



DIREZIONE GENERALE CURA DELLA
PERSONA, SALUTE E WELFARE

LEGGE REGIONALE 7 novembre 2012, n. 13: ***“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 12/2013)

INDICE

1. ***Premessa: le condizioni che hanno determinato l'approvazione della l.r. 13/2012***
2. ***Finalità e modalità di implementazione della LR 13/2012***
3. ***Enti attuatori del Programma regionale***
 - 3.1 ***Nucleo Regionale di Valutazione***
4. ***Attuazione del Programma regionale: andamento dei sinistri nelle Aziende sanitarie, numero di transazioni effettuate e tempi di risarcimento dei sinistri***
 - 4.1 ***Dati generali periodo 2013 -2016.***
 - 4.2 ***Gestione del processo nelle aziende sperimentatrici***
5. ***Esiti della sperimentazione e azioni future di miglioramento***

1. ***Premessa: le condizioni che hanno determinato l'approvazione della l.r. 13/2012***

La scelta della gestione diretta dei sinistri - alternativa a quella assicurativa - è nata dalla consapevolezza delle sempre maggiori difficoltà di reperire sul mercato compagnie assicurative affidabili e solvibili. Da metà degli anni 2000 si è registrato il progressivo abbandono della tutela degli eventi nel settore della responsabilità civile in campo sanitario da parte delle maggiori compagnie di assicurazione italiane, ed il contestuale intervento di assicuratori europei e internazionali, con conseguente aumento di complessità gestionale. In tale periodo, è avvenuto un innalzamento progressivo e vertiginoso dei premi di polizza e le compagnie assicurative, ritenendo comunque insufficiente tale incremento, sostituirono al contratto assicurativo di tipo tradizionale, caratterizzato dal trasferimento totale del rischio all'assicuratore, altre tipologie contrattuali, introducendo franchigie, a sinistro o aggregate annue, sempre più

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

alte, implicanti ulteriori costi a carico delle Aziende, nonché l'introduzione di sistemi *claims made* in luogo dei tradizionali regimi *loss occurrence*¹. A ciò deve aggiungersi che le compagnie assicuratrici tendevano a risarcire i danni in tempi molto lunghi, spesso non prima della pronuncia di una sentenza di condanna.

La complessità della situazione pose dunque l'urgenza di ripensare a nuove forme di copertura dei rischi da responsabilità civile e solleccitarono questa Regione a valutare modalità alternative a tale copertura, dettando i lineamenti per le nuove strategie di tipo assicurativo e di gestione del contenzioso. La Regione Emilia-Romagna, pertanto, si è attivata per la realizzazione di nuove politiche regionali ed aziendali di gestione e prevenzione del rischio connesso ad attività sanitarie, incentrate sulla prevenzione degli eventi avversi e sulla garanzia di una adeguata copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie, con l'obiettivo di perseguire la tutela complessiva della salute degli utenti che si rivolgono al sistema sanitario regionale, e che si traducano nella presa in carico della persona, anche rispetto ai danni eventualmente causati dall'attività sanitaria.

Si giunse così alla consapevolezza che un Servizio sanitario evoluto deve farsi carico dei percorsi di cura nella loro interezza, anche per quanto attiene alla prevenzione e gestione degli eventi avversi dai quali possano derivare conseguenze dannose, garantendo, in caso di accertata responsabilità, un equo risarcimento.

2. Finalità e modalità di implementazione della LR 13/2012

Con la legge regionale 7 novembre 2012, n. 13 ("Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio sanitario regionale"), si intendono conseguire due obiettivi: la prevenzione dei rischi e la tempestività nella gestione dei sinistri e nel risarcimento dei danni causati dall'attività sanitaria, nella logica di una collaborazione tra le Aziende sanitarie e la Regione Emilia-Romagna.

¹ Tradizionalmente si distinguono due diverse forme di copertura assicurativa: (i) "*loss occurrence*", che vede il rischio interamente trasferito all'assicuratore, giacché la garanzia è operante per i fatti verificatisi nel periodo di validità del contratto, indipendentemente dalla data di presentazione della richiesta di risarcimento; (ii) "*claims made*", che vede operante la garanzia solo per le richieste di risarcimento pervenute durante il tempo di vigenza del contratto.

Più in dettaglio, con la legge regionale 13/2012 si è voluto perseguire la sicurezza delle cure nonché lo sviluppo di un sistema integrato di identificazione, analisi e trattamento dei rischi, garantendo il coinvolgimento delle diverse componenti della gestione del rischio ed adottando e aggiornando il Programma aziendale tenendo conto delle diverse componenti aziendali, in modo da garantire il fine ultimo di riavvicinare alle strutture gli utenti danneggiati e ricostruire con loro un rapporto di fiducia anche tramite un equo e celere ristoro del danno, quando dovuto, con conseguente deflazione del contenzioso giudiziario.

L'impianto normativo e il conseguente "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie", approvato con delibera di Giunta regionale n. 1350/2012, si sono sviluppati nell'ambito di un processo circolare: la prevenzione degli eventi avversi, il monitoraggio degli stessi e la gestione diretta dei sinistri. La realizzazione di un tale sistema mira a garantire un assetto il più possibile unitario ed omogeneo sull'intero territorio regionale. La formulazione iniziale della l.r. 13/12 prevedeva modalità diversificate di intervento con riferimento alla consistenza economica delle richieste di risarcimento, suddivise in tre fasce economiche:

- fino a € 100.000,00, le Aziende provvedevano direttamente alla gestione dei sinistri e al relativo risarcimento;
- per importi superiori a € 100.000,00 e inferiori o uguali a € 1.500.000,00, la Regione e le Aziende collaboravano nella gestione dei sinistri, con rimborso a carico della Regione relativamente alla quota eccedente i 100.000,00 €;
- per far fronte a risarcimenti di importo superiore a € 1.500.000,00, la Regione doveva stipulare apposita assicurazione a favore delle Aziende sanitarie.

A meno di un anno dall'operatività del suddetto Programma regionale, si sono rese necessarie modifiche al testo normativo, quale conseguenza della comunicazione di recesso del 28 agosto 2013 della Compagnia di assicurazioni QBE, aggiudicataria della gara europea. Tale evento, esterno rispetto alla volontà regionale, era dettato da scelte strategiche proprie di un soggetto privato che aveva deciso di abbandonare la copertura assicurativa dei rischi sanitari dell'intero territorio nazionale. Pertanto, dall'1.1.2014, QBE non avrebbe più coperto il risarcimento dei sinistri sopra la soglia di € 1.500.000,00. Tale avvenimento ha accelerato la decisione verso un sistema di

ritenzione totale del rischio e di gestione diretta di tutti i sinistri senza la partecipazione di compagnie assicuratrici. Pertanto, con l'art. 48 della legge regionale 20 dicembre 2013, n. 28, sono state apportate le necessarie modifiche alla l.r. 13/2012 e, in particolare, al comma 2 dell'art. 2. Coerentemente, la Giunta regionale con deliberazione 23.12.2013, n. 2079 ha approvato un nuovo Programma regionale di gestione diretta di tutti i sinistri, secondo la seguente bipartizione economica, rispetto alle modalità di liquidazione dei danni:

1. I sinistri di prima fascia - di valore uguale o inferiore ad euro 250.000,00 - gestiti e liquidati direttamente dalle Aziende sanitarie in cui è occorso il sinistro, con oneri a carico del bilancio aziendale;
2. i sinistri di seconda fascia - di valore superiore ad euro 250.000,00 - gestiti dall'Azienda sanitaria in cui è occorso il sinistro con il supporto del Nucleo regionale di valutazione sinistri; la liquidazione è a carico del Fondo regionale, così come le spese legali connesse ai relativi sinistri.

Necessario presupposto per un'efficace e concreta attuazione del Programma regionale è la stretta collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti. A tal fine, sono state fornite indicazioni procedurali e operative volte a regolare in modo sistematico i rapporti fra tutti gli attori del sistema: le Aziende sanitarie sperimentatrici, la Regione Emilia-Romagna, il Nucleo Regionale di Valutazione e, per l'anno 2013, la Compagnia Assicuratrice QBE. In particolare, sono state adottate le seguenti determinazioni dirigenziali:

- n. 2416 del 15 marzo 2013: "Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle aziende sanitarie";
- n. 9329 del 29/07/2013: <<Modifiche alla determinazione n 2416 del 15 marzo 2013: "Approvazione delle indicazioni operative per la gestione diretta dei sinistri nelle Aziende sanitarie sperimentatrici">>;
- n. 4955 del 10 aprile 2014: <<Approvazione del documento: "Relazione fra Aziende sanitarie sperimentatrici, Responsabile dell'attuazione del programma regionale e Nucleo regionale di valutazione">>.
- n° 11664 del 20/07/2016: "Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanità. Procedure e modalità operative relative al rimborso delle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia-Romagna".

Si ricordano, infine, 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.

