



ASSESSORATO POLITICHE PER LA SALUTE

L'ASSESSORE

	TIPO	ANNO	NUMERO
REG.	/	/	
DEL	/	/	

Al Presidente dell'Assemblea Legislativa  
della Regione Emilia Romagna  
Emma Petitti  
SEDE

**Oggetto: Clausola valutativa della l.r. 7 novembre 2012 n. 13 "Copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del SSR". Trasmissione relazione.**

Si trasmette, in allegato, la relazione sulla clausola valutativa della legge regionale 2012 n. 13 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale".

Distinti saluti

LEGGE REGIONALE 7 novembre 2012, n. 13, recante “Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio sanitario regionale”

RELAZIONE SULL’ATTUAZIONE DELLA LEGGE REGIONALE 13/2012  
(ART. 8 LR 13/2012)

INDICE

1. Premessa. La LR 13/2012: attuazione ed implementazione - Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie: avvio, consolidamento, adeguamento.
2. Nucleo Regionale di Valutazione dei Sinistri
3. Attuazione del Programma regionale: andamento dei sinistri nelle Aziende sanitarie, numero di transazioni effettuate e tempi di risarcimento dei sinistri
  - 3.1 Dati generali periodo 2017-2019
  - 3.2 Gestione del processo
4. Possibili nuovi scenari di sviluppo del Programma regionale
  - 4.1 L’impatto del COVID-19 sulle possibili scelte di politica assicurativa regionale

1. Premessa. La LR 13/2012: attuazione ed implementazione - Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende Sanitarie: avvio, consolidamento, adeguamento.

La presente relazione trova fondamento nella «Clausola valutativa» contenuta all’art. 8 della l.r. n. 13/2012, che prevede che «L’Assemblea legislativa esercita il controllo sull’attuazione della presente legge e valuta i risultati conseguiti dall’introduzione della disciplina regionale per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie» (comma 1), e che «a tal fine, ad esito della sperimentazione...e successivamente, dopo tre anni dall’avvenuta estensione del sistema a tutti gli enti del territorio regionale, la Giunta regionale presenta alla competente Commissione assembleare una relazione che fornisce informazioni sull’andamento dei sinistri negli enti e sull’attuazione del programma regionale, con particolare riguardo al numero delle transazioni effettuate e ai tempi di risarcimento dei sinistri» (comma 2).

È dunque espressamente previsto dalla Legge regionale un percorso incrementale che, attraverso un duplice *step* - uno sperimentale e uno a regime - consenta di valutare adeguamenti al “Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie” (in seguito Programma regionale), alla luce dei dati e degli esiti prodotti, con particolare riguardo al numero di transazioni e al tempo di

	ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
a uso interno	DP		Classif.						Fasc.	2016	

liquidazione dei sinistri, quali aspetti determinanti per misurare l'efficienza e l'efficacia del sistema.

Si precisa a tal riguardo che, conclusa la fase sperimentale in data 31 dicembre 2016, in coincidenza con l'avvenuta deliberazione di adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale, è stata debitamente trasmessa relazione informativa all'Assemblea legislativa riferita all'arco temporale 2013-2016 (in atti PG/2018/0069356). Come noto, poi, dal 1° gennaio 2017 - in coerenza con l'art. 7 della l.r. n. 13/2012 -, la DGR n. 2311/2016 ha dunque inaugurato l'avvio di una nuova fase valutativa conclusa il 31 dicembre 2019, tesa a verificare l'impatto applicativo del Programma regionale, al fine di desumere elementi conoscitivi e dati rappresentativi che consentano di valutare eventuali adeguamenti o revisioni al Programma stesso.

Relativamente alla storia e allo sviluppo del Programma regionale, ai fini della presente relazione pare opportuno rammentare nuovamente il contesto da cui esso prese originariamente le mosse nel gennaio 2013, seppur ancora nell'ambito di un primo modello di ritenzione parziale del rischio derivante da attività sanitaria. E infatti, fattori quali il progressivo abbandono da parte delle Compagnie Assicuratrici nazionali del mercato assicurativo per la tutela degli eventi dannosi legati all'attività sanitaria, nonché il conseguente ingresso di Compagnie straniere, con rating più o meno affidabili, come anche l'innalzamento vertiginoso dei premi, il ricorso generalizzato a nuovi prodotti assicurativi caratterizzati da clausole contrattuali onerose, l'introduzione sistematica di sistemi "*claims made*", la progressiva introduzione di rilevanti franchigie frontali per singolo sinistro e di franchigie aggregate annue, essi furono tutti elementi che hanno inevitabilmente sollecitato la Regione Emilia Romagna a valutare modalità alternative alla gestione assicurativa così come delineata dalla l.r. 50/1994, in tal modo conducendola a delineare e sviluppare un efficace sistema di autoritenzione del rischio.

Pertanto, le suddette circostanze concrete, unitamente a ragioni di natura etica volte ad un sostanziale ripensamento sulle strategie di prevenzione dei rischi e di gestione del relativo contenzioso hanno costituito il terreno su cui ancorare un progetto fortemente innovativo, qual è il Programma regionale, che esprime ancor oggi la mission di un Sistema Sanitario Regionale responsabile, virtuoso, teso a soddisfare esigenze globali di protezione e tutela degli assistiti.

Il Programma regionale ha altresì rappresentato adeguata risposta alle istanze dei professionisti sanitari, sempre più sovente coinvolti in vertenze giudiziarie gestite interamente dalle Compagnie assicuratrici (spesso con logiche marcatamente speculative e spersonalizzanti), con l'intento di ripristinare un clima di maggiore serenità e collaborazione come pre-condizione essenziale alla sicurezza delle cure e alla disincentivazione alla medicina difensiva, quale strumento inappropriato di protezione soggettiva finalizzato alla limitazione del rischio professionale. Inoltre, la partecipazione e la collaborazione dei professionisti soprattutto in caso di contenzioso consente di acquisire rilevanti informazioni sull'accaduto, comprenderne le dinamiche, individuare le criticità e le lacune nei percorsi di cura, direttamente ed efficacemente condizionando l'analisi e la gestione del rischio in termini di adozione di adeguate e tempestive misure correttive.

Con il dichiarato obiettivo di perseguire una tutela complessiva della salute degli utenti del SSR, che si facesse altresì carico della gestione, analisi e monitoraggio degli eventi avversi legati

all'attività sanitaria, dapprima la DGR n. 1350/2012 e poi la Legge regionale 7.11.2012, n. 13 – quest'ultima intervenuta a dare copertura normativa forte al Programma Regionale - hanno dato avvio dal 1.1.2013 alla "fase sperimentale" del programma, con l'espressa previsione legislativa che (solo) dal momento di adesione da parte degli Enti, gli stessi sarebbero stati esonerati dall'obbligo di assicurazione di cui all'art. 32 della l.r. n. 50/94.

Il Programma regionale, che si sostanzia nella gestione diretta dei sinistri, si realizza attorno a un peculiare modello di collaborazione tra le Aziende Sanitarie e la Regione Emilia-Romagna che, al fine di garantire un sistema improntato all'imparzialità e trasparenza dei processi decisionali, attrae a sé varie funzioni di supporto a favore delle Aziende sanitarie, quali l'attività consultiva nella fase decisoria, la definizione di regole e indicazioni operative, la raccolta dati nonché l'istituzione di un Osservatorio per la sicurezza delle cure e la continua formazione per gli operatori del settore.

Il "primo programma" approvato nel 2012 prevedeva un modello diversificato e multilivello, in ragione di tre tipizzate fasce economiche di rischio:

- a) Prima fascia: gestione esclusiva per sinistri di valore economico sino a € 100.000, per cui le Aziende – attraverso propri Comitati Valutazione Sinistri (d'ora in poi, CVS) – provvedevano autonomamente alla valutazione della sussistenza della responsabilità (an) e alla determinazione del quantum;
- b) Seconda fascia: cogestione dell'Azienda unitamente al livello regionale – tramite apposito Nucleo Regionale di Valutazione (di qui in avanti, NRV) – per sinistri il cui valore economico è ricompreso tra € 100.000 e 1.500.000;
- c) Terza fascia: partecipazione alla procedura valutativa nell'ambito della copertura assicurativa di livello regionale per i cosiddetti rischi «catastrofali», di valore superiore a € 1.500.000.

Tale differenziazione risultava necessaria in considerazione dei difforni gradi di sviluppo delle competenze specifiche a livello aziendale, ma soprattutto in ragione della volontà della Regione di mantenere comunque un presidio accentrato e coerente con il sostegno finanziario accordato al sistema.

Per l'avvio del Programma regionale - approvato con DGR 1350/2012 - fu prevista una applicazione progressiva, attraverso l'attivazione di una prima fase transitoria e sperimentale alla quale parteciparono alcune Aziende sanitarie territoriali individuate dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, sulla base di una valutazione circa i termini delle polizze stipulate con le compagnie assicurative, tenuto altresì conto della sussistenza di adeguati assetti organizzativi e delle risorse presenti in Azienda. Tale fase sperimentale sarebbe dovuta durare il tempo necessario per valutare efficacia e funzionalità del Programma, anche al fine di individuare i necessari elementi correttivi ed integrativi, dovendosi dar luogo - solo in seguito e solo a fronte di risultati soddisfacenti - al consolidamento del modello, con conseguente estensione di esso a tutte le altre Aziende sanitarie, in corrispondenza delle scadenze dei relativi contratti assicurativi.

Invero, il piano così delineato fu oggetto di necessitata ed improcrastinabile revisione in considerazione del sopravvenuto recesso da parte della Compagnia assicuratrice (aggiudicataria della gara europea per la copertura dei sinistri catastrofali) dagli accordi contrattuali già a far data dal 1° gennaio 2014, con conseguente vuoto di tutela per i sinistri di valore economico superiore a € 1.500.000,00. Tale circostanza ha dunque obbligato la Regione Emilia Romagna ad un anticipato ripensamento degli assetti *medio tempore* costituitisi, costringendo inevitabilmente all'anticipazione del percorso – già implicito nella scelta strategica a monte operata - di ritenzione totale del rischio sanitario, e conseguente gestione diretta di tutti i sinistri derivanti da responsabilità medica.

E' con l'approvazione dell'art. 48 della Legge Regionale n. 28 del 20/12/2013 (di modifica della Legge Regionale n. 13/2012) e con la successiva DGR n. 2079/2013 che la Giunta Regionale approva un nuovo Programma Regionale prevedendo una gestione bipartita del rischio sanitario, mediante la suddivisione degli importi derivanti dalle richieste di risarcimento danni in due nuove fasce:

1. per importi fino ad un massimo di € 250.000,00, le singole Aziende provvedono autonomamente alla gestione e liquidazione del relativo risarcimento, con oneri a carico del proprio bilancio aziendale;
2. per importi superiori ad € 250.000,00, la Regione (per il tramite del Nucleo di Valutazione sinistri Regionale) e le singole Aziende collaborano nella gestione del sinistro, prevedendosi un apposito meccanismo di rimborso – a carico della Regione Emilia-Romagna – per gli importi eccedenti la somma di € 250.000,00.

Con il passaggio alla ritenzione totale del rischio, secondo due differenziate fasce economiche, il legislatore regionale ha eliminato ogni funzione regionale in ordine all'obbligo di garantire una copertura assicurativa per i sinistri catastrofali e stralciato contestualmente dal finanziamento regionale il costo della relativa polizza, optando per la gestione diretta di tutti i sinistri, indipendentemente dal valore economico, senza l'intervento di Compagnie assicuratrici.

Il nuovo assetto ha reso fondamentale una più stretta collaborazione con tutte le Aziende sperimentatrici, tramite l'adozione di nuove specifiche linee guida di indirizzo, nonché di indicazioni operative volte a regolare i rapporti fra Regione Emilia-Romagna, Aziende Sanitarie e Nucleo di Valutazione sinistri Regionale, con necessaria maggiore focalizzazione sull'assetto organizzativo minimo delle Aziende sanitarie. In altri termini, l'attribuzione alle Aziende sanitarie di un ruolo più ampio nella gestione dei sinistri – autonomo e diretto per i sinistri di valore sono a € 250.000, e di tipo collaborativo con il coinvolgimento della Regione per i sinistri eccedenti tale valore, e dunque di seconda fascia –, ha reso necessaria l'attivazione di un percorso che garantisse l'adozione di procedure efficaci ed omogenee sull'intero territorio regionale.

A tal proposito si ricordano le linee di indirizzo per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità, concernenti i requisiti di processo e organizzativi minimi per rendere omogenei i flussi di lavoro e informativi - trasmesse alle Aziende sanitarie con nota prot. PG/2016/776113 del 20 dicembre 2016 -, nonché la necessità, evidenziata in tale contesto, di

sviluppare le competenze interne attraverso percorsi formativi specifici e di affiancamento sul campo.

La fase di sperimentazione del Programma Regionale, che ha visto la progressiva ammissione di nuove Aziende Sanitarie regionali tramite le DGR 561/2014, 1889/2015 e 603/2016, è giunta a compimento nel dicembre 2016, attraverso l'adozione della DGR 2311/2016, coincidente sia con l'inclusione delle ultime Aziende sanitarie (a far data dal 01/01/2017) che con l'inizio di una nuova fase valutativa di durata triennale, volta a verificare i possibili impatti applicativi del Programma Regionale entrato a regime, al fine di trarre nuovi elementi conoscitivi, dati statistico-numericamente maggiormente rappresentativi e utili a consentire un costante aggiornamento e adeguamento del Programma stesso.

