno⁹, dando però espressamente atto che all'interno di tale numero si annidino rilevanti duplicazioni, tanto che, a suo dire "... *mediamente oltre due terzi dei sinistri denunciati alle compagnie ... vengono chiusi senza seguito*" (pag. 173). Anche ANIA quindi stima in non più di 10.000 i sinistri effettivamente onerosi a carico di tutto il sistema pubblico/privato. La sua stima sembrerebbe quindi anche più contenuta di quella

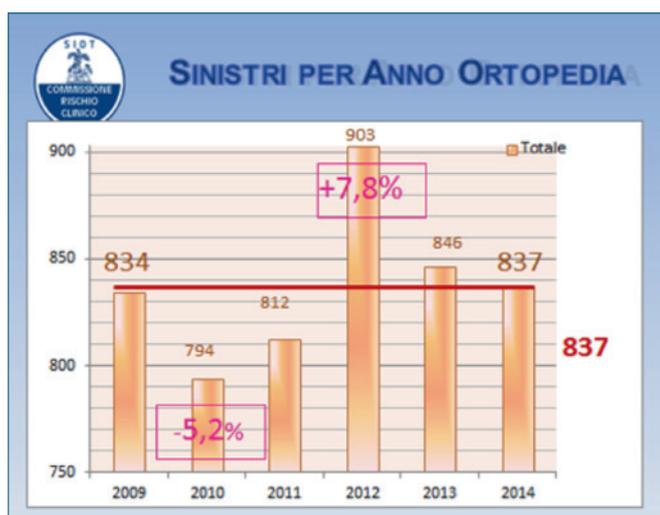
**Figura 2.** Sinistri per anno ortopedia.

Tabella II. Tipologia dei sinistri.

Tipologia dei sinistri (in % sul totale regionale)	Emilia R.	Lombardia	Toscana
Errore chirurgico	29,1	54,1	55,6
Errore terapeutico	7,2	9,2	10,1
Errore diagnostico	10,4	11,1	14,3
Errore anestesilogico	0,5	2,7	0,4
Infezioni	6,2	8,1	8,2
Errore di assistenza			1,3
Errore di consenso			0,4
Caduta	1,1	2,1	1,7
Non identificato	32,4	1,9	7,1

proposta in questo lavoro, perché ricomprende anche il sistema ospedaliero privato che rappresenta, da solo, circa il 26,5% dei ricoveri ospedalieri¹⁰ (tav. 2.1.3).

Il costo unitario medio dei risarcimenti, rilevato nell'ultimo triennio nel nostro campione, è stato di **€ 33.958**; AGENAS nello studio citato, limitatamente al solo 2014, rileva tale costo ad **€ 52.368**.

ANIA pubblica un dettagliatissimo tabulato, dal quale si evince che il valore medio pluriennale più elevato è stato di **€ 43.539** (2008-13), mentre il costo più elevato per singolo anno (2013) è stato di **€ 56.479**.

Il costo complessivo dei circa 10.400 sinistri da risarcire per il sistema sanitario pubblico italiano, in questo 2016 è quindi ragionevolmente stimabile in una forchetta compresa tra un **minimo di 353 ed un massimo di 580 milioni di euro**, a seconda che si prenda a riferimento il costo medio unitario del nostro campione (€ 33.958 Tab. I) o quello massimo rilevato da ANIA (€ 56.479 Tab. III).

A fronte di tali costi che poniamo a stima per il 2016 per il comparto pubblico, il sistema assicurativo riscuoterà per lo stesso anno non meno di **564 milioni di premi**⁹ (ANIA: stima premi 2013). Tale importo dovrà coprire solo quella parte dei sinistri del comparto pubblico e di quello privato, gestiti da assicurazioni (oramai molte regioni e molti operatori privati, non sono coperti da polizze assicurative e gestiscono direttamente i propri sinistri). È lecito ritenere che, al netto di franchigie spesso elevatissime, tali premi dovrebbero ben compensare, gli importi liquidati per i sinistri.

Discussione

Il 5% di tutti i ricoveri ospedalieri sono gravati, secondo la letteratura e gli studi nazionali ed internazionali, da eventi avversi, vale a dire da eventi inattesi capaci di condizionare in senso sfavorevole il percorso di guarigione del paziente, accidentali, non intenzionali, ma prevedibili ed in

larga parte, per fortuna, prevenibili. L'attenzione che negli ultimi dieci anni è stata posta su tali eventi ha portato ad elaborare una serie di misure di salvaguardia e di protezione verso il verificarsi ed il ripetersi degli stessi.