Dette Linee guida evidenziano, tra l'altro, la necessità di sviluppare le competenze interne attraverso percorsi formativi specifici e di affiancamento sul campo. A tal fine, la Regione ha attivato/finanziato, in collaborazione con le Aziende Sanitarie, percorsi di formazione ed aggiornamento destinati ai dipendenti chiamati a svolgere il loro compito nell'ambito della gestione dei sinistri, con particolare riguardo alle procedure ed alle norme che disciplinano i sinistri e la loro liquidazione, privilegiando strumenti di formazione pratica e di accompagnamento nella valutazione dei sinistri.

3. *Enti attuatori del Programma regionale*

L'avvio della fase sperimentale del Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri (decorrenza 1.1.2013) prevedeva la partecipazione solo di alcune Aziende sanitarie, individuate dalla Giunta regionale sulla base delle loro condizioni organizzative e delle polizze in essere con le compagnie assicuratrici. La durata della sperimentazione doveva essere tale da assicurare l'acquisizione di dati utili a consentire una adeguata valutazione dell'andamento dei sinistri. A tal riguardo, si considera periodo significativo quello di durata non inferiore a 3 anni. Nel corso della fase sperimentale si è poi ritenuto opportuno prorogare il periodo di sperimentazione, con l'obiettivo di estendere il modello di gestione diretta a tutte le Aziende Sanitarie regionali. In tale ottica, la fase sperimentale è stata prorogata fino al 31.12.2016, momento conclusivo che ha visto l'ingresso di tutte le Aziende sanitarie, con la progressione di seguito riportata.

Con deliberazione di Giunta regionale n.1905 del 10 dicembre 2012: "Prime misure attuative per l'avvio del nuovo sistema per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario regionale: istituzione del Nucleo regionale di valutazione e individuazione delle Aziende sanitarie sperimentatrici", sono state individuate le prime Aziende sanitarie che partecipano alla fase sperimentale:

- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna dal 1.1.2013;

- Azienda USL di Ravenna dal 1.1.2013;
- Azienda USL di Cesena dall'1.1.2013;
- Azienda USL di Rimini dall'1.1.2013;
- Azienda USL di Forlì:
 - gestione dei sinistri superiore a 1.500.000,00 dall'1.1.2013;
 - gestione dei sinistri fino a 1.500.000,00 di euro dall'1.7.2013;
- Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia dal 1.7.2013.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 561 del 28 aprile 2014 "Gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale: Individuazione di ulteriori enti ammessi alla sperimentazione regionale", a decorrere dal 1 maggio 2014, sono stati ammessi:

- Azienda USL di Imola;
- Montecatone *Rehabilitation Institute* SpA.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 1889 del 24 novembre 2015: "Gestione diretta dei sinistri in sanità. Individuazione di ulteriori Aziende ammesse alla sperimentazione regionale" a decorrere dall'1 dicembre 2015, sono state ammesse:

- Azienda USL di Piacenza;
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma;
- Azienda USL di Parma;
- Azienda USL di Reggio Emilia;
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena;
- Azienda USL di Modena.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 603 del 28 aprile 2016: "Gestione diretta dei sinistri in sanità. Ammissione dell'Azienda USL di Bologna alla sperimentazione regionale. Indicazioni in ordine al rimborso delle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia-Romagna", a decorrere dall'1 maggio 2016 è stata ammessa l'Azienda USL di Bologna.

Con deliberazione di Giunta regionale n. 2311 del 21 dicembre 2016: "Gestione diretta dei sinistri in sanità. Adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale. Avvio fase valutativa" si è conclusa la fase sperimentale che ha portato all'ammissione delle ultime Aziende al Programma regionale: Azienda USL di Ferrara e l'Azienda

Ospedaliero-Universitaria di Ferrara a decorrere dal 1.1.2017 e l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna a decorrere dal 1.5.2017.

3.1 Nucleo Regionale di Valutazione

L'istituzione del Nucleo regionale di valutazione è stabilita dall'art 4 della l.r 13/2012, che individua anche i compiti allo stesso assegnati. Il Nucleo regionale di valutazione è preposto all'esercizio di funzioni e compiti tecnici legali e medico legali nella gestione diretta dei sinistri e svolge funzioni principalmente consultive in merito alle decisioni da assumere nella gestione dei sinistri di elevato impatto economico. 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.

In coerenza con la previsione normativa, il Programma regionale, approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 2079/2013, al punto 5., ha provveduto alla disciplina complessiva dell'organismo collegiale regionale.

In relazione ai sinistri compresi nella seconda fascia, il raccordo funzionale con la Regione è garantito da un parere obbligatorio del Nucleo regionale, avente ad oggetto sia la sussistenza della responsabilità della struttura sanitaria, sia l'ammontare del danno, tenuto conto della quantificazione del risarcimento come effettuato dal Comitato Valutazione Sinistri aziendale. Il necessario coordinamento tra funzioni aziendali e funzioni del Nucleo regionale è assicurato mediante le indicazioni operative previste in diverse determinazioni dirigenziali regionali, da ultima dalla determina n. 4955/2014.

In ragione del progressivo ingresso delle Aziende sanitarie nel Programma regionale, con deliberazione di Giunta regionale n.1464 del 6 ottobre 2015, è stata rideterminata la composizione di tale organismo, ampliandone il numero dei membri.

Riguardo all'attività di espressione di pareri svolta dal Nucleo regionale fino al 31.12.2016, la stessa può essere così sintetizzata:

- 29 pareri obbligatori;

- 10 pareri facoltativi resi su casi di particolare complessità, di cui è stata formalizzata richiesta ai sensi dell'art. 4 comma 2 lett. a) della legge regionale 13/2012.

Relativamente alla frequenza di pareri del Nucleo, è possibile evidenziare come questa sia stata più intensa con riguardo ai sinistri aperti nel corso dell'anno 2013, dal momento che la soglia di competenza regionale comprendeva risarcimenti di valore superiore a 100.000, 00 euro, mentre nel 2014 tale soglia è stata innalzata a € 250.000,00. A decorrere dal 1.1.2014, il numero di sinistri su cui il Nucleo è stato chiamato ad esprimersi si è considerevolmente abbassato. Tale considerazione pone in evidenza come la maggiore parte dei sinistri si collochi sotto la soglia dei 250.00,00 euro.

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

La clausola valutativa di cui all'art. 8 della LR 13/12, prevede che “ad esito della sperimentazione prevista all'articolo 7 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”.

A tal fine, sono stati utilizzati i dati riportati dalle Aziende sanitarie nell'applicativo WEB (DB Sinistri Contenzioso legale) della Regione Emilia Romagna, con lo scopo di garantire l'analisi e la rendicontazione dei processi per la gestione del contenzioso legale, nonché questionari su temi specifici somministrati alle Aziende. Il programma DB-RER permette di registrare puntualmente l'iter delle pratiche relative alla gestione dei sinistri. Nel 2012 l'applicativo è stato rivisto ed integrato con nuovi campi, funzionali al programma regionale, che consentono 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: l'aggiornamento dell'applicativo è stata occasione per avviare anche un percorso di formazione e confronto sull'utilizzo del database. La revisione dell'applicativo consente 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 2013-2016, distinguendo una prima parte in cui si forniscono elementi descrittivi sui sinistri per tutte le Aziende sanitarie, ed una seconda parte sulla gestione del processo riferita alle sole Aziende entrate nel programma regionale.

4.1 Dati generali periodo 2013 -2016.

Nel periodo di osservazione 2013-2016, il numero di sinistri aperti dalle Aziende Sanitarie si è mantenuto tendenzialmente costante (intorno a 1.550 casi per anno), con una leggera flessione nel 2016; questa tendenza è confermata anche osservando il trend dal 2008 al 2012, antecedente l'avvio del programma regionale (tabella 1).

Tabella 1 Trend 2008 – 2016 sinistri per anno di apertura pratica

Anno di apertura pratica	Numero sinistri
2008	1.538
2009	1.561
2010	1.589
2011	1.575
2012	1.742
2013	1.541
2014	1.556
2015	1.544
2016	1.409

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna.