L'entrata in vigore dal 1° aprile 2017 della Legge 24/2017, recante «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie», ha posto la necessità di procedere ad un coordinamento tecnico normativo del Programma regionale con la sopravvenuta normativa statale. In particolare, pur nella consapevolezza che ulteriori interventi di raccordo si sarebbero resi necessari visto il quadro normativo statale incompleto e tuttora in evoluzione, la Regione ha ritenuto di intervenire su alcuni degli aspetti connessi alla entrata in vigore la L. 24/2017 quali, da un lato, la specificazione dell'ambito di applicazione soggettivo e oggettivo del Programma regionale, e, dall'altro, l'emanazione di una Circolare in ordine all'applicazione dell'art. 13 della legge 8 marzo 2017, n. 24 su «Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità» e degli artt. 4, comma 3, e 10, comma 4, della l. 8 marzo 2017, n. 24, circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche.

Per quanto riguarda il primo aspetto è stato deliberato apposito provvedimento, dovendo il Programma - quale misura analoga di copertura ai sensi della L. 24/2017 - assicurare almeno gli stessi standard di garanzia previsti dalla legge. In particolare, la DGR 24 settembre 2018 n. 1565 ha dunque specificato, nelle more dell'emanazione dei decreti attuativi di cui all'art. 10, comma 6, l. 8 marzo 2017, n. 24 e fatta salva eventuale revisione a seguito dell'emanazione dei medesimi, l'ambito di applicazione del Programma regionale, così specificando: (a) ambito soggettivo - il Programma si applica agli esercenti le professioni sanitarie a qualunque titolo operanti presso le strutture sanitarie, compresa l'attività libero professionale intramuraria, l'attività di sperimentazione e ricerca clinica, nonché l'attività svolta in convenzione con il SSN e la telemedicina; (b) ambito oggettivo di applicazione del programma - è ricompreso nell'applicazione del Programma il risarcimento dei danni a persone e cose che l'Azienda è tenuta a pagare, comprensivo di capitale, interessi, rivalutazione e spese, a titolo di responsabilità civile verso terzi e verso tutto il personale di cui al punto a), ambito soggettivo, anche in sede di rivalsa da parte di istituti previdenziali e assistenziali, in conseguenza della propria attività o della omissione di obblighi cui è tenuta» .

Oltre alla specificazione dell'ambito di applicazione del Programma regionale, la legge n. 24/2017 ha altresì reso necessario un intervento regionale rispetto all'applicazione dell'art. 13 della medesima legge su «Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità», nonché rispetto gli obblighi di pubblicità in capo alle

strutture sanitarie pubbliche (artt. 4, comma 3, e 10, comma 4, l. n. 24/2017), che si è realizzato attraverso la Circolare n. 12/2019.

La suddetta Circolare, al fine di dare un concreto ed efficace supporto ai professionisti coinvolti in contenzioso, stabilendo con essi la più intensa e produttiva collaborazione, ha dato riscontro ad alcune sollecitazioni aziendali, affrontando in modo sistematico la portata applicativa e le implicazioni derivanti dall'art. 13 della l. n. 24/2017, fornendo sia indicazioni operative in ordine all'applicazione dell'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità, che procedendo, alla luce dei nuovi orientamenti, ad una azione di adeguamento delle procedure aziendali e interne di gestione dei sinistri. E dunque, al fine di supportare le Aziende sanitarie in tale attività, la Regione ha ritenuto altresì opportuno utilizzare come strumento la Circolare n. 12/2019 per aggiornare le "Linee di indirizzo regionali per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità" agli obblighi di cui all'art. 13, l. n. 24/2017 e ai contenuti della stessa.

Da ultimo - ma non per questo di minore importanza strategica -, la Regione ha posto in essere un importante percorso di formazione ed aggiornamento destinato ai dipendenti addetti alla gestione dei sinistri (avvocati e personale amministrativo) e del rischio clinico (medici legali, risk manager). Infatti, sulla scorta dell'art. 3 della l.r. 12/2013, secondo cui "la Regione Emilia-Romagna svolge funzioni di indirizzo, di supporto, di coordinamento e di sostegno finanziario agli enti nell'ambito della prevenzione degli eventi avversi e della gestione diretta dei sinistri", ed in particolare "cura la formazione del personale degli enti operanti nel settore della gestione del rischio", ed in linea con quanto stabilito dalla DGR n. 2079/2013 (punto 5.5) che attribuisce alla formazione il ruolo di strumento indispensabile per consolidare e accrescere le competenze e professionalità specificamente dedicate alla prevenzione degli eventi avversi ed alla gestione autonoma del contenzioso, la Regione nel settembre 2019 ha finanziato e dato avvio ad un importante piano di formazione biennale intitolato «La gestione del sinistro nell'ambito del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie, anche alla luce della riforma operata dalla L. 8 marzo 2017, n. 24».

Si tratta di un piano formativo di durata biennale con certificazione delle competenze - munito sia di accreditamento ECM che di accreditamento presso l'Ordine degli Avvocati di Bologna - che si concluderà a giugno del 2021, rivolto a personale aziendale e regionale (90 discenti), teso all'acquisizione e al consolidamento di expertise aggiornate, integrate ed allineate in tutte le realtà territoriali. In particolare, dette competenze saranno verificate tramite l'elaborazione di un project-work finale avente ad oggetto l'analisi dei sinistri aperti in gestione diretta, inizialmente rigettati dalle Aziende ed evoluti in procedimenti giudiziari conclusi con esito sfavorevole per le Aziende. In particolare, il Project work prevede altresì la redazione di proposte di miglioramento per l'ottimizzazione del processo di gestione sinistri - una per singola area territoriale (Romagna, AVEC ed AVEN) -, e gli esiti di tali analisi potrebbero costituire altresì la base per valutare l'introduzione di nuove procedure e/o assetti organizzativi finalizzati a ulteriormente ridurre esiti sfavorevoli e/o imprevisi.

## 2. Nucleo Regionale di Valutazione

Il Nucleo regionale di valutazione sinistri (NVR), organismo autonomo della Giunta Regionale previsto dall'art. 4 della l.r. n.13/2012 e istituito con DGR n. 1905/2012, ha assunto un ruolo centrale nell'ambito del descritto sistema collaborativo multilivello, assolvendo alle previste funzioni consultive e di supporto sia alla Direzione Generale sanità e politiche sociali (ora Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare) sia alle singole Aziende sanitarie. Tale organismo è stato costituito al fine di supportare il sistema aziendale nella valutazione dei sinistri di particolare complessità, assicurare l'imparzialità delle decisioni inerenti il risarcimento dei danni da responsabilità civile, garantire adeguata coerenza tra le decisioni che assume l'Azienda nella liquidazione dei sinistri e l'assunzione dei conseguenti oneri finanziari da parte della Regione. Inoltre, al NRV sinistri è stato attribuito un potere di proposta a supporto del sistema di gestione diretta dei sinistri per consentirne l'implementazione, l'integrazione e l'adeguamento nel tempo, oltre ad una funzione ispettiva in casi di eventi avversi di particolare rilevanza.

La funzione principale del NRV sinistri è comunque rimasta quella consultiva in ordine ai sinistri di seconda fascia, per i quali la Regione esplica un intervento incisivo nel rapporto Azienda/utente, esprimendo obbligatoriamente un parere sulla liquidabilità e la quantificazione del danno, e dunque accollandosi l'onere finanziario conseguente. E in un siffatto sistema di cogestione e di accompagnamento, il ruolo dell'Azienda sanitaria consiste nell'istruttoria preliminare, nella partecipazione alla valutazione del sinistro, da condurre preliminarmente alla trasmissione del sinistro al NRV sulla base di apposita procedura, nonché nella successiva trattazione del sinistro e nella liquidazione definitiva a favore del danneggiato. Il parere obbligatorio espresso dal NRV sinistri assume pertanto un duplice connotato, di mezzo istruttorio e strumento di raccordo fra i due livelli di gestione del sinistro.

Il NRV sinistri è composto da professionisti esperti nel settore sanitario, medico-legale e legale-assicurativo e, ai fini operativi, si articola in sezioni e può altresì avvalersi della consulenza di esperti in relazione a propri specifici compiti e ai sinistri da affrontare, avvalendosi nell'esercizio di ogni sua funzione dei dati prodotti dalle attività di monitoraggio, e segnatamente di apposito «Database dei sinistri della regione Emilia-Romagna», appositamente reingegnerizzato nel 2012 per l'attuazione del Programma regionale. La nomina nonché la sostituzione dei componenti è demandata ad un provvedimento del Direttore generale Cura della persona, Salute e Welfare e, per l'attuale composizione dell'Organismo fino al 31 dicembre 2021 si rimanda alla Determinazione n. 11456 del 6 luglio 2020.

Riguardo all'attività di espressione di pareri svolta dal Nucleo regionale nel triennio di riferimento (dicembre 2017-dicembre 2019), la stessa può essere così sintetizzata:

n. 70 pareri obbligatori così suddivisi:

- n. 14 nel 2017;
- n. 15 nel 2018;
- n. 50 nel 2019.

Relativamente al numero complessivo dei pareri emessi dal Nucleo, si evidenzia un incremento significativo dell'attività, e ciò in considerazione del definitivo ingresso di tutte le Aziende sanitarie in seno al Programma regionale a far data dal 1.1.2017. Il dato si riferisce ai pareri espressi nel corso del triennio di riferimento in relazione a sinistri aperti nei differenti anni di competenza, consentendo analisi in relazione all'intensità dell'attività svolta e alla frequenza dei pareri. A tale scopo, si rammenta che con riguardo ai sinistri aperti nel 2013 la soglia di competenza regionale comprendeva risarcimenti di valore superiore a € 100.000,00, dal 2014 tale soglia è stata innalzata a € 250.000,00.

### **3. Attuazione del Programma regionale: andamento dei sinistri nelle Aziende sanitarie, numero di transazioni effettuate e tempi di risarcimento dei sinistri**

Per la redazione della presente relazione, tesa a fornire all'Assemblea legislativa regionale tutte le informazioni sull'andamento dei sinistri negli Enti e sull'attuazione del Programma regionale, è d'uopo premettere che sono stati utilizzati i dati riportati dalle Aziende sanitarie nell'applicativo WEB (DB Sinistri Contenzioso legale) della Regione Emilia-Romagna, estrapolati ed aggiornati al 15 ottobre 2020.

Il programma DB-RER, rivisto ed integrato nel 2012, con lo scopo di garantire l'analisi e la rendicontazione dei processi per la gestione del contenzioso legale, permette alle Aziende di registrare puntualmente l'iter delle pratiche relative alla gestione dei sinistri, consentendo la raccolta di informazioni relative alla valutazione medico legale, all'attività dei Comitati Valutazione dei Sinistri (CVS) e del Nucleo Regionale di Valutazione (NRV), nonché dati relativi alle segnalazioni alla Corte dei Conti. La revisione dell'applicativo ha consentito la registrazione delle nuove informazioni per i sinistri aperti a partire dal 1° gennaio 2013, sia in gestione diretta che assicurativa.

Di seguito si dà conto dei principali risultati per gli anni 2017-2019, essendosi definitivamente chiuso il secondo periodo valutativo triennale, e potendo ormai riferirsi a dati massimamente consolidati, sulla base dei quali possono anche paventarsi alcune possibili direzioni di riforma in ordine al Programma regionale.

#### **3.1 Dati generali periodo 2017-2019**

Nel periodo di osservazione 2017-2019, il numero di sinistri aperti dalle Aziende Sanitarie si è mantenuto tendenzialmente costante (intorno a 1.200 casi per anno); il numero complessivo dei sinistri aperti nel periodo di riferimento risulta minore rispetto al quadriennio precedente, in cui peraltro il dato si riferiva a un numero di Aziende ridotto in ragione dell'ingresso graduale nel Programma (tabella 1).

Tabella 1 – Distribuzione dei sinistri per anno di apertura della pratica

Anno apertura pratica	N. sinistri
2010	1.589
2011	1.574
2012	1.745
2013	1.535
2014	1.563
2015	1.539
2016	1.424
2017	1.237
2018	1.283
2019	1.212

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 15/10/2020

Detti sinistri sono distribuiti presso le Aziende come da tabella 2 seguente.