È ipotizzabile che, anche a seguito di tali azioni, la quantità di sinistri, ovvero di azioni risarcitorie avviate contro gli operatori e l'amministrazione, al fine di ottenere ristoro da pretesi/effettivi danni subiti durante trattamenti sanitari, si presenti negli ultimi anni addirittura in lieve diminuzione. La gestione diretta avviata da alcune Regioni anni addietro e le banche dati di cui oggi dispone il nostro Sistema Sanitario, ci consente di stimare in circa **18.000** unità i sinistri attesi per il 2016 ed in circa **350-580 milioni** di euro il costo che il Servizio Sanitario e le Compagnie Assicurative dovranno sopportare per tali contenziosi. I corni di questa forchetta, benché ancora troppo ampi, cominciano finalmente a demarcarsi ed iniziamo a disporre dei dati necessari a fare luce sulla "Med Mal" italiana.

Molto è stato fatto, ma tanto resta ancora da fare, sul piano delle misure preventive, per contenere i rischi ed innalzare le tutele e la sicurezza del paziente negli ambienti sanitari e nei percorsi di cura.

Innanzitutto la formazione è a fondamento della crescita e dell'aggiornamento professionale e per questa ragione deve essere continua. Occorre progettare percorsi formativi basati sulla simulazione e sull'istruzione per affiancamento, ma anche con l'interazione fra i professionisti attraverso alcune pratiche, come, ad esempio, gli audit clinici, le rassegne di mortalità e morbilità, gli audit su eventi significativi.

Le pratiche per la sicurezza vanno sempre fortemente incoraggiate: nell'ambito ortopedico-traumatologico possono essere individuate le seguenti azioni:

- adozione di checklist di sala operatoria;
- rispetto delle procedure per l'igiene delle mani;
- utilizzo di barriere precauzionali per prevenire le infezioni correlate all'assistenza (ICA);

Tabella III. Evoluzione del costo medio dei sinistri al 31/12/2013 – Totale r.c. medica.

	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	MEDIA
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421	28.904	29.012	28.023	27.983	27.782	27.826	27.573
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488	22.687	22.676	22.190	21.887	21.829	21.856	21.443
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622	23.819	23.493	23.028	23.091	23.044	22.960	22.278
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961	32.948	31.940	31.950	31.768	31.342	31.453	30.508
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966	34.271	33.924	33.184	33.049	32.495	32.562	29.503
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571	37.281	36.511	36.584	36.157	36.106	36.568	33.033
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634	39.968	40.605	40.134	38.929	39.688	40.139	36.649
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974	40.042	40.159	37.457	45.865	47.214	47.734	37.988
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490	42.732	43.196	42.371	46.835	47.111	47.030	39.650
2003		30.306	34.379	39.475	39.080	44.521	47.241	46.169	50.577	49.492	49.740	43.098
2004		22.706	29.755	36.545	38.349	44.083	43.304	43.653	49.951	50.504	52.238	41.109
2005			26.670	33.174	35.471	42.383	42.245	41.277	46.330	46.473	46.447	40.052
2006				30.659	33.408	41.476	42.019	41.779	50.330	53.385	54.571	43.453
2007					26.670	38.266	38.816	39.537	47.798	51.466	52.435	42.141
2008						29.505	34.067	39.427	49.581	52.176	56.479	43.539
2009							25.083	33.225	43.852	44.244	49.440	39.169
2010								27.689	38.538	41.313	46.459	38.500
2011									30.789	35.576	49.503	38.623
2012										29.422	40.672	35.047
2013											35.871	35.871
MEDIA	19.793	28.062	28.839	32.318	32.079	36.192	35.893	35.746	39.628	40.035	42.099	

(fonte Ania studio citato – Le altre assicurazioni danni pag. 175, Tav.4) (fonte Ania studio citato – Le altre assicurazioni danni pag. 175, Tav.4 - rielaborato con medie).

- utilizzo delle numerose pratiche cliniche “evidence based” che la letteratura scientifica mette oggi a disposizione: ciò consente di prevenire numerosi eventi avversi (es. linee guida per la profilassi antitromboembolica, per la prevenzione delle infezioni, ecc.);
- lavoro interdisciplinare in team come strumento efficacissimo per ridurre l’errore clinico: occorre educazione al lavoro in team, anche mediante le tecniche oggi note;
- ricognizione e riconciliazione farmacologiche;
- prevenzione delle cadute;
- organizzazione del lavoro che tenga conto dei limiti psicofisici e delle condizioni di stress cui sono sottoposti gli operatori;
- avvio di programmi di tutoraggio, con volumi predefiniti di attività, in base alle curve di apprendimento per introdurre all’attività chirurgica i professionisti e consentire loro di sviluppare le abilità tecniche;
- adozione di sistemi di reporting & learning.

Occorre, infine, migliorare anche la qualità della comunicazione medico-paziente. In effetti dovrebbe essere chiaro, per tutti i professionisti della salute ed in particolare per i medici, che la capacità di comunicare, in primis con il paziente, ma anche con le persone significative per la sua vita di relazione e che l’interessato desideri coinvolgere nel percorso di cura, è parte integrante della prestazione e che le *non technical skills* sono altrettanto importanti quanto le abilità tecniche.