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

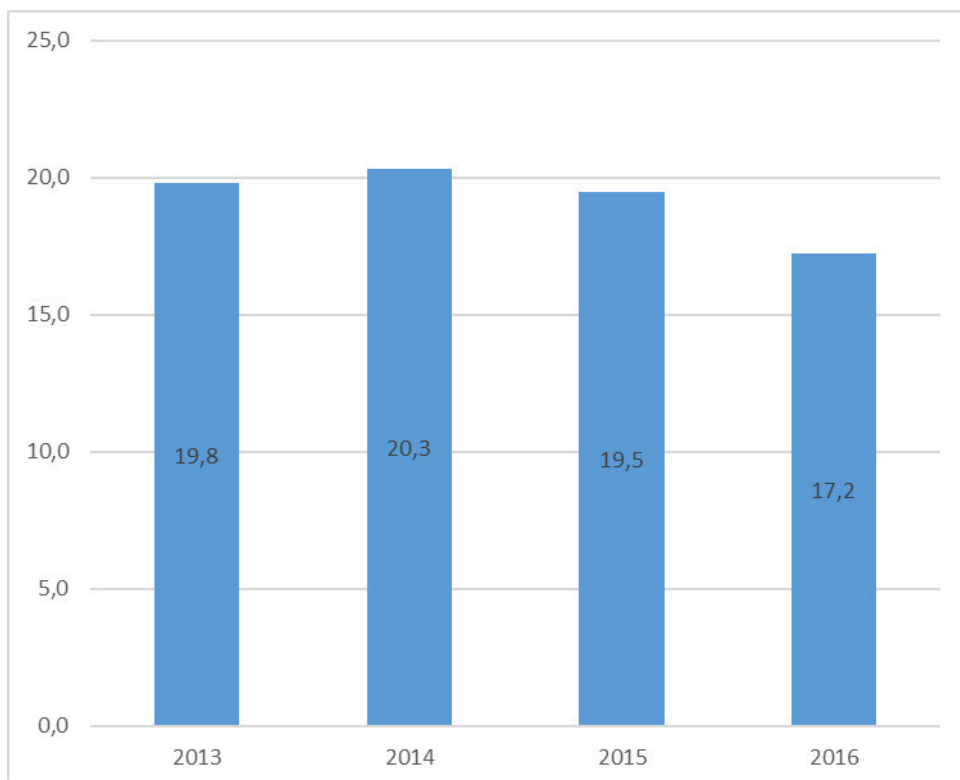
Tabella 2 Distribuzione dei sinistri per anno di apertura pratica ed Azienda

Anno di apertura pratica	2013		2014		2015		2016	
	valore assoluto	%	valore assoluto	%	valore assoluto	%	valore assoluto	%
AZIENDA USL DI PIACENZA	79	5,1	85	5,5	72	4,7	55	3,9
AZIENDA USL DI PARMA	30	1,9	33	2,1	37	2,4	34	2,4
AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA	70	4,5	92	5,9	74	4,8	61	4,3
AZIENDA USL DI MODENA	153	9,9	109	7,0	159	10,3	122	8,7
AZIENDA USL DI BOLOGNA	227	14,7	228	14,7	199	12,9	198	14,1
AZIENDA USL DI IMOLA	52	3,4	62	4,0	50	3,2	42	3,0
AZIENDA USL DI IMOLA - MONTECATONE	.	.	2	0,1	7	0,5	7	0,5
AZIENDA USL DI FERRARA	56	3,6	37	2,4	37	2,4	65	4,6
AZIENDA USL ROMAGNA	343	22,3	321	20,6	328	21,2	301	21,4
AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA	100	6,5	109	7,0	104	6,7	107	7,6
AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO	76	4,9	79	5,1	81	5,2	75	5,3
AZIENDA OSPEDALIERA DI MODENA	75	4,9	99	6,4	118	7,6	75	5,3
AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA	118	7,7	123	7,9	103	6,7	112	7,9
AZIENDA OSPEDALIERA DI FERRARA	70	4,5	70	4,5	83	5,4	68	4,8
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	92	6,0	107	6,9	92	6,0	87	6,2
Totale Regionale	1.541	100,0	1.556	100,0	1.544	100,0	1.409	100,0

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna.

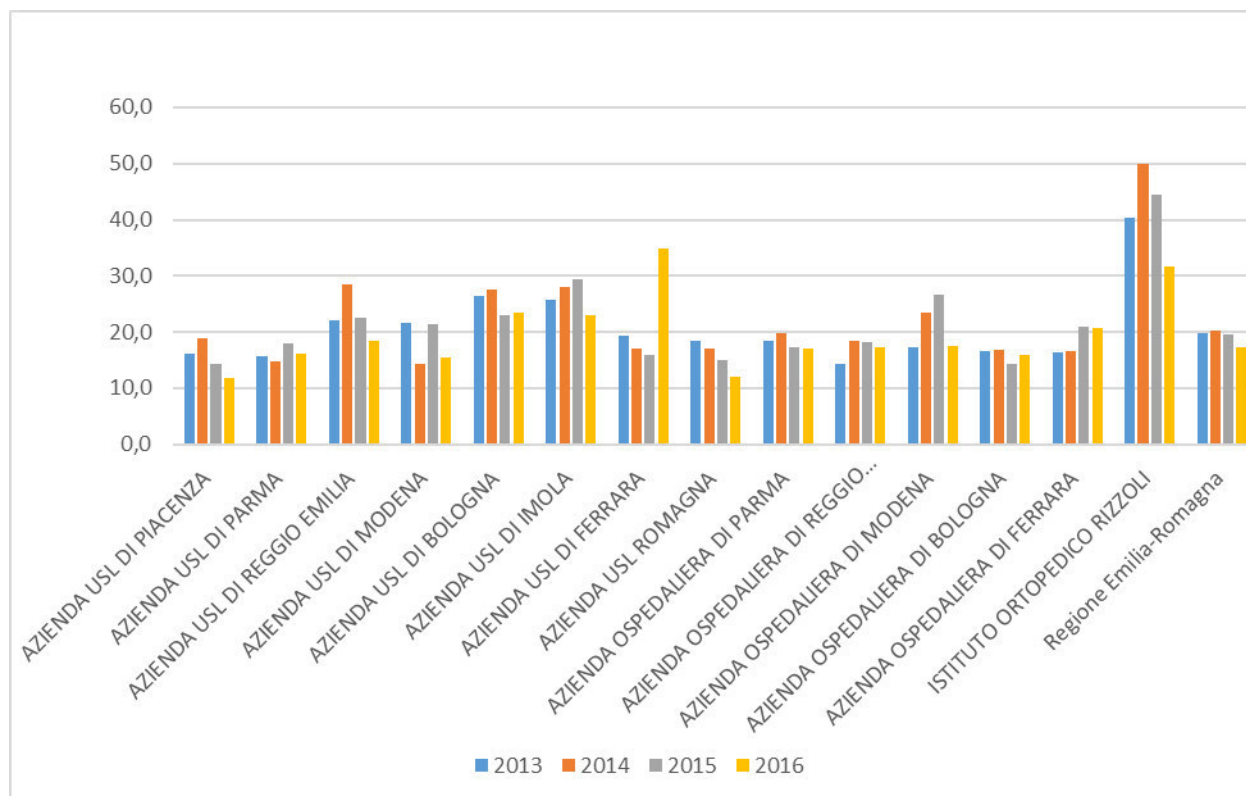
Come illustrato nei grafici sottostanti, anche l'indice di sinistrosità regionale – determinato dal numero dei sinistri per 10.000 dimessi - evidenzia una riduzione nell'ultimo anno del 12%, passando da 19,5 a 17,2.

Grafico 1 Indice di sinistrosità (per 10.000 dimessi) – Anni 2013-2016



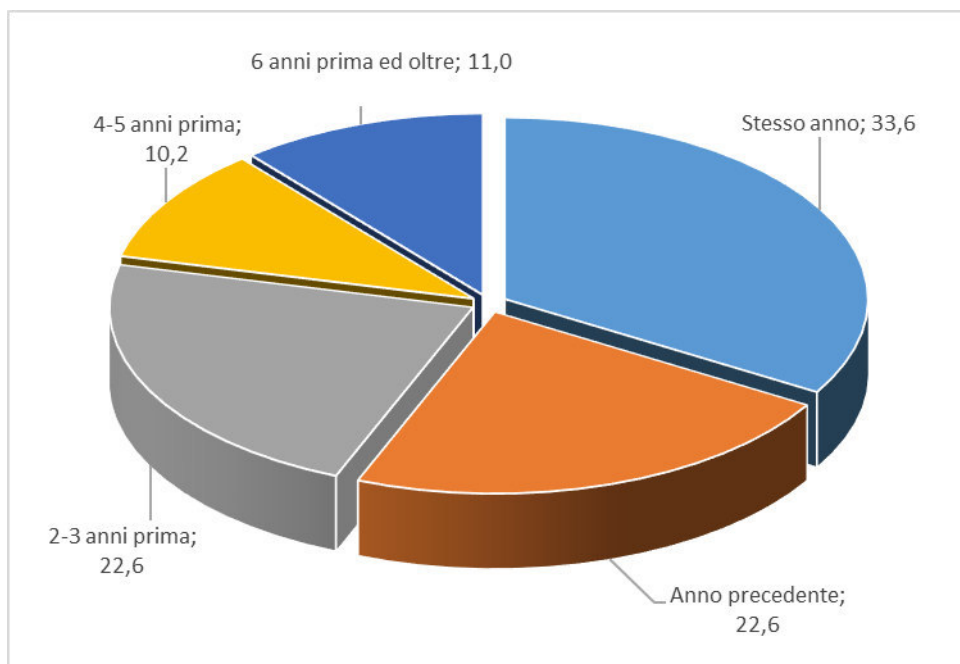
Tra le Aziende si osserva una certa variabilità: l'alto valore che si osserva per l'Istituto Ortopedico Rizzoli deriva dall'essere mono specialistico di ortopedia, disciplina tra le più esposte.