Tabella 2 Distribuzione dei sinistri per anno di apertura pratica ed Azienda

Azienda	Anno di apertura pratica						Totale sinistri	
	2017		2018		2019		Num.	%
	Num.	%	Num.	%	Num.	%		
101 - AUSL PIACENZA	67	5,4	72	5,6	70	5,8	209	5,6
102 - AUSL PARMA	38	3,1	47	3,7	32	2,6	117	3,1
103 - AUSL REGGIO EMILIA	78	6,3	133	10,4	97	8,0	308	8,3
104 - AUSL MODENA	76	6,1	82	6,4	75	6,2	233	6,2
105 - AUSL BOLOGNA	122	9,9	112	8,7	125	10,3	359	9,6
106 - AUSL IMOLA	35	2,8	37	2,9	32	2,6	104	2,8
109 - AUSL FERRARA	56	4,5	42	3,3	42	3,5	140	3,8
114 - AUSL ROMAGNA	253	20,5	271	21,1	288	23,8	812	21,8
106 - AUSL IMOLA - MONTECATONE	11	0,9	10	0,8	2	0,2	23	0,6
902 - AOU PARMA	100	8,1	98	7,6	97	8,0	295	7,9
903 - AO REGGIO EMILIA	59	4,8	27	2,1	15	1,2	101	2,7
904 - AOU MODENA	89	7,2	109	8,5	124	10,2	322	8,6
908 - AOU BOLOGNA	96	7,8	100	7,8	89	7,3	285	7,6
909 - AOU FERRARA	66	5,3	52	4,1	48	4,0	166	4,4
960 - I. O. R.	91	7,4	91	7,1	76	6,3	258	6,9
<b>Totale Regionale</b>	<b>1.237</b>	<b>100</b>	<b>1.283</b>	<b>100</b>	<b>1.212</b>	<b>100</b>	<b>3.732</b>	<b>100</b>

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 15/10/2020

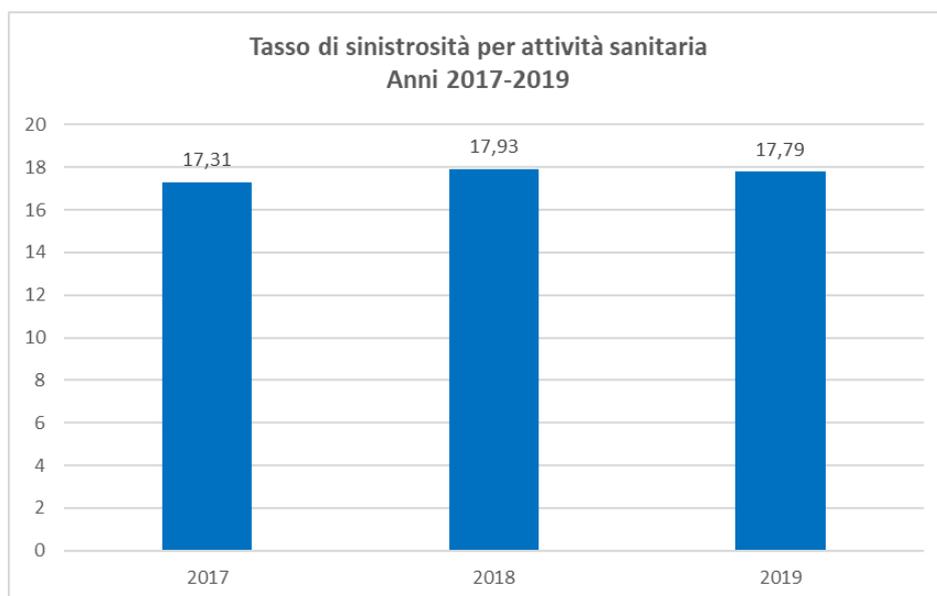
Come illustrato nei grafici sottostanti, anche l'indice di sinistrosità regionale – determinato dal numero dei sinistri per 10.000 dimessi - evidenzia una stabilità del dato che si attesta al 17%, con lievi flessioni annuali

Tab. 3 - Tassi di sinistrosità - Anni 2017 – 2019

Anno di apertura pratica	N. sinistri attività sanitaria <sup>1</sup>	N. ricoveri	Tasso di sinistrosità attività sanitaria
<b>2017</b>	1.022	590.562	17,31
<b>2018</b>	1.046	583.295	17,93
<b>2019</b>	1.032	580.178	17,79

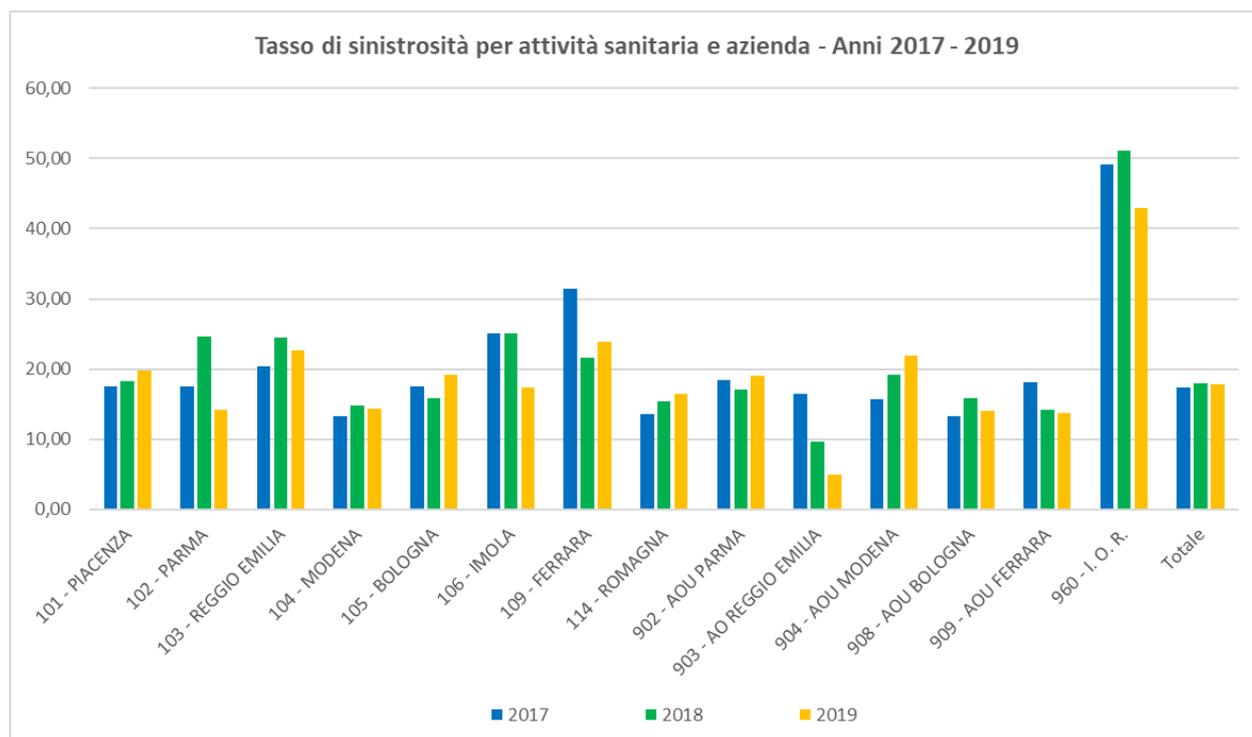
*Sinistri avvenuti in regime di ricovero ordinario e day hospital, più pronto soccorso e ambulatori ospedalieri*

Grafico 1 Indice di sinistrosità (per 10.000 dimessi) – Anni 2017-2019



Tra le Aziende si osserva una certa variabilità, seppur contenuta: l'alto valore che si osserva per l'Istituto Ortopedico Rizzoli deriva dall'incidenza elevata in termini di sinistrosità della ortopedia che - in tal caso - costituisce esclusiva specialità dell'Istituto.

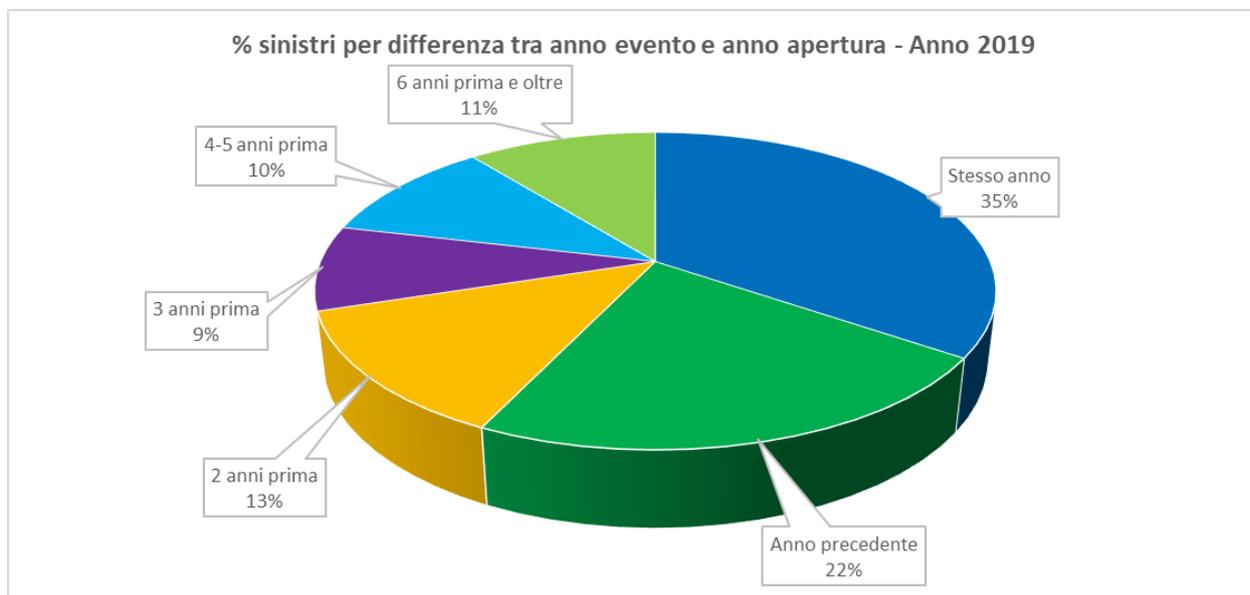
Grafico 2 Indice di sinistrosità per Azienda Sanitaria (per 10.000 dimessi) – Anni 2017-2019



Nel grafico sotto riportato è evidenziato l'intervallo temporale intercorrente tra la data dell'evento e la richiesta di risarcimento del sinistro, ossia il tempo di reazione del danneggiato rispetto all'accadimento. A tal riguardo, nel 2019 si osserva che in circa il 35% dei casi la richiesta avviene entro l'anno; il 22% dei casi si riferisce ad eventi accaduti nell'anno precedente, e poi degrada anche se non proporzionalmente. Tale distribuzione risulta rilevante ai fini della adeguata costituzione e aggiornamento del fondo rischi. Infatti, è evidente che più l'evento è risalente nel tempo, minore sarà la possibilità che lo stesso determini una richiesta danni, compatibilmente con i tempi di prescrizione dell'azione risarcitoria. Analogamente, in caso di rigetto della richiesta, la mancata reazione del danneggiato protrattasi nel tempo rende il rischio di pagamento solamente possibile e non più probabile, salvo poi diventare remoto in caso di ulteriore silenzio.

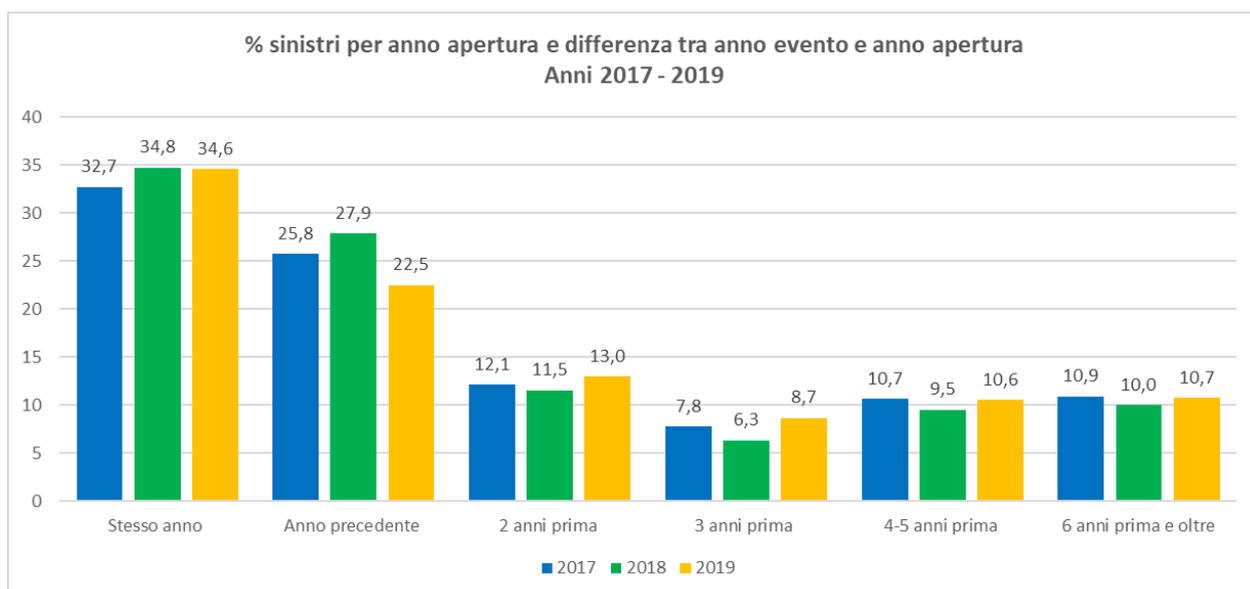
Complessivamente, per circa l'80% dei casi l'evento di danno è avvenuto nei tre anni precedenti la richiesta. Rimane una quota intorno al 10% di casistica riferita a 4-5 anni prima, e dell'11% per eventi accaduti oltre 6 anni prima della richiesta (Grafico 3).

Grafico 3 Sinistri per anno di evento e richiesta risarcimento – Anno 2019



Di seguito sono rappresentati gli intervalli di tempo tra accadimento e richiesta riferiti all'intero periodo 2017-2019 che conferma il dato analizzato per la singola annualità, presa come riferimento

Grafico 4 Sinistri per anno di evento e richiesta risarcimento - Anni 2017-2019



Analizzando la modalità da cui scaturisce l'apertura del sinistro, nel 2019 più del 90% attiene ad una richiesta di risarcimento, il 3% dei casi si apre con un procedimento penale; per quanto riguarda i procedimenti civili e le mediazioni civili, questi rappresentano quote abbastanza residuali (grafico 5). Non si osservano variazioni significative negli anni (grafico 6).