Agli operatori sanitari è chiesta una comunicazione onesta, chiara e trasparente che, però, ponga particolare attenzione agli aspetti relazionali ed emotivi. Il rispetto e l’ascolto del paziente rappresentano la base di qualsiasi dialogo. In caso di eventi avversi, circa il 30% degli interlocutori vuole ricevere, per prima cosa, una dimostrazione di rammarico per quanto avvenuto e le scuse. La percentuale di pazienti che pone come prioritaria la sanzione disciplinare o il risarcimento è bassa rispetto,

invece, ai pazienti che vogliono un sostegno rispetto a quanto avvenuto e un'analisi delle cause.

La comunicazione nel caso di eventi avversi diventa uno strumento strategico per mitigare la conflittualità e tentare di ricreare un clima di fiducia. La mancanza di spiegazioni e l'assenza di scuse sono, certamente, condizioni che incentivano l'azione legale.

Conclusioni

I dati ricavati dalle tre regioni esaminate consentono di stimare quanto accade a livello nazionale, vale a dire che **il numero dei sinistri sia sostanzialmente stabile da anni anzi in lieve diminuzione** e che invece aumenti l'entità dei risarcimenti, che è il vero motivo che ha prodotto l'uscita delle assicurazioni dal mercato della responsabilità civile sanitaria, negando la copertura alle strutture (pubbliche e private) e innalzando a dismisura i costi di polizza per i professionisti.

Oggi, però, siamo in grado di stimare per la componente pubblica del nostro sistema sanitario **il numero delle domande risarcitorie attese per il 2016 (circa 18.000)** ed il costo prevedibile per soddisfare le stesse (**fra 350 e 580 milioni di euro**). Ulteriori studi ed il consolidamento dei dati ci consentiranno di confermare la veridicità di tali previsioni e di restringere la forchetta dei costi. Talune differenze sui costi medi dei risarcimenti, infatti, potrebbero essere dovute alle differenti modalità e capacità di liquidazione dei sinistri da parte delle Regioni (chiusura dei sinistri in fase stragiudiziale anziché giudiziale, più rapida definizione dei sinistri di minore entità in termini di importi liquidati rispetto a sinistri più complessi e costosi ecc). Inoltre, per quanto si sia cercato di avere una base dati uniforme, confrontabile anche dal punto di vista cronologico, con estrazioni sincroniche nelle varie Regioni, potrebbero sussistere differenze spiegabili anche per le tempistiche di elaborazione.

L'ortopedia/traumatologia infine rispecchia fedelmente l'andamento noto ed è una delle branche più interessate per la numerosità dei sinistri, più che per l'entità dei risarcimenti: i sinistri c.d. catastrofali non sono frequenti, fortunatamente, in questa disciplina.

Molto è stato fatto e tanto resta ancora da fare, ma non vi è dubbio che formazione, adozione delle pratiche di si-

curezza, corretta comunicazione, sono le parole chiave per ridurre il numero di eventi avversi, soprattutto di quelli inescusabili (never events) e per gestire al meglio i rapporti con i nostri assistiti.

Bibliografia

- 1 Min. Salute Glossario: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=314&area=qualita&menu=sicurezza
- 2 Albolino S, Tartaglia R, Bellandi T, et al. *Patient safety and incident reporting: the point of view of the italian healthcare workers*. Qual Saf Health Care 2010;19:8-12.
- 3 Stahel PF, Sabel AL, Victoroff MS, et al. *Wrong-site and wrong-patient procedures in the universal protocol era: analysis of a prospective database of physician self-reported occurrences*. Arch Surg 2010;145:978-84.
- 4 Tartaglia R, Vannucci A. *Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica*. Springer 2013.
- 5 Clarke JR. *Wrong-site orthopedic operations on the extremities: the Pennsylvania experience*. Pa Patient Saf Advis 2015;12:19-27.
- 6 Panesar SS, Carson-Stevens A, Salvilla SA, et al. *Patient safety in orthopedic surgery: prioritizing key areas of iatrogenic harm through an analysis of 48,095 incidents reported to a national database of errors*. Drug Healthc Patient Saf 2013;5:57-65.
- 7 de Vries EN, Ramrattan MA, Smorenburg SM, et al. *The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review*. Qual Saf Health Care 2008;17:216-23.
- 8 Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, et al. *Malpractice risk according to physician specialty*. N Engl J Med 2011;365:629-36.
- 9 ANIA: L'Assicurazione Italiana 2014-15.
- 10 Fonte Min. Salute Rapporto SDO 2014: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=23
- 11 AGENAS. "Monitoraggio delle denunce di sinistri 2014".
- 12 Capanna R, Tartaglia R. *Oncologia ortopedica*. In: *La prevenzione dell'errore in ortopedia e traumatologia*. Ed. Griffin 2015, pp. 188-195.
- 13 Vainieri M, Flore E, Tartaglia R, et al. *Analisi comparata dei modelli di gestione dei sinistri in sanità. Prime evidenze empiriche sui costi dei sinistri*. Mecosan 2014 Fascicolo 92, pagg. 27-53 doi: 10.3280/MESA2014-092003.