Grafico 2 Indice di sinistrosità per Azienda Sanitaria (per 10.000 dimessi) – Anni 2013-2016



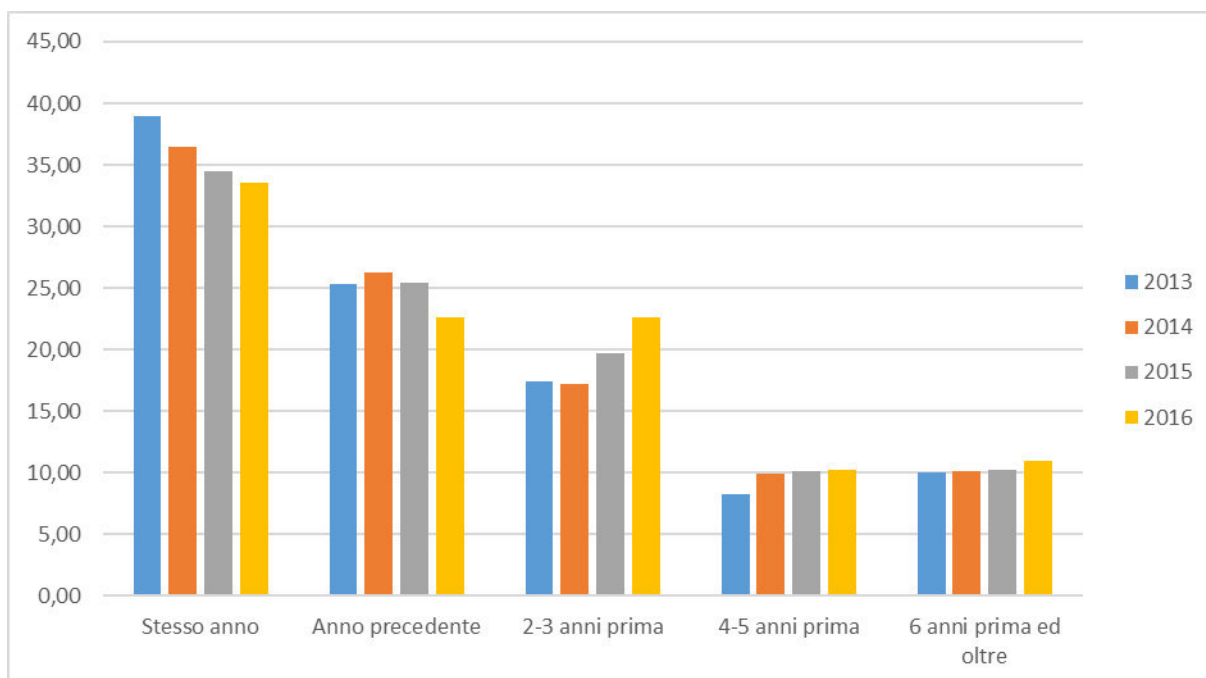
Nel grafico sotto riportato è evidenziato l'intervallo temporale intercorrente tra la data dell'evento e la richiesta di risarcimento del sinistro, ossia il tempo di reazione del danneggiato rispetto all'accadimento. A tal riguardo, nel 2016 si osserva che in circa il 34% dei casi la richiesta avviene entro l'anno; il 23% dei casi si riferisce ad eventi accaduti nell'anno precedente. Tale distribuzione riveste rilievo anche sotto il profilo della costituzione del fondo rischi. Infatti, è evidente che quanto maggiore è la vetustà dell'evento, tanto minore sarà la possibilità che lo stesso determini una richiesta danni. 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. Per questa ragione nel data base regionale dopo due anni dal rigetto la pratica è considerata chiusa. 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 che si riferisce ad eventi accaduti oltre 6 anni prima della richiesta (Grafico 3).

Grafico 3 Sinistri per anno di evento e richiesta risarcimento – Anno 2016



Di seguito sono rappresentati gli intervalli di tempo tra accadimento e richiesta riferiti al periodo 2013-2016.

Grafico 4 Sinistri per anno di evento e richiesta risarcimento - Anni 2013-2016



Considerando la modalità da cui scaturisce l'apertura del sinistro, nel 2016 per quasi il 90 % dei casi si tratta di una richiesta di risarcimento, il 7% dei casi si apre con un procedimento penale; per quanto riguarda i procedimenti civili e le mediazioni civili, questi rappresentano quote abbastanza residuali (grafici 5). Non si osservano variazioni significative negli anni (grafico 6).

Grafico 5 Modalità di apertura del sinistro – Anno 2016

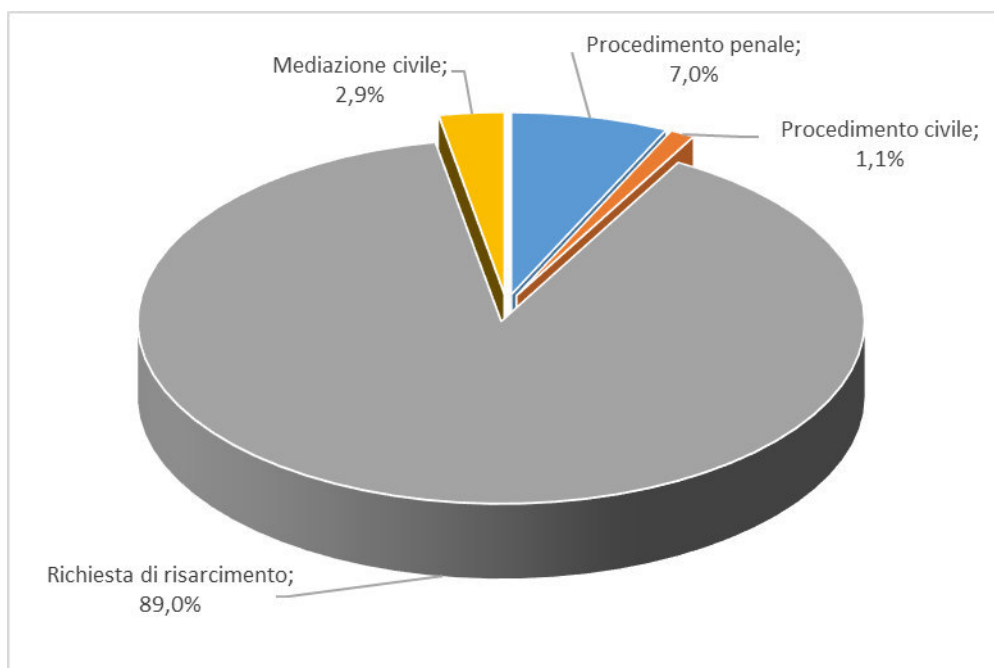
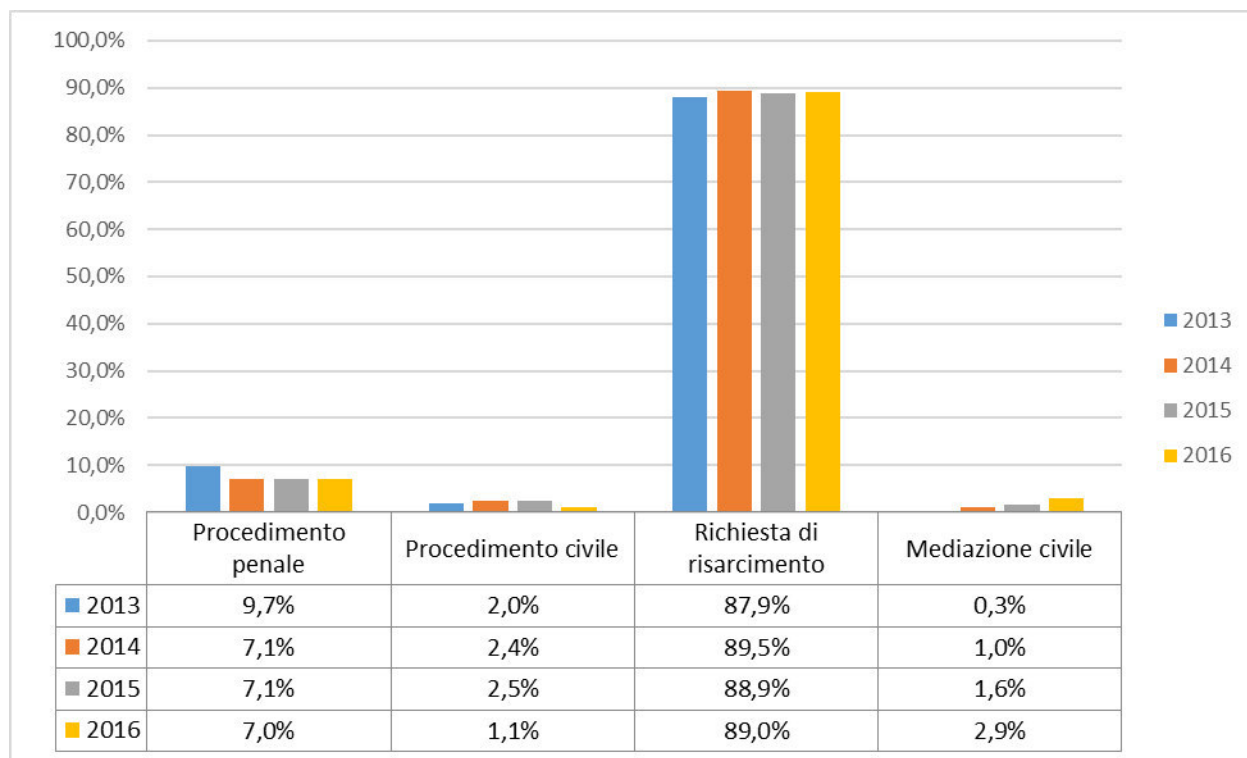