Grafico 5 Modalità di apertura del sinistro – Anno 2019

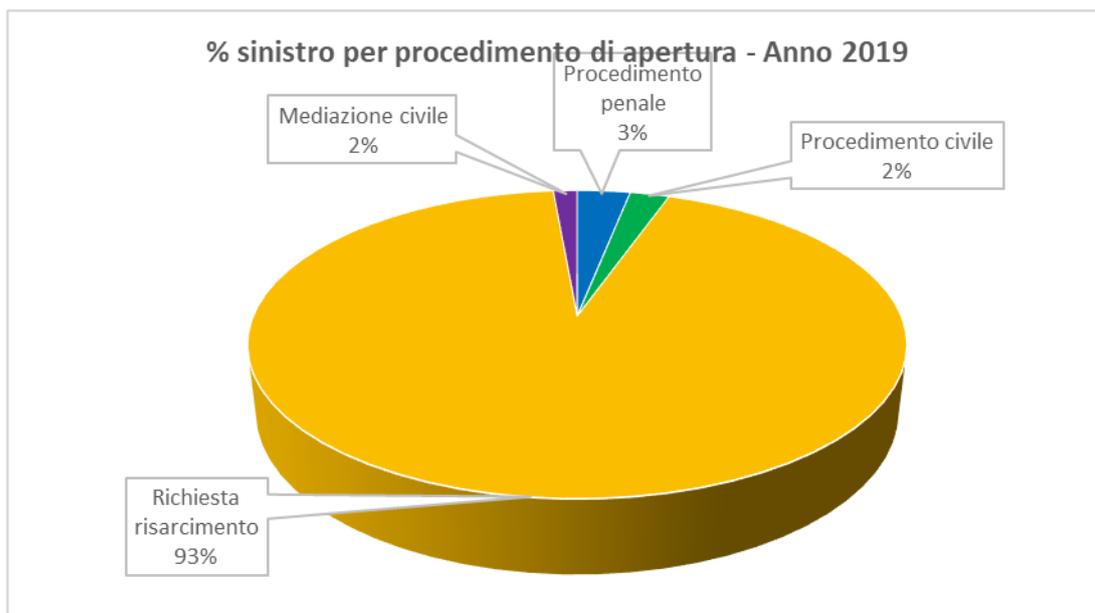
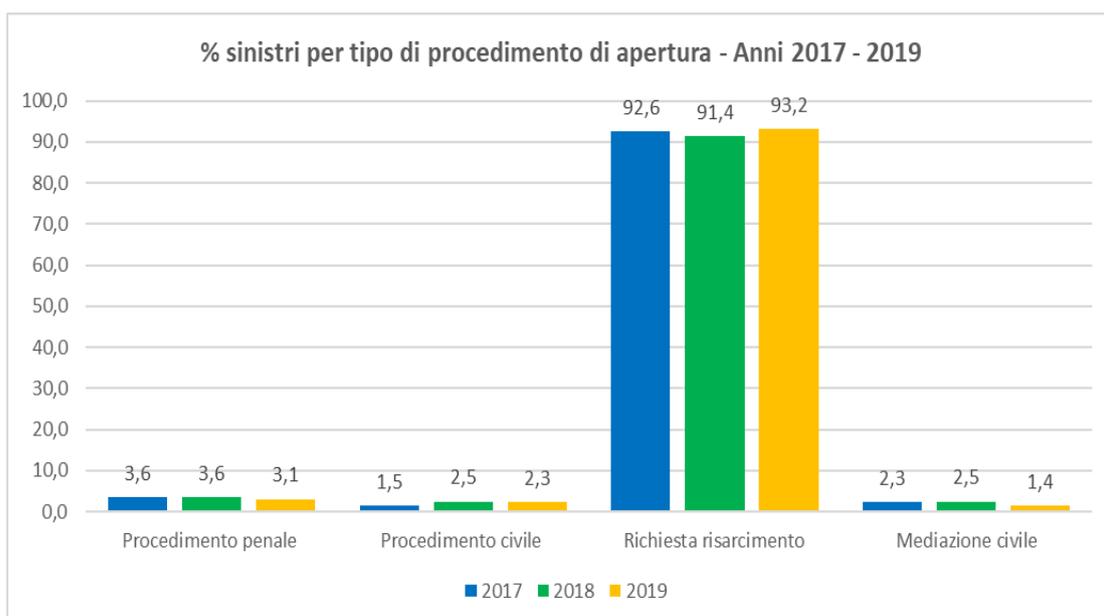


Grafico 6 Modalità di apertura del sinistro - Anni 2017-2019



Tab. 4 - N. sinistri per anno di apertura e tipo di procedimento di apertura - Anni 2017 – 2019

Anno di apertura pratica	Procedimento apertura pratica								Totale sinistri
	Procedimento penale		Procedimento civile		Richiesta risarcimento		Mediazione civile		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
2017	44	3,6	19	1,5	1.146	92,6	28	2,3	<b>1.237</b>
2018	46	3,6	32	2,5	1.173	91,4	32	2,5	<b>1.283</b>
2019	38	3,1	28	2,3	1.129	93,2	17	1,4	<b>1.212</b>

Vagliando il profilo della persona danneggiata, nell'anno 2019 per quasi il 94 % si tratta di pazienti, mentre il restante 6% si divide equamente tra operatori e visitatori (grafico 7). Non si registrano variazioni significative nel triennio di riferimento (grafico 8).

Grafico 7 Tipologia di danneggiato – Anno 2019

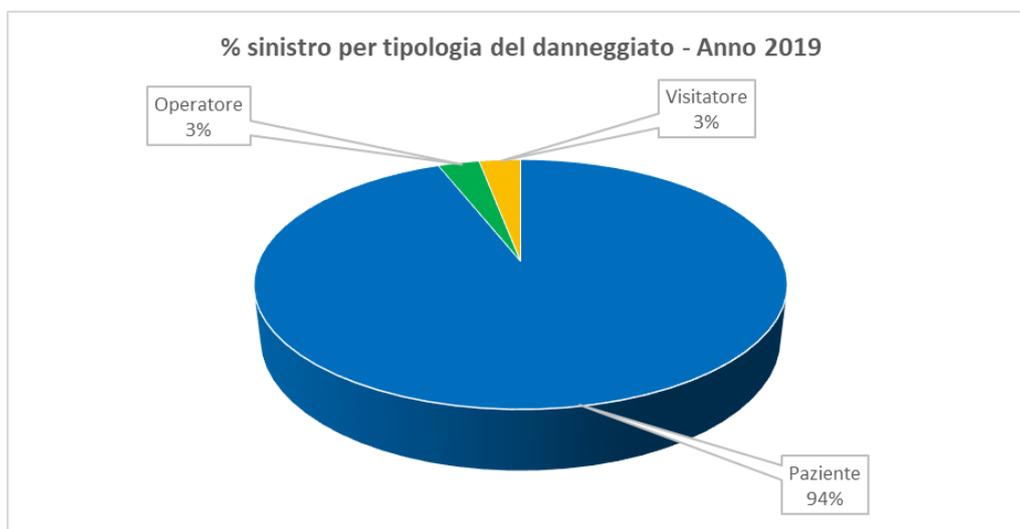
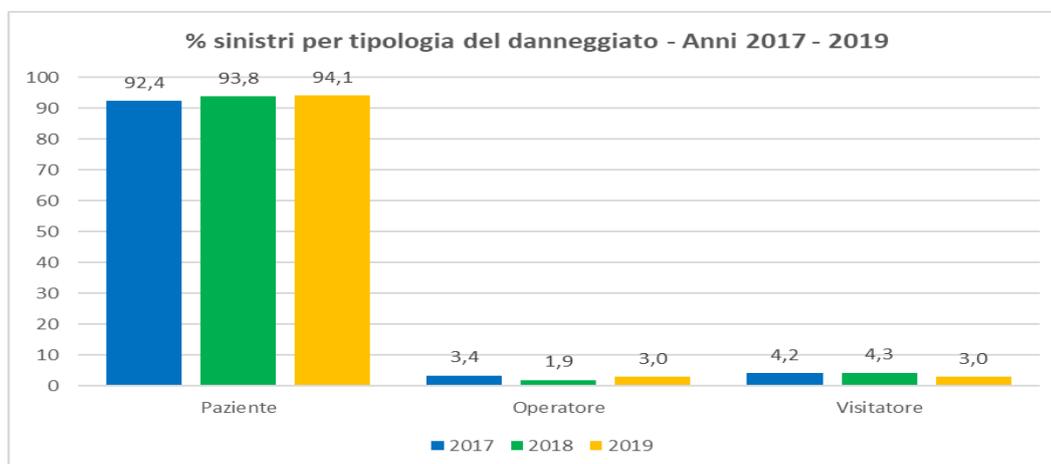


Grafico 8 Tipologia di danneggiato - Anni 2017-2019



Per quanto attiene alla tipologia di danno lamentato, se ne distinguono fondamentalmente due gruppi: il danno alla persona (decesso e lesioni) e quello a cose. Come evidenzia il grafico 9, nel 2019 i danni da lesioni sono il 71%, 11% decessi, 1% infortuni e malattie professionali, meno del 10% danni a cose (grafico 9). Anche in questo caso non ci sono variazioni significative nel tempo (grafico 10).

Grafico 9 - Tipologia del danno – Anno 2019

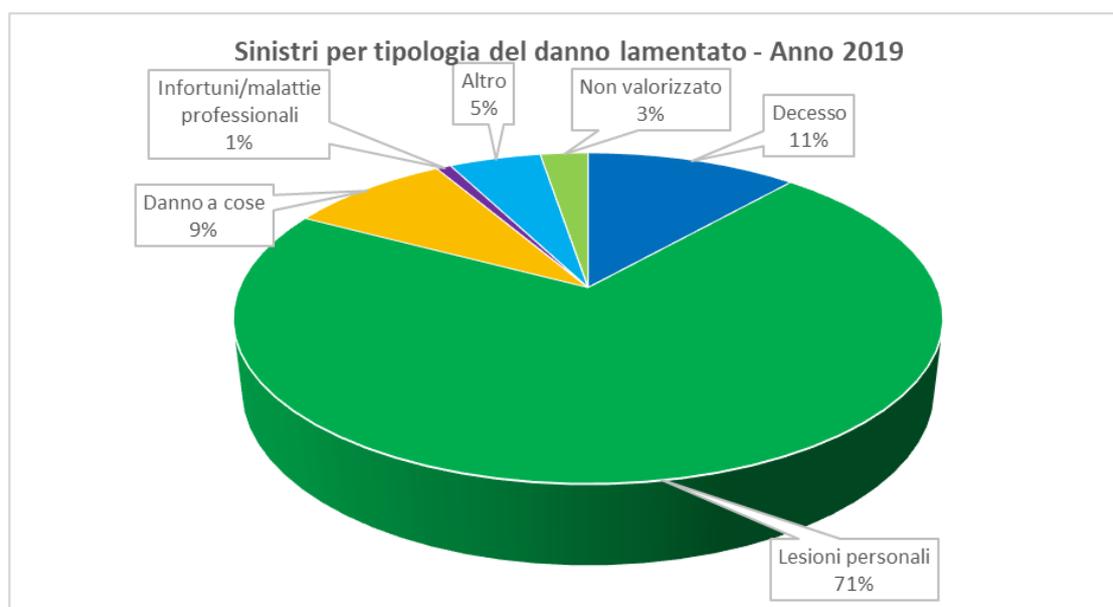
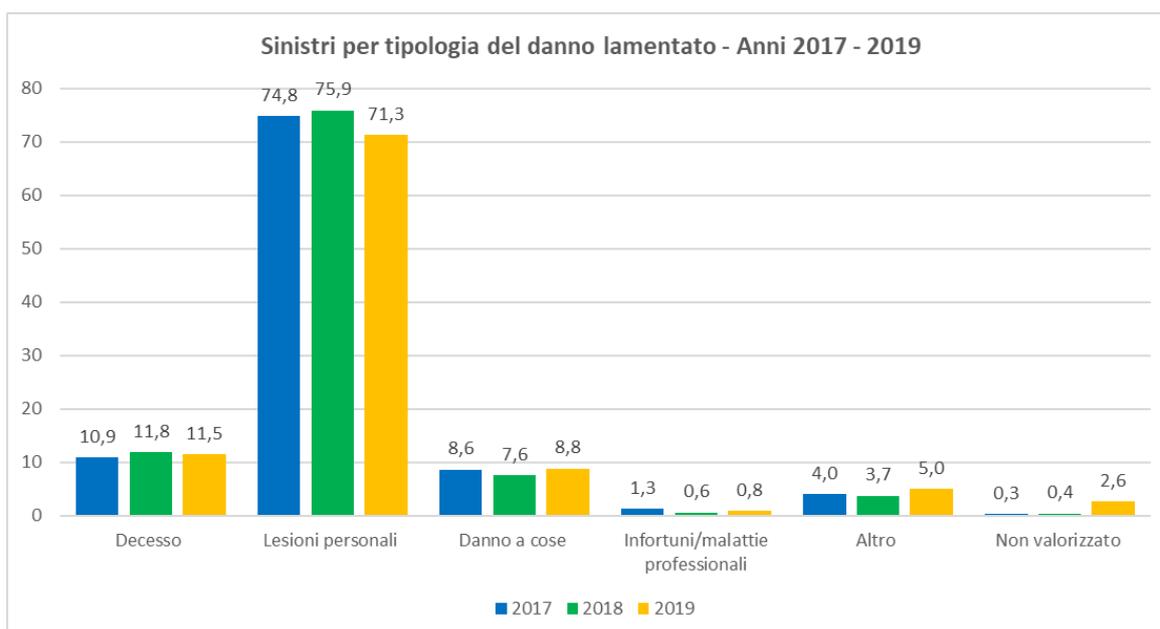


Grafico 10 - Tipologia del danno - Anni 2017-2019



Con riferimento alla tipologia del richiedente, nel 67% dei casi si tratta di richiesta presentata da un legale, nel 6% si tratta di Agenzie infortunistiche, mentre solo nel 15% la richiesta è presentata autonomamente dal danneggiato (grafico 11). Nel triennio di riferimento non ci sono modifiche significative in ordine a tale aspetto (grafico 12).