Grafico 6 Modalità di apertura del sinistro - Anni 2013-2016



Considerando la persona danneggiata, nell'anno 2016 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 negli anni 2013 - 2016 (grafico 8).

Grafico 7 Tipologia di danneggiato – Anno 2016

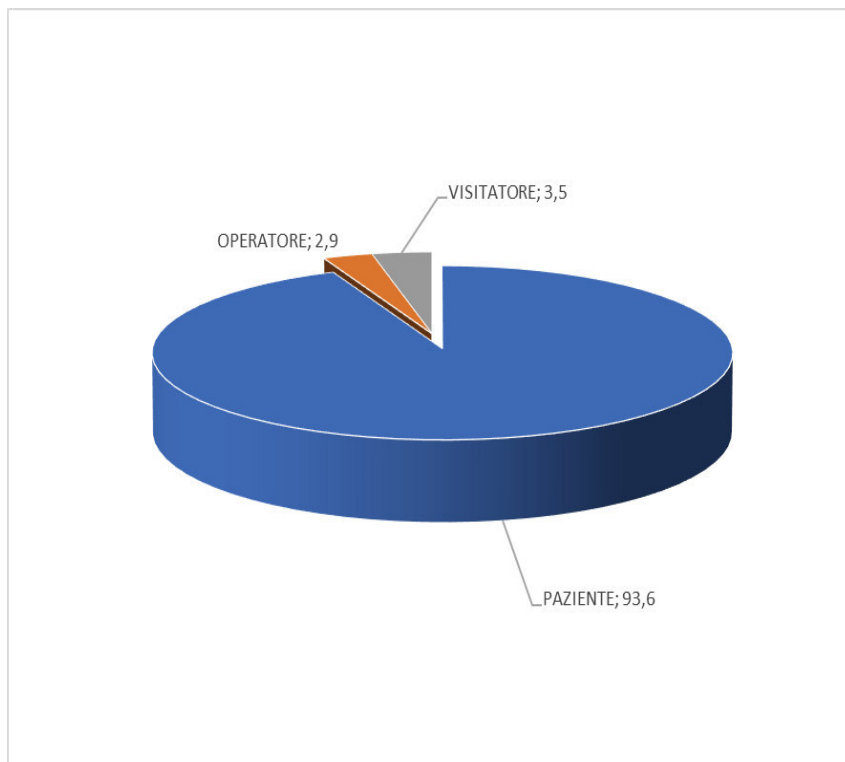
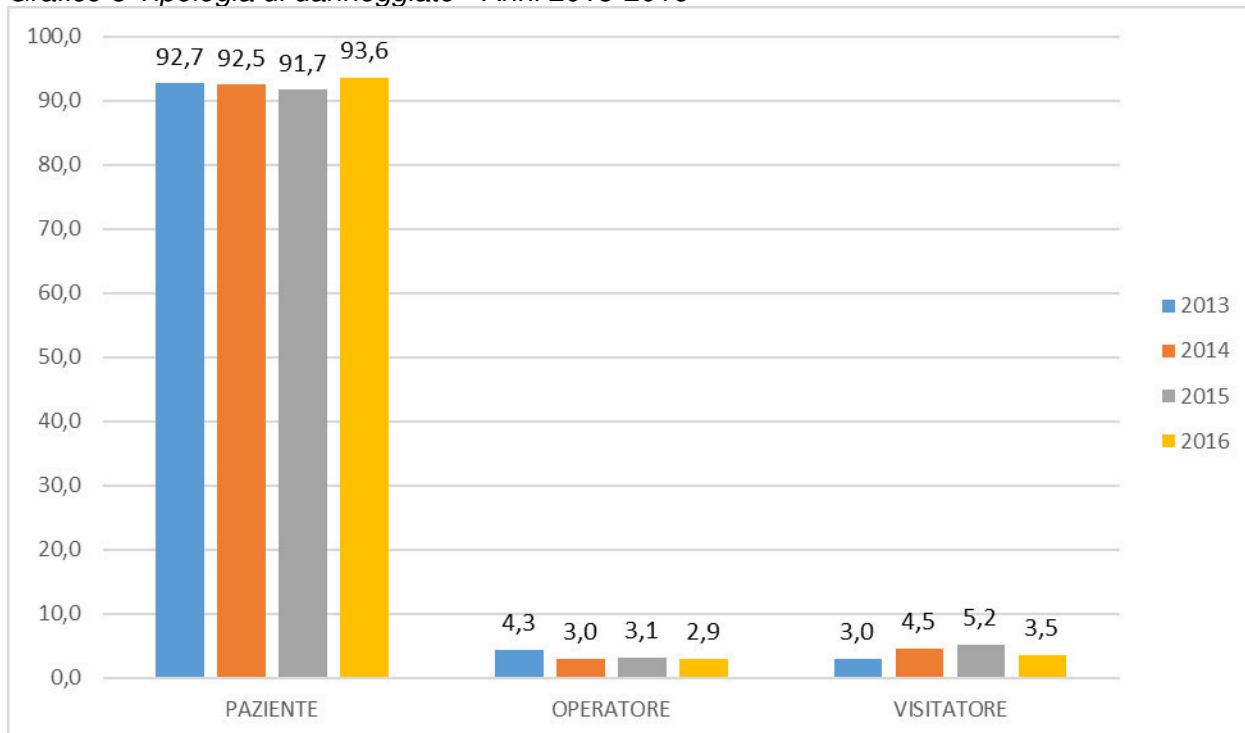


Grafico 8 Tipologia di danneggiato - Anni 2013-2016



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 2016 i danni da lesioni sono circa il 70%, 13 %

decessi, 5% 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 2016

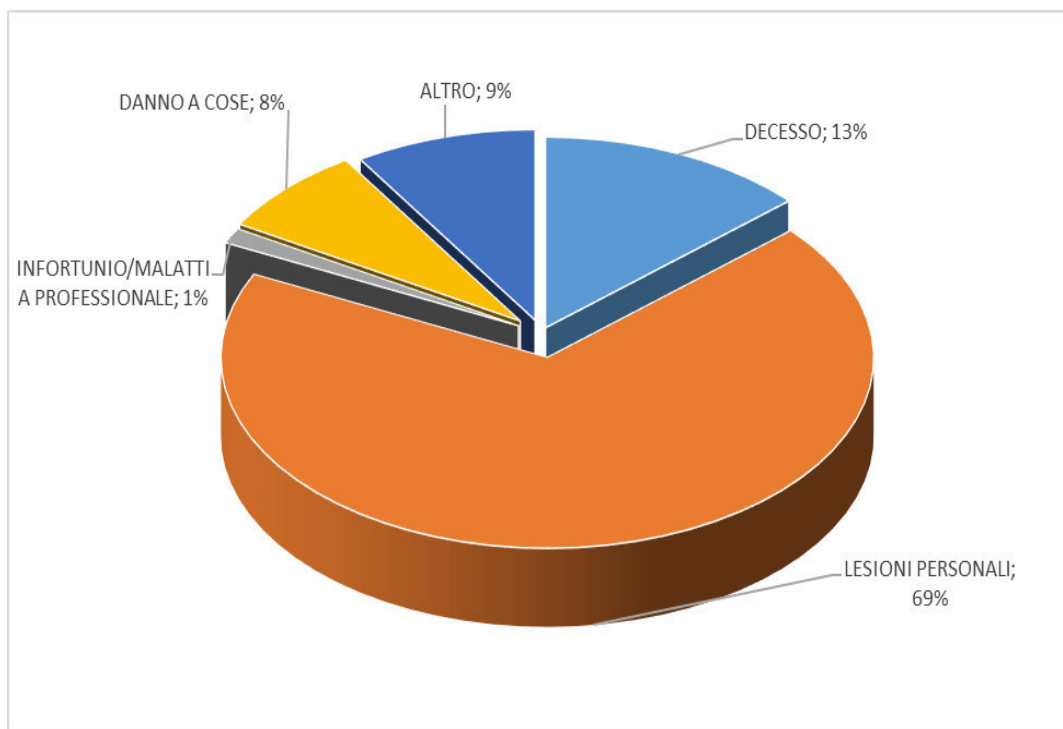
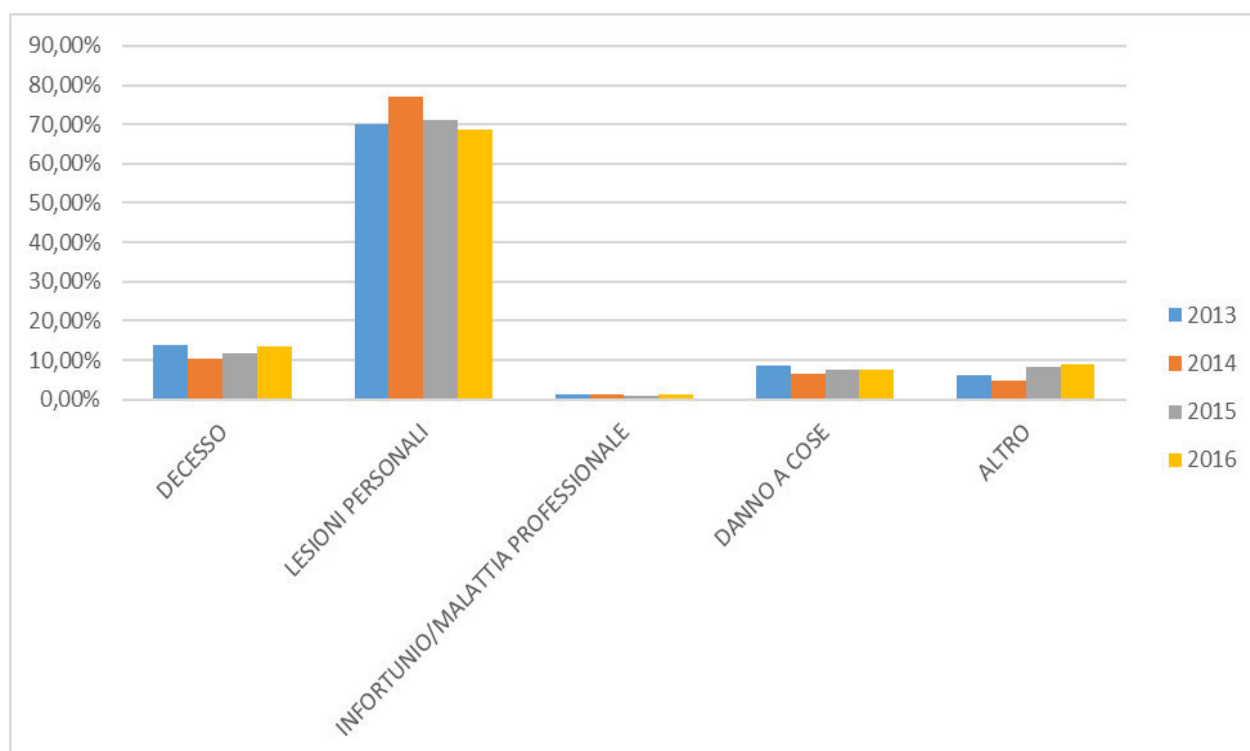


Grafico 10 - Tipologia del danno - Anni 2013-2016



Con riferimento alla tipologia del richiedente, nel 2016 nel 67 % dei casi la richiesta è presentata da un legale, nel 6% si tratta di Agenzie infortunistiche mentre solo nel 12 % la richiesta è presentata autonomamente dal danneggiato (grafico 11). Nel tempo questo andamento si è modificato, anche se in maniera percentualmente non particolarmente significativa, con l'incremento delle richieste presentate dai legali (grafico 12).

Grafico 11 - Tipologia del richiedente - Anno 2016

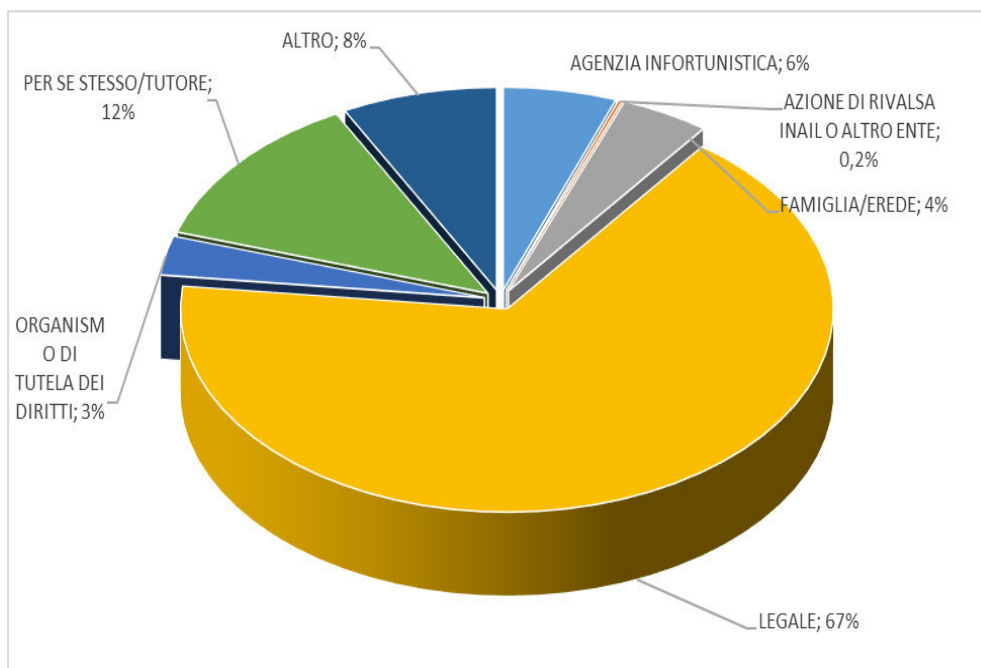
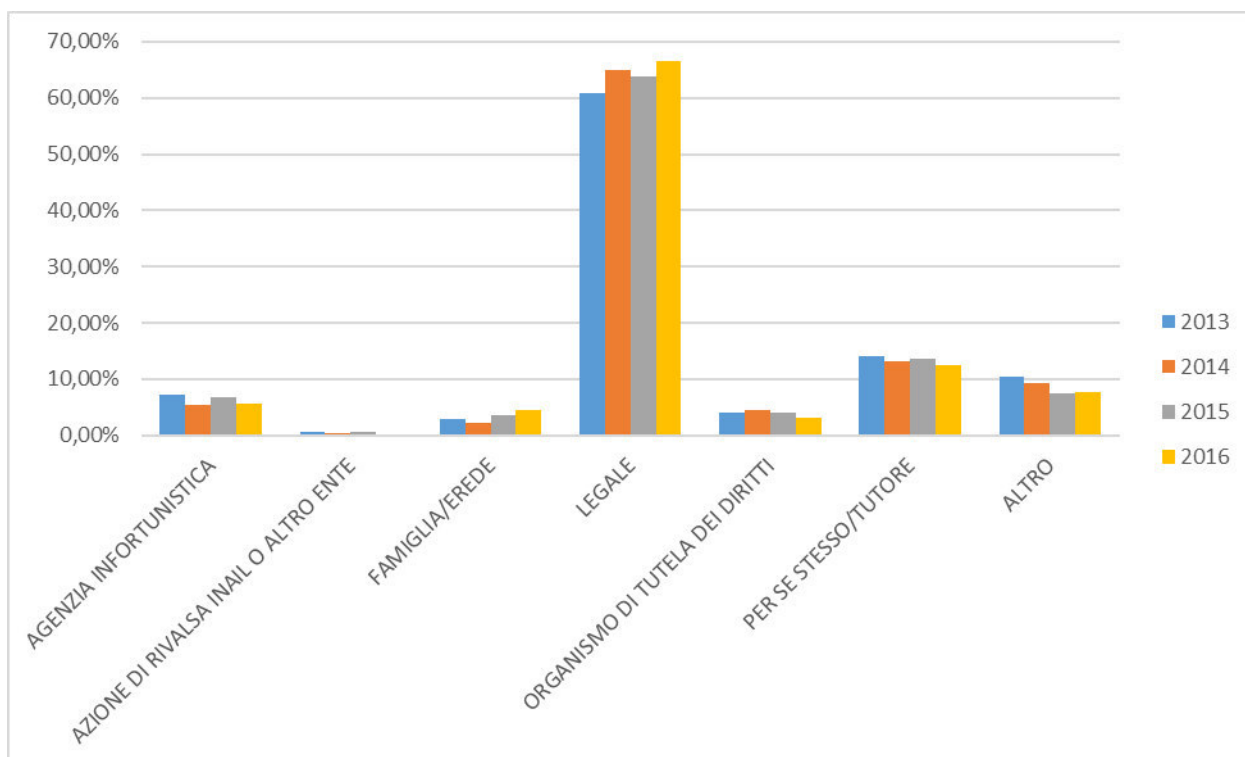


Grafico 12 - Tipologia del richiedente - Anni 2013-2016



Rispetto alla struttura di accadimento dell'evento, nel 2016 oltre il 75% avviene nell'ambito ospedaliero, oltre il 10% avviene nell'ambito dell'emergenza-urgenza, seguito da quello dell'assistenza ambulatoriale con il 9%; infine, sono pochi i casi che afferiscono all'ambito dell'assistenza territoriale (grafico 13). Come si può osservare dal grafico 14, negli anni si registra un andamento simile e costante.