Grafico 11 - Tipologia del richiedente - Anno 2019

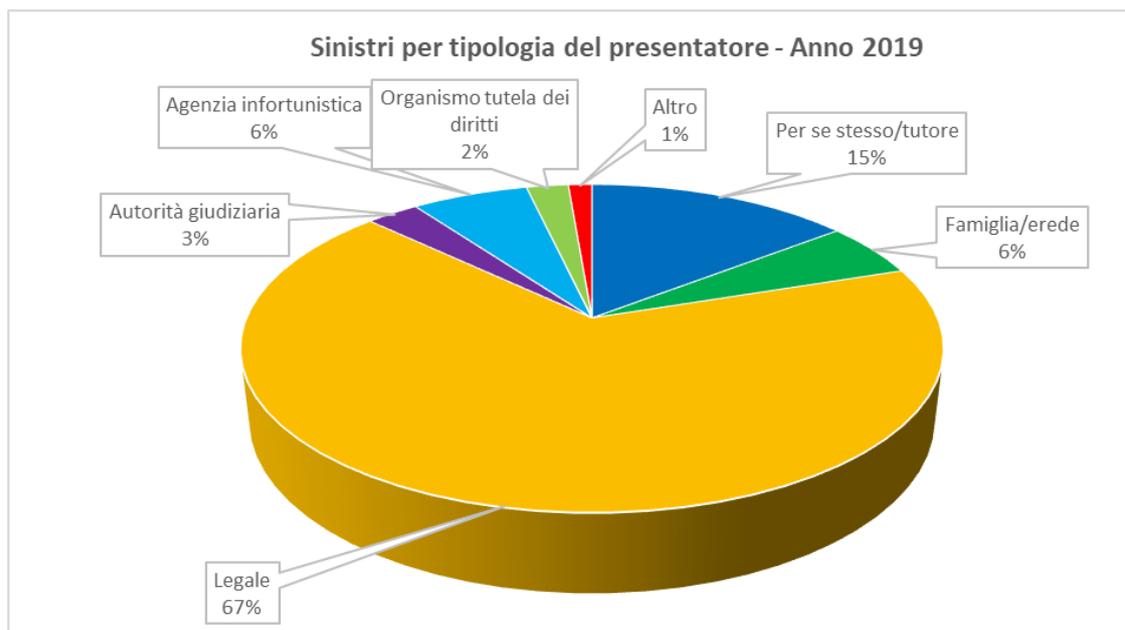
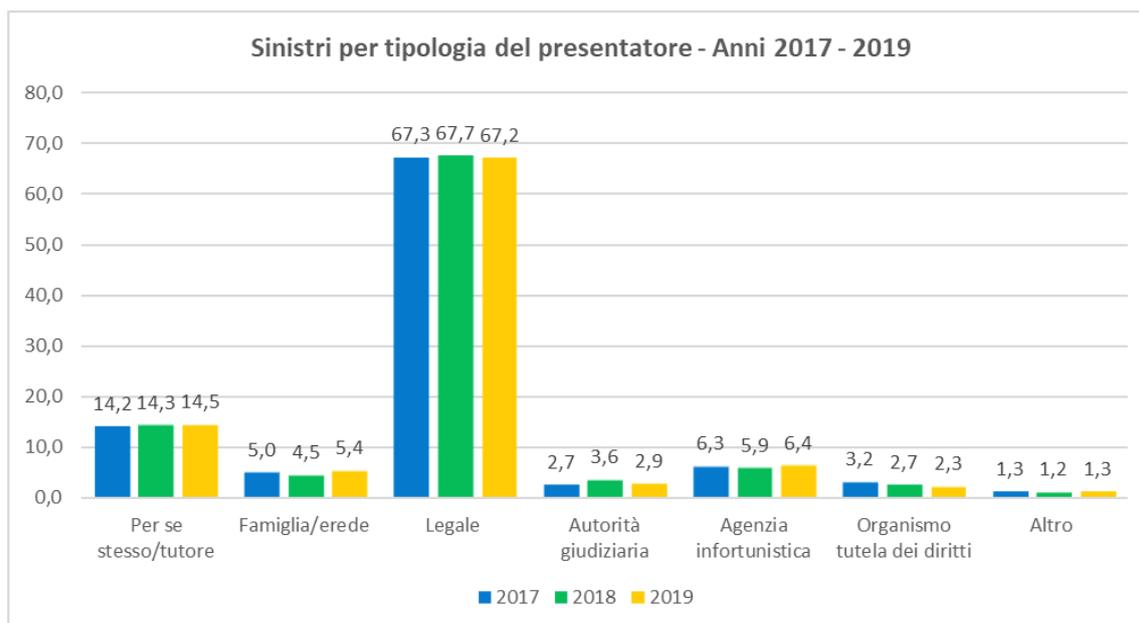


Grafico 12 - Tipologia del richiedente - Anni 2017-2019



Rispetto alla struttura di accadimento dell'evento, nel 2019 circa il 77% degli eventi sinistrosi avviene in ambito ospedaliero, il 14% avviene nell'ambito dell'emergenza-urgenza, seguito da quello dell'assistenza ambulatoriale con il 7%; infine, sono pochissimi i casi che afferiscono all'ambito dell'assistenza territoriale (grafico 13). Come si può osservare dal grafico 14, negli anni si registra un andamento omogeneo.

Grafico 13 Struttura di accadimento dell'evento – Anno 2019

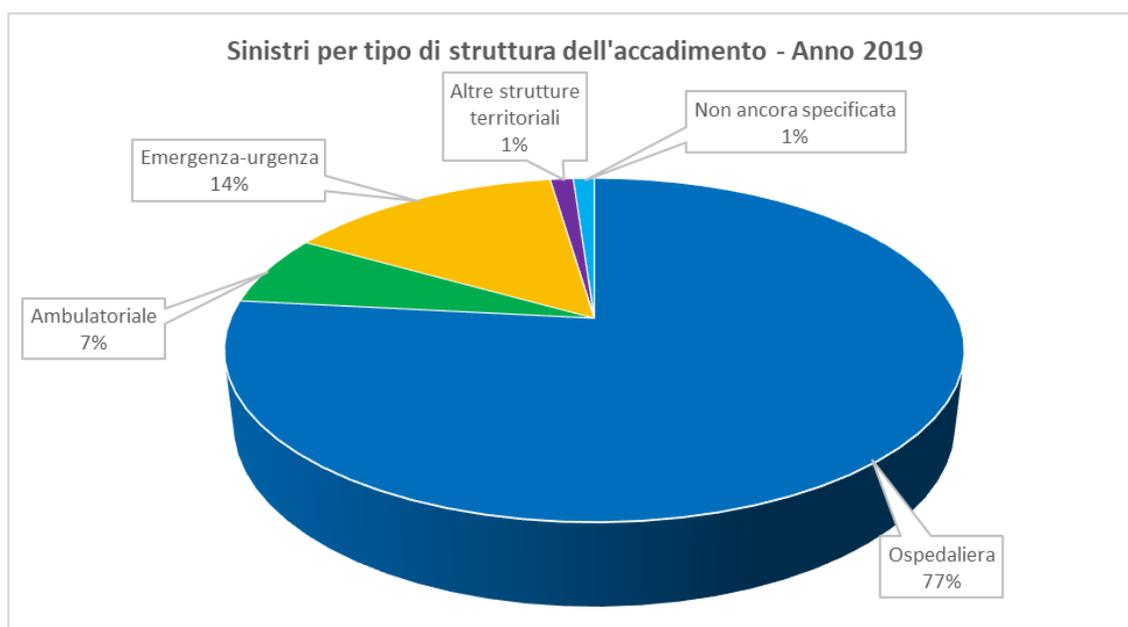
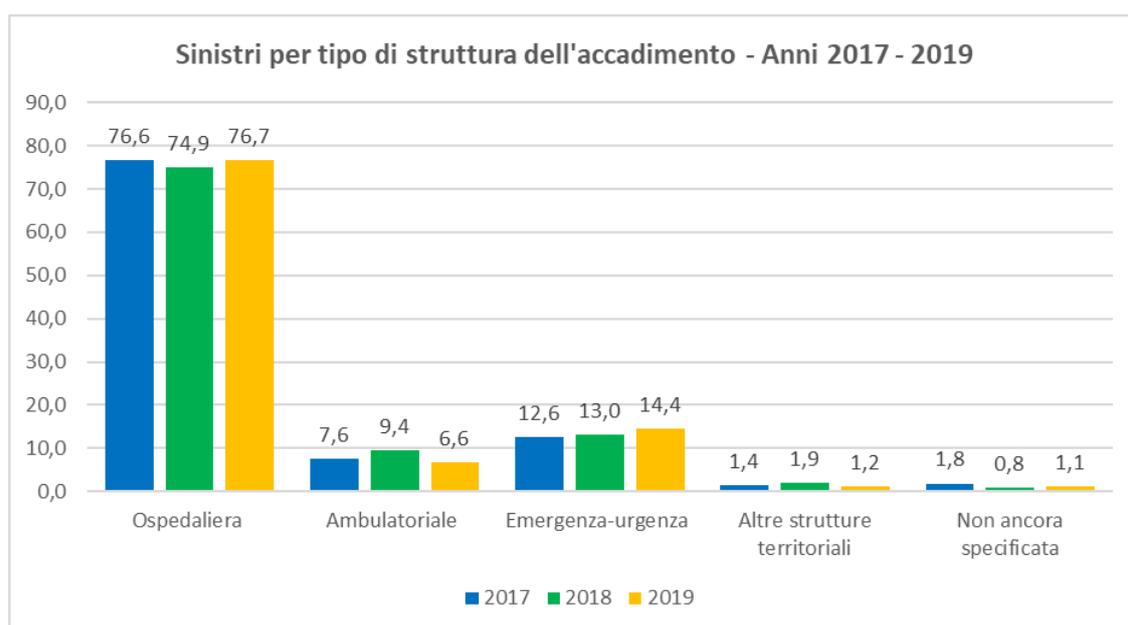
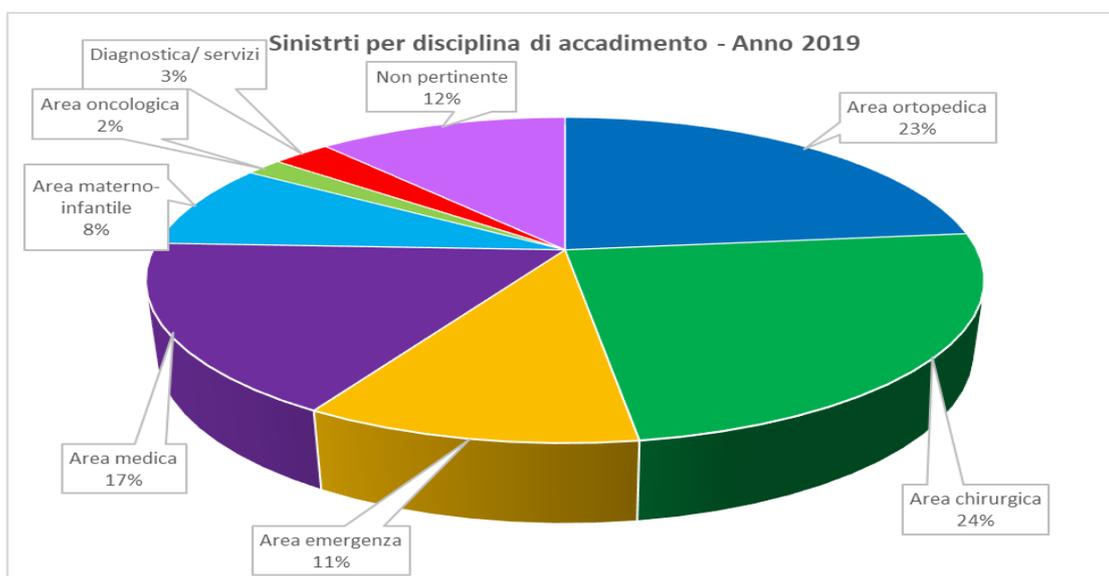


Grafico 14 Struttura di accadimento dell'evento - Anni 2017-2019



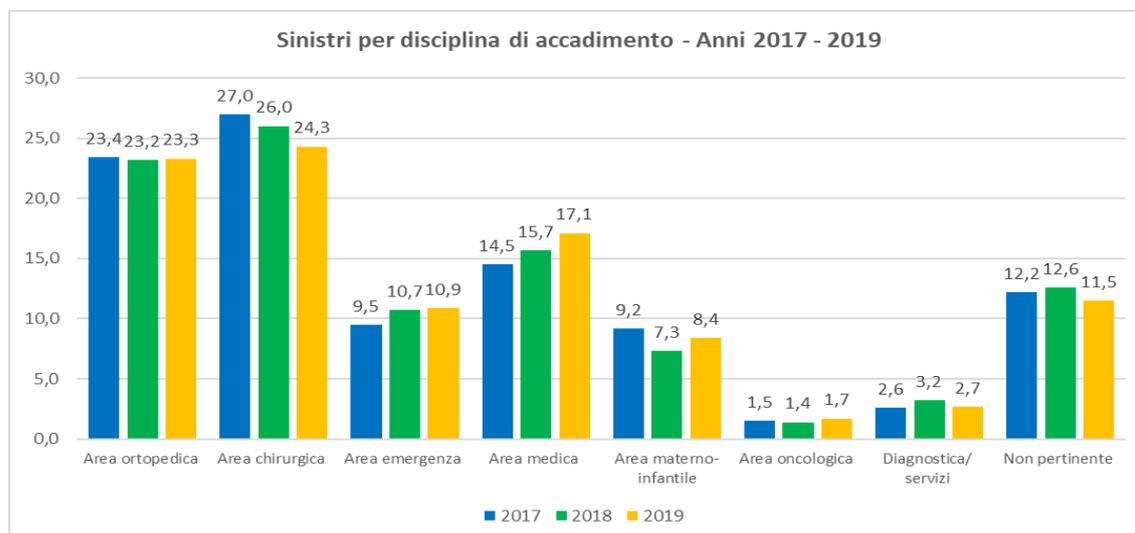
Analizzando le discipline interessate, si è proceduto ad aggregarle secondo ambiti di intervento omogenei, in modo da evitare la dispersione della casistica che ne rende più difficile la lettura. Dai dati del 2019 emerge che l'area chirurgica è quella maggiormente coinvolta – circa il 24% dei sinistri totali –, precisando per di più che l'ortopedia ha una incidenza del 23% e, sebbene area chirurgica, è stata comunque tenuta distinta. Quindi le discipline chirurgiche rappresentano insieme oltre il 45%. Seguono per ordine di grandezza l'area medica, l'emergenza e l'area materno infantile. L'area oncologica e quella della diagnostica e dei servizi sono residuali. La voce non pertinente si riferisce a quegli accadimenti fuori dall'area dell'assistenza sanitaria, ad esempio eventi che vedono coinvolti i visitatori, incidenti nel parcheggio, ecc. (grafico 15).