Grafico 13 Struttura di accadimento dell'evento – Anno 2016

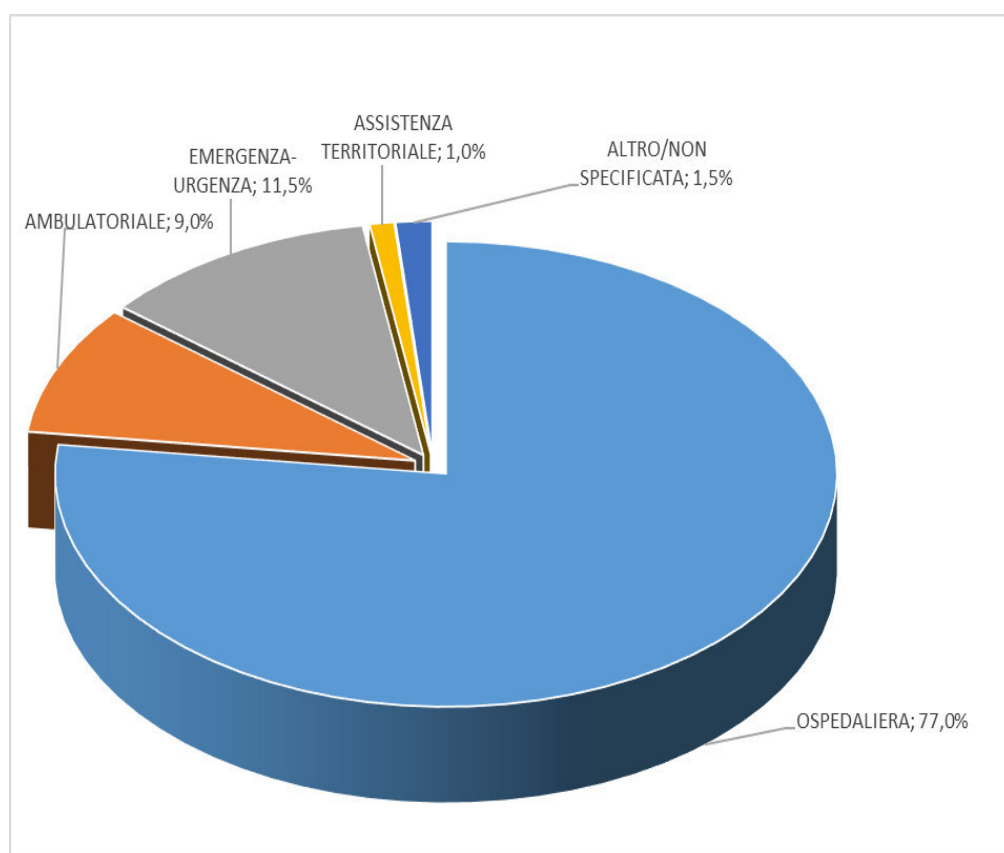
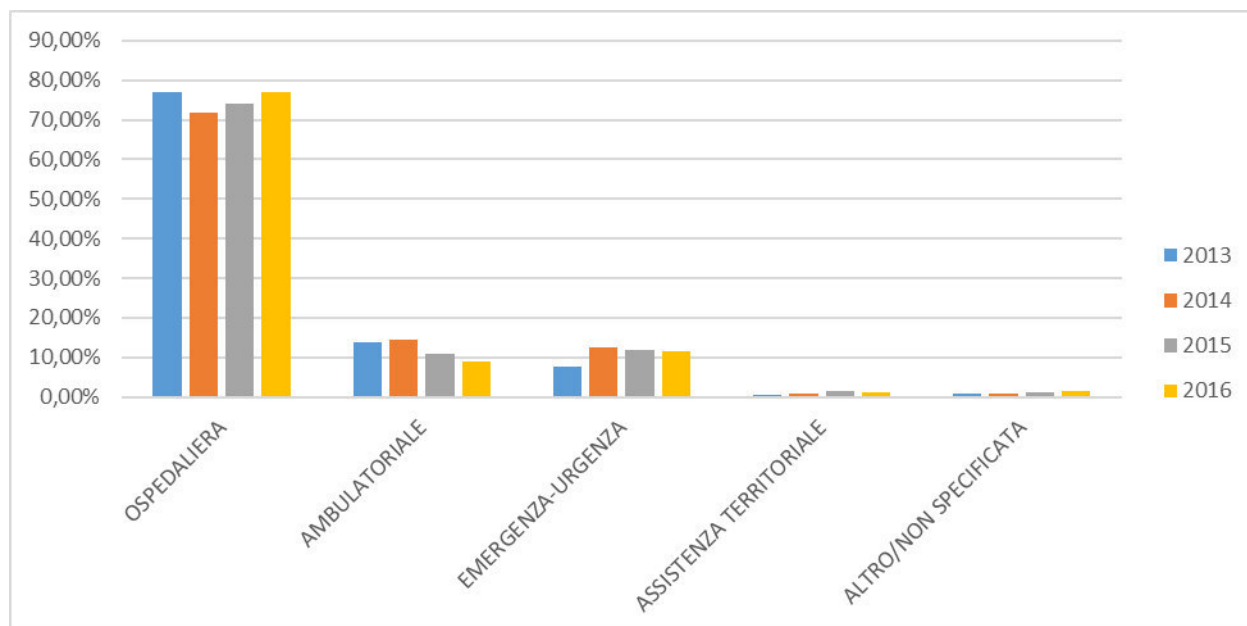


Grafico 14 Struttura di accadimento dell'evento - Anni 2013-2016



Al fine di valutare le discipline coinvolte, 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 2016 emerge che l'area chirurgica è quella maggiormente coinvolta – circa il 25% dei sinistri totali: poiché l'ortopedia da sola comprende oltre il 20% dei sinistri, pur essendo di area chirurgica, è stata tenuta distinta. Quindi le discipline chirurgiche rappresentano oltre il 40-45 %. Seguono per ordine di grandezza l'area medica, l'area materno infantile e l'emergenza. 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). Di seguito i dati riferiti agli anni 2013 – 2016 (grafico 16).