Grafico 15 Disciplina di accadimento dell'evento – Anno 2019



Di seguito i dati riferiti agli anni 2017 – 2019 (grafico 16).

Grafico 16 Disciplina di accadimento dell'evento - Anni 2017-2019



A conclusione di questa prima sezione sui dati generali e descrittivi non può che rilevarsi una certa costanza nel tempo dei dati rilevati, nonché omogeneità nell'intervallo di riferimento.

### 3.2 Gestione del processo

Una parte dei dati raccolti nel sistema informativo regionale è finalizzata all'analisi dell'efficienza del processo di gestione dei sinistri. A tal fine, occorre prestare particolare attenzione al momento fondamentale in seno al processo di gestione, che consiste nella valutazione del sinistro nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), sede in cui si decide collegialmente se e in quali termini accogliere la richiesta, procedendo alla conseguente individuazione del valore risarcitorio massimo da proporre al danneggiato. La pratica, al fine di consentire una istruttoria completa in sede di CVS, è sempre previamente istruita dalla Medicina legale e/o dall'Ufficio assicurativo.

Il grafico che segue (grafico 17) riporta le percentuali di sinistri presentati al CVS da ogni Azienda entro 180 gg dalla richiesta di risarcimento, range temporale di riferimento sia per l'invio della pratica al Nucleo Regionale Valutazione per i sinistri relativi alla seconda fascia, che per i tempi di gestione del sinistro in CVS.

Grafico 17 Sinistri presentati al CVS entro 180 giorni - valori %

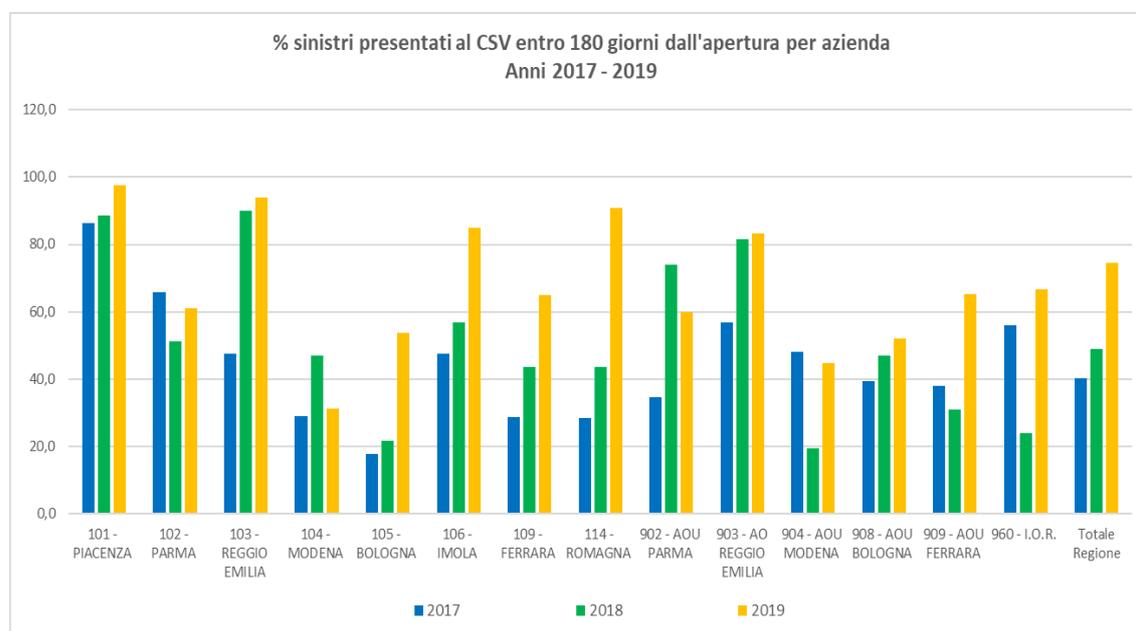
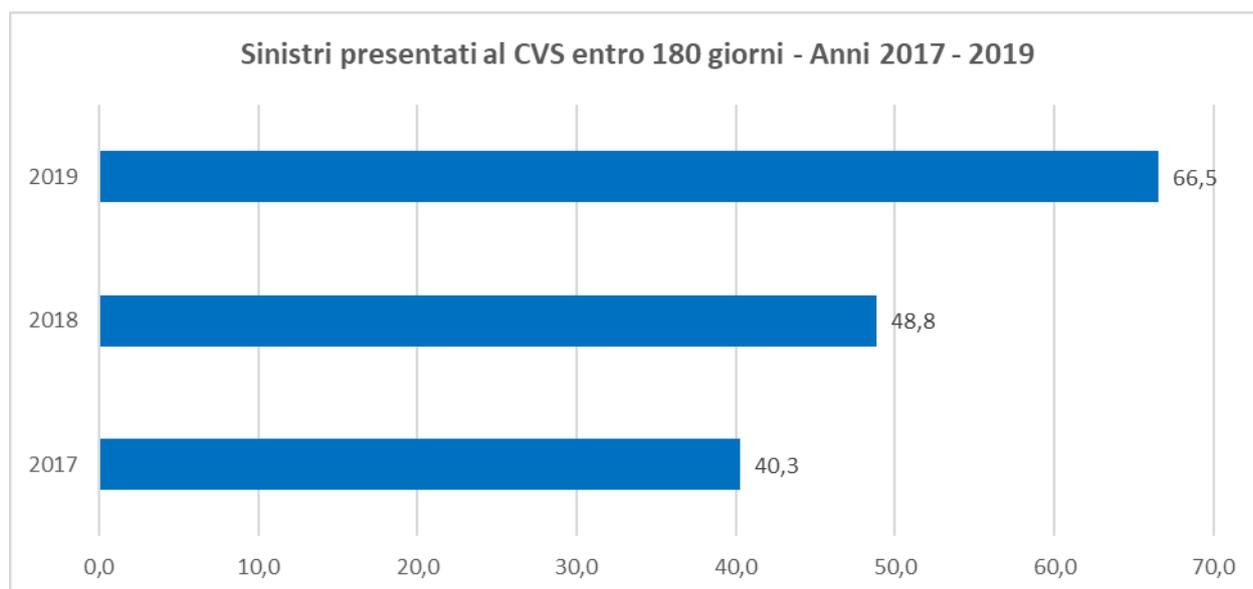


Tabella n. 5

Azienda	Anno di apertura pratica																	
	2017						2018						2019					
	N. sinistri aperti	Presentazione al CVS		Intervallo 0-180 giorni		N. sinistri aperti	Presentazione al CVS		Intervallo 0-180 giorni		N. sinistri aperti	Presentazione al CVS		Intervallo 0-180 giorni				
N.		%	N.	%	N.		%	N.	%	N.		%	N.	%				
101 - PIACENZA	67	65	97,0	56	86,2	72	70	97,2	62	88,6	70	69	98,6	56	81,2			
102 - PARMA	38	35	92,1	23	65,7	47	45	95,7	23	51,1	32	31	96,9	14	45,2			
103 - REGGIO EMILIA	78	61	78,2	29	47,5	133	130	97,7	117	90,0	97	89	91,8	80	89,9			
104 - MODENA	76	62	81,6	18	29,0	82	68	82,9	32	47,1	75	44	58,7	11	25,0			
105 - BOLOGNA	122	119	97,5	21	17,6	112	110	98,2	24	21,8	125	117	93,6	62	53,0			
106 - IMOLA	46	42	91,3	20	47,6	47	44	93,6	25	56,8	34	28	82,4	19	67,9			
109 - FERRARA	56	49	87,5	14	28,6	42	39	92,9	17	43,6	42	34	81,0	18	52,9			
114 - ROMAGNA	253	190	75,1	54	28,4	271	269	99,3	117	43,5	288	282	97,9	254	90,1			
902 - AOU PARMA	100	75	75,0	26	34,7	98	27	27,6	20	74,1	97	10	10,3	6	60,0			
903 - AO REGGIO EMILIA	59	44	74,6	25	56,8	27	27	100,0	22	81,5	15	12	80,0	11	91,7			
904 - AOU MODENA	89	56	62,9	27	48,2	109	83	76,1	16	19,3	124	66	53,2	16	24,2			
908 - AOU BOLOGNA	96	84	87,5	33	39,3	100	83	83,0	39	47,0	89	76	85,4	34	44,7			
909 - AOU FERRARA	66	58	87,9	22	37,9	52	42	80,8	13	31,0	48	31	64,6	17	54,8			
960 - I.O.R.	91	66	72,5	37	56,1	91	84	92,3	20	23,8	76	72	94,7	41	56,9			
<b>Totale Regione</b>	<b>1.237</b>	<b>1.006</b>	<b>81,3</b>	<b>405</b>	<b>40,3</b>	<b>1.283</b>	<b>1.121</b>	<b>87,4</b>	<b>547</b>	<b>48,8</b>	<b>1.212</b>	<b>961</b>	<b>79,3</b>	<b>639</b>	<b>66,5</b>			

Grafico 18 Sinistri presentati al CVS entro 180 giorni - Anni 2017-2019



Procedendo nell'analisi dei dati e ribadendo che la rapidità del ristoro, quando dovuto, consente una efficace negoziazione stragiudiziale e costituisce uno degli obiettivi del Programma regionale, si deve necessariamente rilevare quanto segue.

La tempestività nella chiusura di un sinistro non è sempre direttamente ed esclusivamente dipendente dall'efficienza del processo aziendale di gestione del contenzioso, e non può quindi, da sola, costituire indice di performance del sistema. La definizione di un sinistro si realizza, infatti, solo quando due interessi spesso confliggenti tra loro trovano il giusto bilanciamento, con coincidenza e soddisfazione delle opposte pretese: da un lato, le richieste risarcitorie del danneggiato (o presunto tale), dall'altro l'esigenza dell'Azienda sanitaria di risarcire solo se e quanto dovuto in ragione di principi di equità, trasparenza e corretta allocazione delle risorse

economiche disponibili. Va altresì considerata l'interposizione prevalente di soggetti terzi (legale fiduciario o Società infortunistica), che rallenta inevitabilmente il processo stesso.

Si ritiene quindi che il corretto indicatore di efficienza del processo non possa riferirsi al raggiungimento dello stato "chiuso" nel data base, ma alla numerosità dei sinistri presentati al Comitato Valutazione Sinistri, momento che coincide solitamente con il completamento dell'istruttoria aziendale, e, quindi, con l'acquisizione di tutti gli elementi utili alla definizione del caso.

Nel grafico 19 sono riportati gli esiti del CVS, ove la voce "accolta" indica l'accoglimento della richiesta in termini di riconoscimento dell'*an* della pretesa creditoria con conseguente indicazione di un valore risarcitorio massimo, che è poi definito nel corso delle trattative conseguenti alla decisione del CVS. Pertanto, le posizioni accolte non coincidono necessariamente con le transatte.

Grafico 19 Tipologia esito al CVS - Anni 2017-2019

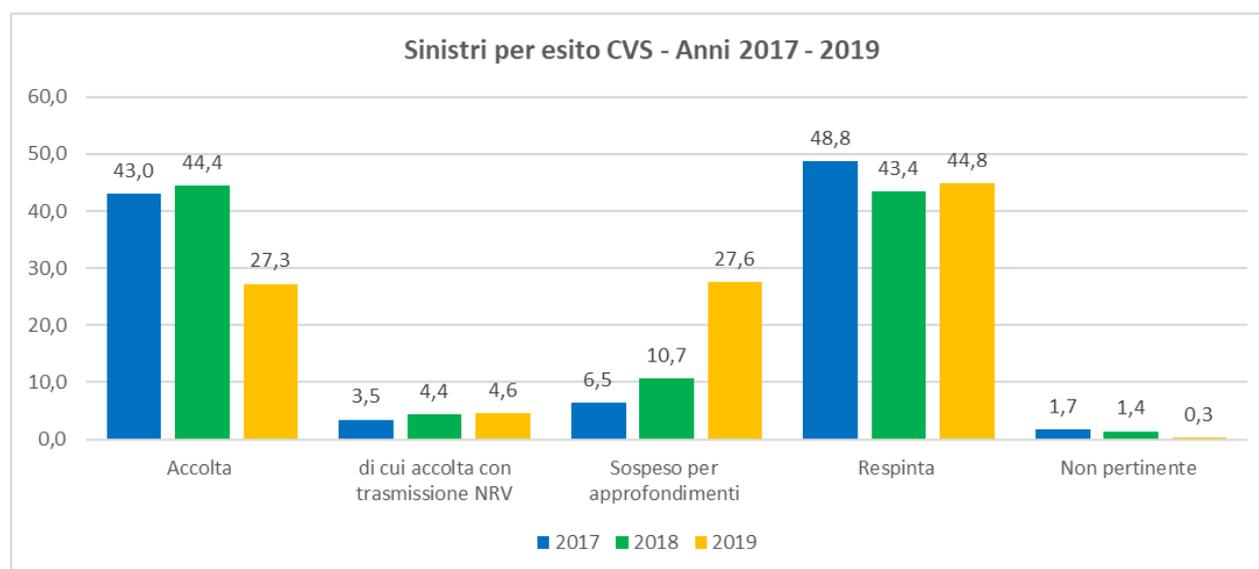


Tabella n. 6

Anno di apertura pratica	Tipologia di Esito CVS										Totale Sinistri
	Accolta		di cui accolti con trasmissione al NRV*		Sospeso per approfondimenti		Respinta		Non pertinente		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
2017	433	43,0	15	3,5	65	6,5	491	48,8	17	1,7	1.006
2018	498	44,4	22	4,4	120	10,7	487	43,4	16	1,4	1.121
2019	262	27,3	12	4,6	265	27,6	431	44,8	3	0,3	961

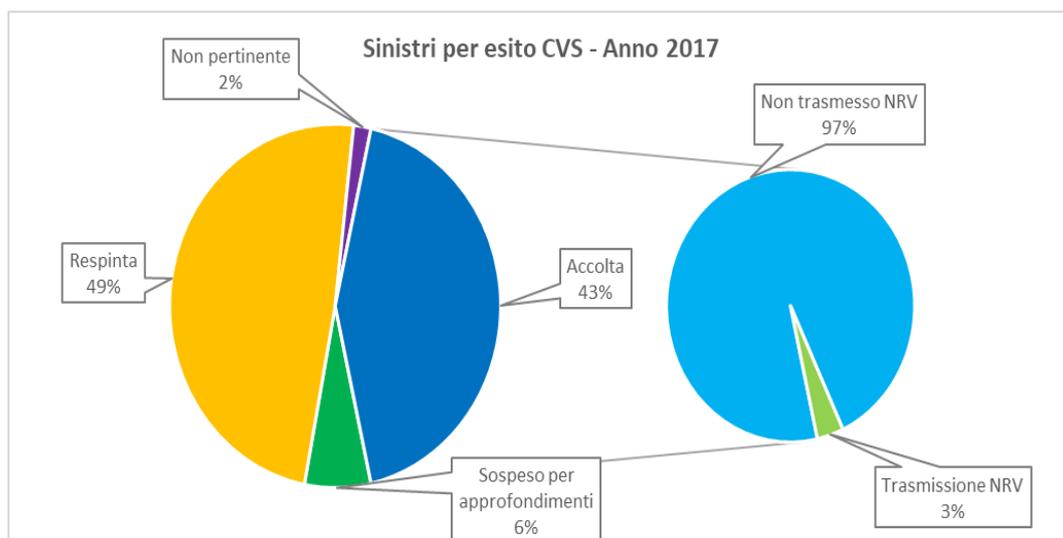
\*percentuale calcolata sul totale dei sinistri con esito "accolta"

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 15/10/2020

Dai dati sopra esposti si evidenzia che le istanze accolte negli anni 2017-2019 sono in media circa il 38% (la media cala in virtù del dato dell'ultima annualità, che tuttavia è la meno attendibile, posto che è verosimile che le istanze più recenti siano ancora in corso di istruttoria), mentre

circa il 45% sono mediamente respinte. Una percentuale media del 4% nel triennio di riferimento risulta di competenza del NRV ed è oggetto del dovuto rinvio per l'ottenimento del parere, in quanto superiore alla soglia di seconda fascia (€ 250.000,00).

Grafico 20 Tipologia esito al CVS - Anno 2017



Soffermendosi ad analizzare la tempistica di transazione, rispetto alle posizioni accolte, circa il 18% di transazioni avviene nello stesso anno, e oltre il 50% l'anno successivo, ossia ad 1 anno dall'apertura.

Grafico 21 Tempistica della transazione - Anno 2017

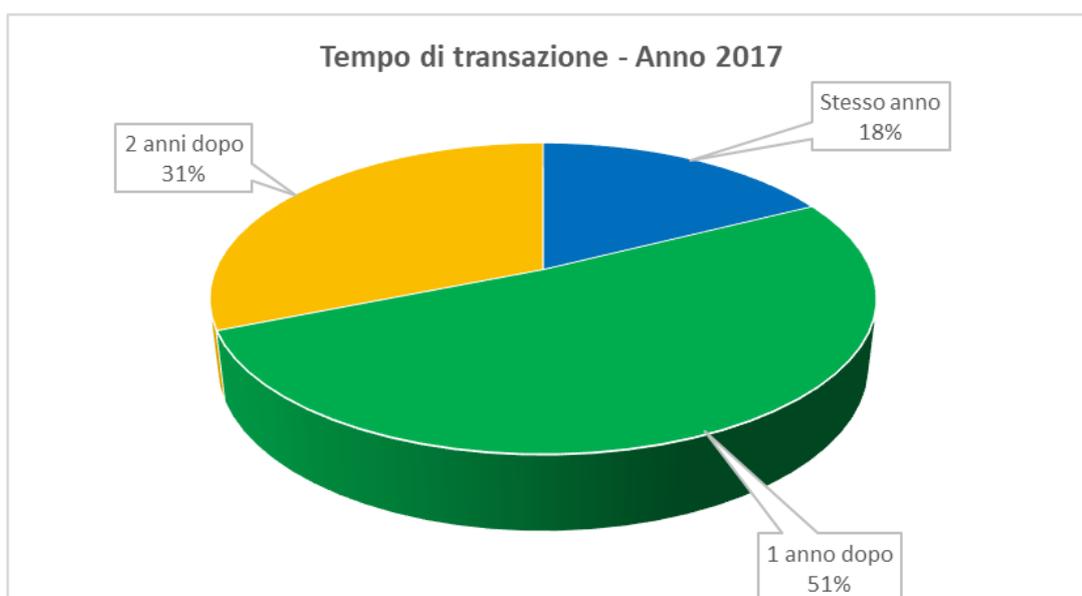
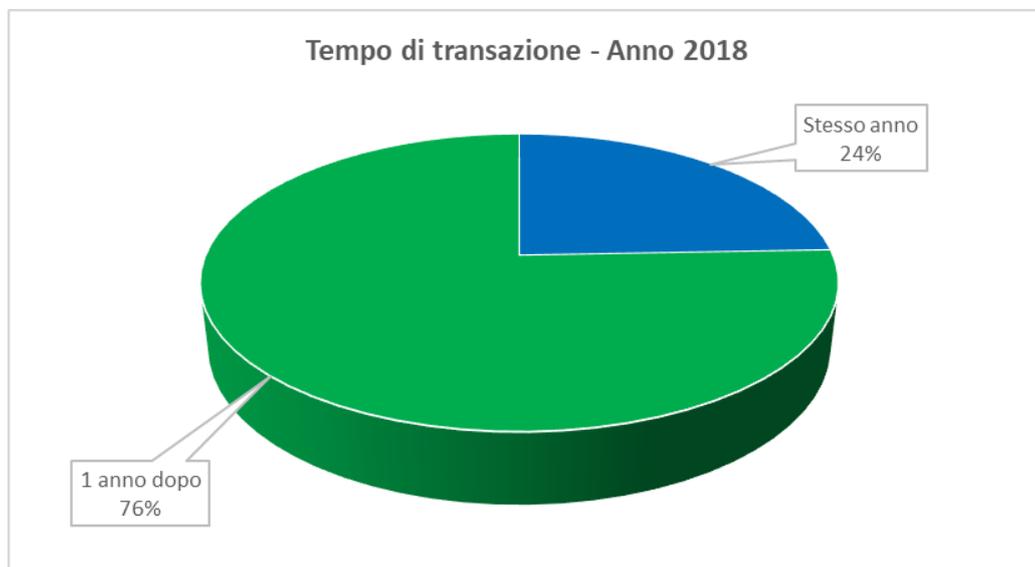


Grafico 22 Tempistica della transazione - Anno 2018



Con riferimento all'anno 2018 si registra la chiusura transattiva entro lo stesso anno nel 24% dei casi; l'indicatore, facendo riferimento alla differenza tra apertura e liquidazione rende attendibile il raffronto tra 2017 e 2018, essendo il 2019 un dato parzialmente attendibile, non essendo consentita l'osservazione nel periodo seguente.

Relativamente al numero dei sinistri transatti, di seguito si riportano i dati riferiti agli anni 2017 – 2019.

#### *Casi transatti nel periodo 2017-2019*

Tabella n. 7

Anno apertura pratica	Anno liquidazione			Totale
	2017	2018	2019	
	Num.	Num.	Num.	
<b>2017</b>	51	150	91	<b>292</b>
<b>2018</b>	.	66	205	<b>271</b>
<b>2019</b>	.	.	46	<b>46</b>
<b>Totale</b>	<b>51</b>	<b>216</b>	<b>342</b>	<b>609</b>

*Sinistri chiusi accolti entro il 31/12/2019 per le aziende in autoassicurazione Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 15/10/2020*

Il dato ai fini della valutazione della efficienza del sistema può essere opportunamente rapportato al numero dei sinistri accolti e sottoposti al CVS (tabella n. 6) con riferimento ai primi due anni 2017 e 2018, in cui il lasso temporale trascorso consente valutazioni via via più

pertinenti. A tal proposito, il rapporto tra sinistri transatti e accolti in CVS risulta del 67% con riferimento ai casi del 2017, e 54% per quelli del 2018.

Nel triennio di riferimento 2017-2019 è stato liquidato un importo complessivo al 31/12/2019 pari a € 25.959.961,00, su un totale di richieste giunte alla valutazione dei CVS pari a 3088 (vedi tabella 6).

Tabella n.8 Sinistri aperti nel triennio 2017-2019, accolti e liquidati entro il 31/12/2019 per le aziende in autoassicurazione

Azienda	Anno apertura			Totale
	2017	2018	2019	
101 - PIACENZA	1.248.598	925.341	4.615	<b>2.178.554</b>
102 - PARMA	146.400	463.195	147.400	<b>756.995</b>
103 - REGGIO EMILIA	1.240.019	1.318.234	82.680	<b>2.640.933</b>
104 - MODENA	1.156.811	659.387	2.165	<b>1.818.363</b>
105 - BOLOGNA	756.501	1.527.325	353.487	<b>2.637.313</b>
106 - IMOLA	205.249	54.616	50.000	<b>309.865</b>
109 - FERRARA	1.046.807	154.700	11.850	<b>1.213.357</b>
114 - ROMAGNA	2.366.021	4.287.286	247.249	<b>6.900.556</b>
902 - AOU PARMA	139.476	.	.	<b>139.476</b>
903 - AO REGGIO EMILIA	835.570	460.720	7.203	<b>1.303.493</b>
904 - AOU MODENA	316.545	626.522	1.200	<b>944.267</b>
908 - AOU BOLOGNA	410.505	944.341	29.400	<b>1.384.246</b>
909 - AOU FERRARA	1.536.955	315.373	14.403	<b>1.866.731</b>
960 - I.O.R.	788.617	955.061	122.134	<b>1.865.812</b>
<b>Totale</b>	<b>12.194.074</b>	<b>12.692.101</b>	<b>1.073.786</b>	<b>25.959.961</b>

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 15/10/2020, 17:27

Tabella n.9 Importo medio liquidato per disciplina di afferenza del sinistro - Anno 2017 - 2019

Disciplina	Anno apertura			Totale
	2017	2018	2019	
Area chirurgica	47.142	63.106	71.749	<b>55.273</b>
Area emergenza	22.860	82.987	2.877	<b>43.260</b>
Area materno-infantile	80.004	104.596	71.439	<b>89.080</b>
Area medica	66.777	26.612	1.656	<b>42.486</b>
Non pertinente	2.731	5.244	957	<b>3.657</b>
Area oncologica	176.325	2.500	.	<b>118.383</b>
Area ortopedica	32.546	36.924	15.514	<b>33.554</b>
Diagnostica/servizi	24.343	13.761	4.164	<b>17.886</b>
<b>Totale</b>	<b>41.697</b>	<b>47.936</b>	<b>23.343</b>	<b>43.165</b>

Sinistri chiusi accolti entro il 31/12/2019 per le aziende in autoassicurazione

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna. Dati aggiornati al 15/10/2020

Per quanto riguarda i sinistri di fascia regionale, si riporta di seguito la tabella relativa agli importi complessivamente rimborsati dalla Regione alle Aziende sanitarie entro il 31/12/2019, indipendentemente dall'anno di apertura del sinistro.

#### Fondo regionale "gestione diretta dei sinistri" - Sinistri rimborsati dalla Regione

Anni	2017	2018	2019	Totale
<b>Importo liquidato (*)</b>	4.832.891,16	2.317.884,28	12.097.055,55	19.247.830,99

(\*) Comprensivo delle spese correlate e al netto delle quote a carico delle Aziende.

Fonte dati: DGR 2115/2017, DGR 2265/2018, DGR 1998/2019.

In relazione al liquidato, si ritiene di dover enucleare, a meri fini valutativi ed esplicativi dei dati complessivi, i sinistri cd. "catastrofali", mantenendo allo scopo come riferimento l'originaria fascia di valore (sinistri di importo maggiore a € 1.500.000,00), anche se l'attuale suddivisione in due fasce e la totale autoritenzione del rischio non attribuiscono rilievo espresso a tale importo, non essendo previsto l'intervento di Compagnie assicuratrici.

I danni catastrofici rimborsati nel triennio di riferimento, indipendentemente dall'anno di apertura degli stessi, sono stati n. 2 di valore pari rispettivamente a € 1.716.765,04, € 1.617.624,77, entrambi rimborsati entro il 31/12/2019.

A conclusione di questa sezione, con riferimento al numero di transazioni – oggetto target della clausola valutativa – si può ritenere che la liquidazione intervenga nella maggioranza dei casi entro il secondo anno dall'apertura, e che il numero dei casi transatti si è mantenuto costante nelle annualità in cui è stata possibile un'osservazione completa del dato; in particolare, la proporzione con i casi accolti dal CVS consente di rilevare una percentuale che va dal 67% per l'anno 2017 al 54% per il 2018.

Con riguardo ai tempi di trattazione, anch'esso oggetto target della clausola valutativa, si registra di anno in anno un incremento del numero di casi trattati nei tempi attesi (entro 180 giorni dalla richiesta): nel 2017 n. 405, nel 2018 n. 547 e nel 2019 n. 639. Pertanto, la percentuale che si riferisce al numero dei casi presentati in CVS, come da grafico 18, evidenzia un miglioramento nel corso del triennio relativamente ai tempi attesi (180 giorni) dal 40,3% (2017) al 66,5% (2019).

#### 4. Possibili nuovi scenari di sviluppo del Programma regionale

Come precisato, oggetto della presente relazione è lo stato di attuazione della l.r. 13/2012 riferito al secondo periodo valutativo triennale 2017-2019 - adempimento che, si è visto, è richiesto dall'art. 8 della legge regionale in parola e i dati allo scopo riportati sono aggiornati al 15 ottobre 2020. Pertanto, conclusosi il primo quadriennio sperimentale (e, dunque, essendo il Programma regionale ormai entrato a regime da vari anni per tutti gli Enti del SSR), gli esiti raggiunti nel triennio 2017-2019 – così come testimoniati dai dati di cui alla presente relazione -

possono costituire una base su cui poter avviare un processo valutativo più articolato e attendibile, onde poi sviluppare possibili azioni e linee strategiche future.

Scopo di quest'ultima parte della relazione è dunque enunciare solo alcune possibili linee di sviluppo strategico del Programma regionale, pur con la consapevolezza che l'implementazione ed attuazione delle stesse non potrà prescindere né da un previo confronto con il livello politico, né da un supplemento di istruttoria tecnica, eventualmente coinvolgendo anche soggetti esterni (quali, ad esempio, *broker* assicurativi).

Fra tali sviluppi non può ovviamente sottacersi - e, anzi, occorre premettere - l'implementazione di SEGNALER, ossia di un portale regionale per la gestione delle segnalazioni degli incidenti e dei sinistri, già in fase di aggiudicazione da parte della centrale di committenza regionale Intercent-ER. Le principali funzioni di interesse di SEGNALER sono: (a) rilevare e gestire le segnalazioni degli operatori sanitari, (b) rilevare e gestire le segnalazioni volontarie dei cittadini, e altresì (c) gestire le denunce di sinistro e le richieste di risarcimento. In particolare, con riferimento a quest'ultima funzione, SEGNALER dovrà:

1. gestire operativamente il sinistro in tutte le fasi di gestione diretta, tenuto conto altresì delle decisioni intervenute nell'ambito del procedimento giudiziario o dei procedimenti finalizzati alla conciliazione (mediazione e accertamento tecnico preventivo). Più in particolare, SEGNALER dovrà gestire anche le seguenti attività/procedimenti relativi al sinistro: apertura, istruttoria, valutazione e definizione/trattative, accordo, liquidazione, flussi comunicativi, Corte dei Conti e sanitari coinvolti, trasparenza, affidamento incarichi legali e patrocinio legale ai professionisti, accantonamenti, recupero crediti, rimborso franchigie assicurative e verifica massimale, adempimenti nei confronti del dipendente, richieste di accesso;
2. costantemente monitorare la dimensione temporale in tutto il processo, dalla data di apertura alla data di chiusura, rilevando le date di tutti i passaggi intermedi e supportando l'amministrazione nei relativi adempimenti;
3. garantire una funzione di repository di tutta la documentazione pertinente e di elaborazione report gestionali, compresi i dati già presenti nella banca dati contenzioso regionale anche riferiti alle gestioni assicurative.

Tanto premesso e precisato, solo ai fini di chiarezza espositiva (ma non di importanza), si procede dunque per punti ad ipotizzare alcuni possibili ulteriori ambiti materiali di intervento e/o scenari di sviluppo nel breve - medio periodo.

- A) ASSETTI ORGANIZZATIVI E PROCEDURALI DEL PROGRAMMA REGIONALE

Sulla base degli elementi e dati disponibili, si pongono ora alcune basi per valutare l'opportunità nonché la fattibilità di eventuali modifiche agli assetti organizzativi e procedurali del Programma regionale. Fra queste è possibile annoverare:

1. la reintroduzione di una terza fascia riferita ai sinistri catastrofali – o, comunque, ai sinistri eccedenti un eventuale importo - per i quali prevedere una copertura assicurativa, vagliando i nuovi prodotti ora offerti dal mercato assicurativo;
  2. l'innalzamento della soglia di competenza esclusiva aziendale, in considerazione della acquisizione di competenze sempre più specifiche nella gestione della sinistrosità da parte delle Aziende sia direttamente connesse all'esperienza maturata sia al grado di formazione raggiunto, che potrebbe consentire agli Enti maggiore autonomia gestionale ed economica, con conseguente riduzione dei tempi di istruttoria e relativa transazione;
- modifiche organizzative volte ad avvicinare le modalità di valutazione giudiziale rispetto a quelle realizzate in ambito amministrativo, al fine di produrre valutazioni sempre più precise e minimizzare esiti imprevisti, riducendo l'evoluzione in procedimenti giudiziari svantaggiosi ed evitabili e innestando già a livello aziendale un'indagine multilivello. Tali modifiche organizzative dovrebbero mirare ad un livello maggiore di oggettività, terzietà, imparzialità, integrazione delle conoscenze e controllo del giudizio espresso sia in seno sia ai CVS aziendali sia al NRV sinistri, e non potrà prescindere da approfondimenti di contesto e dall'analisi di altre esperienze regionali virtuose.
  - B) FORMAZIONE DEL PERSONALE DEDICATO

Alla luce della esperienza maturata dal 2019 a oggi, attraverso la realizzazione del piano di formazione biennale intitolato «La gestione del sinistro nell'ambito del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie, anche alla luce della riforma operata dalla L. 8 marzo 2017, n. 24», dedicato a tutti gli operatori del settore, e posto che una componente essenziale del Programma – di competenza regionale - è “curare la formazione del personale degli enti operanti nel settore della gestione del rischio” (DGR n. 2079/2013, punto 5.5), vi sono elementi per valutare l'istituzione, l'organizzazione e il finanziamento di una funzione formativa permanente in capo alla Regione, in guisa da garantire non solo il consolidamento e l'accrescimento delle competenze e professionalità per la gestione e prevenzione del contenzioso in materia di responsabilità civile sanitaria, ma anche il costante allineamento operativo di tutte le Aziende sanitarie e lo sviluppo omogeneo delle migliori prassi e procedure di gestione del sinistro, anche in prospettiva dell'imminente implementazione di SEGNALER. Tale funzione potrebbe/dovrebbe essere sviluppata in sinergia con le Aziende sanitarie, e ciò non tanto (e non solo) per finalità organizzative, ma soprattutto per il fatto che principalmente esse possono di volta in volta esprimere il fabbisogno formativo nascente da esigenze operative, portandolo a fattore comune. Dallo sviluppo di tale funzione regionale permanente in materia di formazione deriverebbe altresì un maggior controllo, nonché la gestione e la programmazione attenta e sistematica delle risorse disponibili.

- C) ACCANTONAMENTI A BILANCIO

Come noto, la perdurante inerzia governativa nell'emanazione dei decreti attuativi della L. 24/2017 non ha consentito (e non consente) di comprendere i requisiti minimi e le condizioni generali di operatività delle analoghe misure. Ad oggi, infatti, vi è solo uno schema di Decreto

attuativo licenziato dal MISE il 2.7.2019 – peraltro da tempo sottoposto al parere del Consiglio di Stato -, le cui previsioni sono comunque foriere di diverse incertezze. Fra esse, ad esempio, la disciplina di due diversi fondi di accantonamento a bilancio, ossia di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati.

Attualmente, invece, nel Programma regionale l'accantonamento a bilancio è realizzato dalla Regione (in relazione ai sinistri di seconda fascia) e dalle Aziende sanitarie (per quelli rientranti nella prima fascia) secondo gli ordinari principi contabili - senza l'ausilio di direttive o linee guida specifiche del settore - tramite la previsione di accantonamenti realizzati sulla base della sussistenza di un solo «Fondo risarcimento danni da responsabilità professionale sanitaria» ex art. 6 l.r. n. 13/2012.

Anche a fronte della perdurante inerzia statale e di un quadro regolatorio non ancora definito, da un lato, e della permanente necessità di assicurare accantonamenti congrui e non sovrabbondanti, anche ai fini della certificabilità dei bilanci delle Aziende sanitarie, dall'altro, occorre valutare se sia in ogni caso opportuno porre indicazioni/linee guida più omogenee in ordine alle prassi di accantonamento. Inoltre, avendo ora a disposizione sufficienti dati ed elementi per valutare il profilo di rischio rispetto alla capienza dei fondi aziendali e regionali per la copertura del rischio sanitario, vi sono altresì le basi per realizzare uno studio in ordine alla fattibilità e opportunità di una copertura assicurativa *excess of loss*, per ridurre il rischio finanziario legato alla parziale incapienza dei fondi di autoritenzione.

#### **4.1 L'impatto del COVID-19 sulle possibili scelte di politica assicurativa regionale**

A rendere ancor più incerto il quadro delle possibili riforme sopra esposte in ordine al Programma regionale, si è ora aggiunta anche la pandemia da Covid-19, che colpendo improvvisamente numerosi pazienti e operatori sanitari, inevitabilmente porrà nuove sfide e nuovi interrogativi «di sistema» in materia di responsabilità civile, tanto delle strutture quanto degli esercenti le professioni sanitarie. Prova ne è il già fervido dibattito etico, politico, mediatico, e giuridico attuale, che solleva nuovi dilemmi. A fronte di tale pandemia, è sufficiente l'assetto delle regole civilistiche esistenti in materia di responsabilità civile? Oppure, diversamente, è necessario approntare un nuovo sistema di regole in ragione del dichiarato stato emergenziale, posto che il fine della recente riforma Gelli Bianco è già quello di tutelare il sanitario da forme di sovra responsabilizzazione, in modo che il medesimo possa tornare ad essere sereno e virtuoso protagonista della scena e di una recuperata alleanza terapeutica con il paziente? E in quest'ultimo caso, è prioritario prevedere solo uno «scudo penale» per il medico che abbia prestato la sua attività in condizioni non ordinarie, o anche prevedere limiti soggettivi all'azionabilità della responsabilità civile e amministrativa nei confronti di strutture, medici e dirigenza apicale? È giusto e/o necessario, anche a salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale, inteso come sistema, stabilire limiti alla risarcibilità per i danneggiati, eventualmente istituendo un fondo ad hoc? Ed ancora, il fondo di cui all'art. 22-bis, del d.l. 17 marzo 2020, n. 18 («Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19»), «destinato all'adozione di iniziative di solidarietà a favore degli esercenti le professioni sanitarie e operatori socio-sanitari, impegnati nelle azioni di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, che durante lo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri il 31

gennaio 2020 abbiano contratto, in conseguenza dell'attività di servizio prestata, una patologia alla quale sia conseguita la morte per effetto diretto o “come concausa” del contagio da COVID-19», ha un qualche rilievo (diretto o indiretto) ai fini della responsabilità civile delle strutture nei confronti dei suoi operatori? E qualora ne avesse, perché mai limitare la copertura del fondo al solo evento morte, e dunque non estenderlo legislativamente anche alle ipotesi di invalidità?

Anche rispetto a tali questioni, è fuor di dubbio come l'arrivo della pandemia nell'anno 2020 abbia aggiunto ulteriore complessità ed incertezza alle valutazioni da compiere circa i possibili adeguamenti del Programma regionale, non fosse altro per il ben diverso (e ancora solo in minima parte noto) profilo di rischio delle Aziende del SSR. E infatti, al di là di un possibile mutamento del quadro giuridico di riferimento – peraltro non univocamente ritenuto necessario -, o dello sviluppo giurisprudenziale di un nuovo modello di responsabilità a cagione dell'infezione nosocomiale, o anche della possibile istituzione mediante decreto di un aggiuntivo “Fondo rischi”, è sufficiente rammentare che dall'inizio della pandemia ad oggi sono stati sovvertiti anche gli ordinari percorsi di reclutamento dei professionisti all'interno delle strutture sanitarie, finanche consentendo agli specializzandi – anche a prescindere dalla scuola di specializzazione frequentata, e dunque non terminata – ed ai neolaureati ad essere utilizzati nei reparti COVID, peraltro allestiti anche solo transitoriamente in strutture mobili, o pure deputate ad altre attività.

Insomma, tutte questioni complesse e nuove che, ora più che mai, la realtà dei fatti pone con grande dinamicità al mondo delle Istituzioni, e la cui risposta – sia in termini di tempestività e di adeguatezza – sarà determinante anche ai fini della «tenuta» del sistema salute. Questioni che, a mo' di stratificazione, inevitabilmente si intersecano con l'attuale momento valutativo circa il Programma regionale, e a cui la Regione non potrà sottrarsi di affrontare se vorrà garantire continuità ed efficacia delle sue policy di gestione diretta dei sinistri, quale parte integrante della sicurezza delle cure e della garanzia dei livelli essenziali di assistenza.