Grafico 15 Disciplina di accadimento dell'evento – Anno 2016

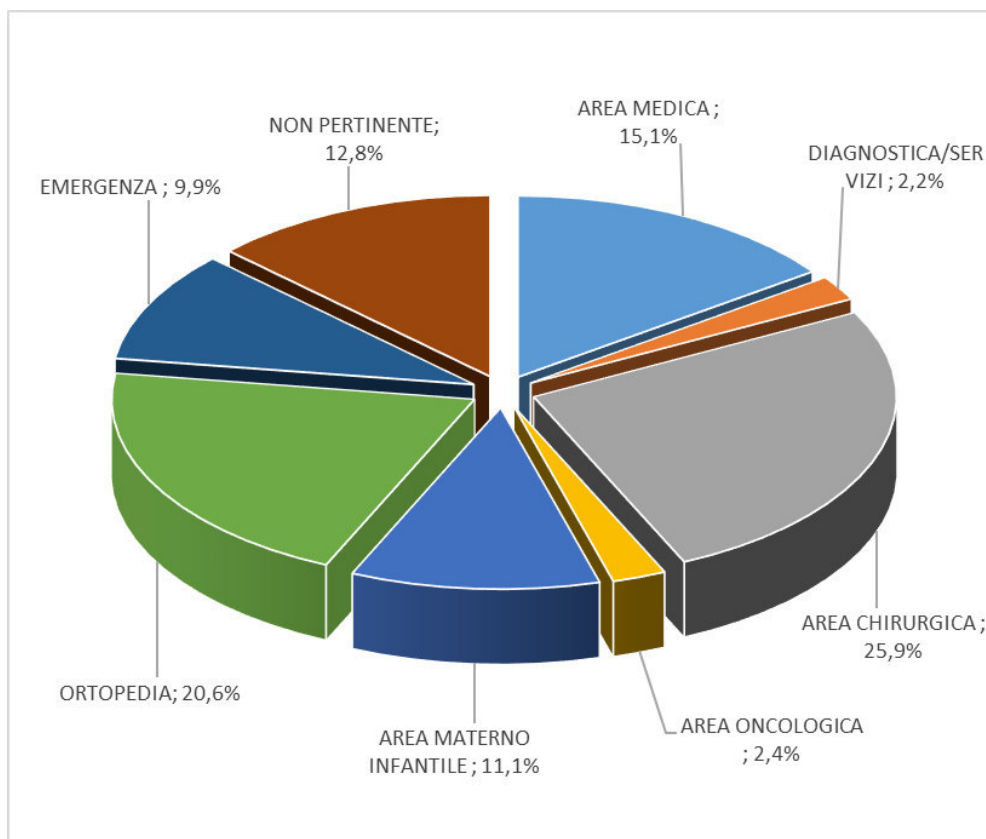
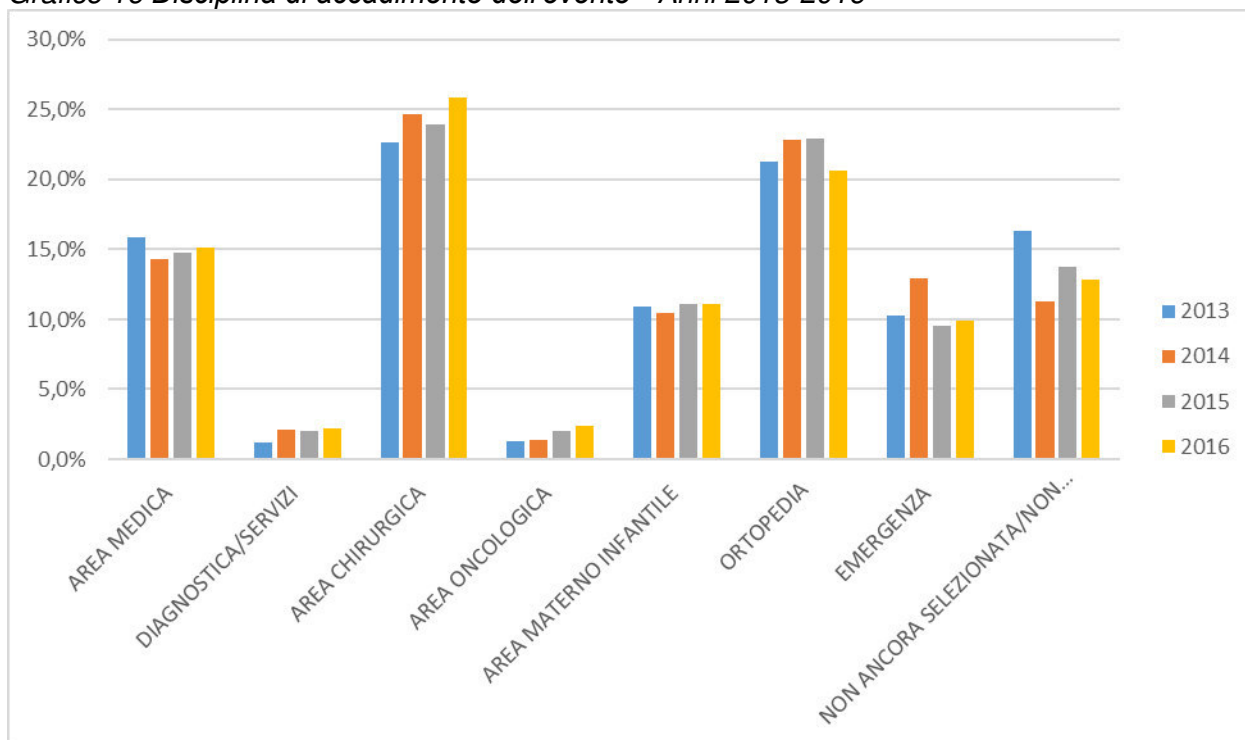


Grafico 16 Disciplina di accadimento dell'evento - Anni 2013-2016



A conclusione di questa prima sezione sui dati generali, si evidenzia che il fenomeno dei sinistri sanitari è rimasto costante nel tempo sia sotto il profilo della numerosità sia delle caratteristiche del sinistro, indipendente dal regime di copertura della responsabilità e di relativa gestione.

4.2 Gestione del processo nelle aziende sperimentatrici

Una parte dei dati raccolti nel sistema informativo regionale è finalizzata all'analisi dell'efficienza del processo di gestione dei sinistri. Nella presente sezione si riportano i dati relativi alle sole aziende sperimentatrici, estratti al 31 gennaio 2017, tenuto conto del periodo di relativo ingresso nella sperimentazione stessa. Al riguardo, si precisa che per le aziende sanitarie entrate nel secondo semestre dell'anno si considerano solo i dati dell'anno successivo.

Nel processo di gestione è momento fondamentale la valutazione del sinistro effettuata nell'ambito del Comitato Valutazione Sinistri (CVS,) ove viene stabilito se procedere all'accoglimento della richiesta e alla quantificazione del risarcimento da proporre al danneggiato. A tal fine, occorre che la pratica sia 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, che corrisponde al periodo richiesto per l'invio della pratica al Nucleo Regionale per i sinistri di fascia di relativa competenza, estensibile anche ai tempi di gestione del sinistro in CVS.

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

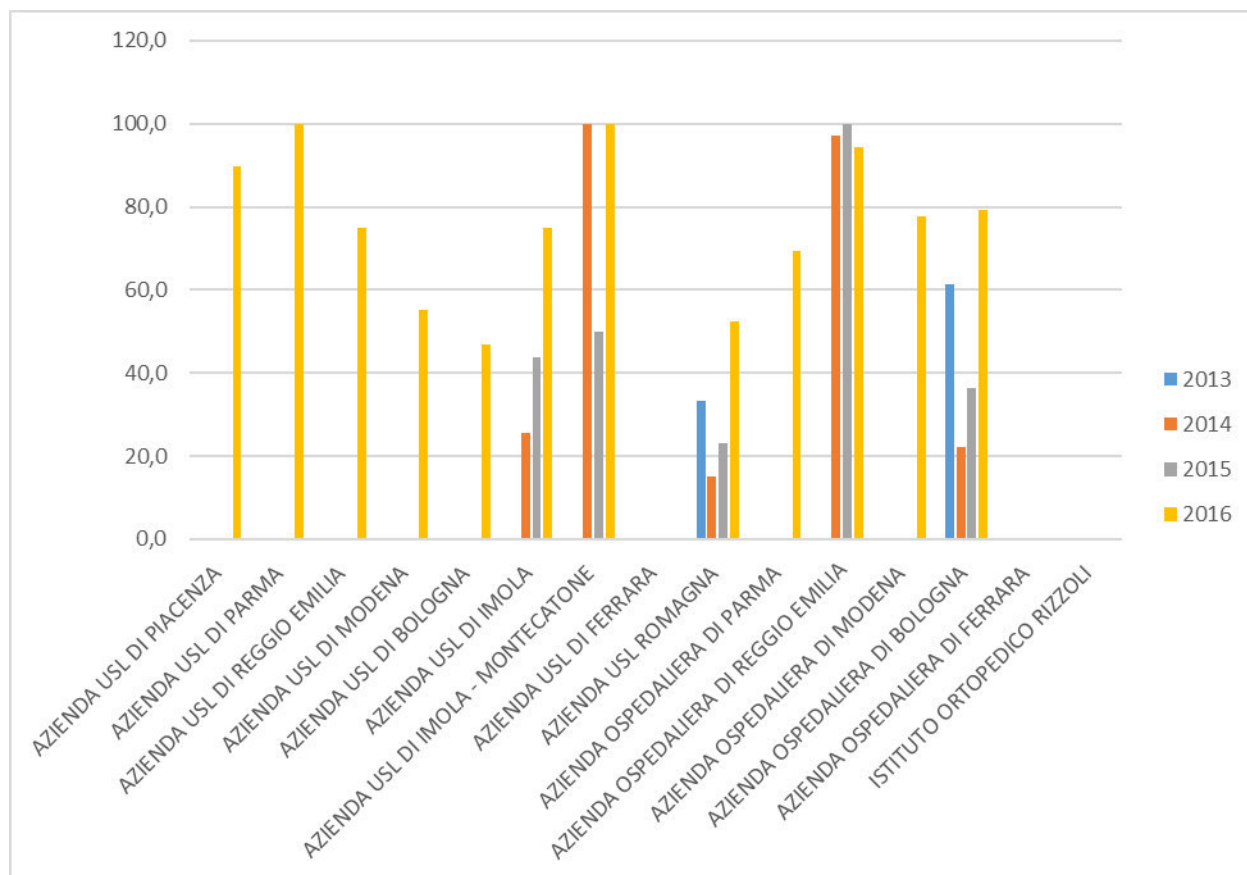


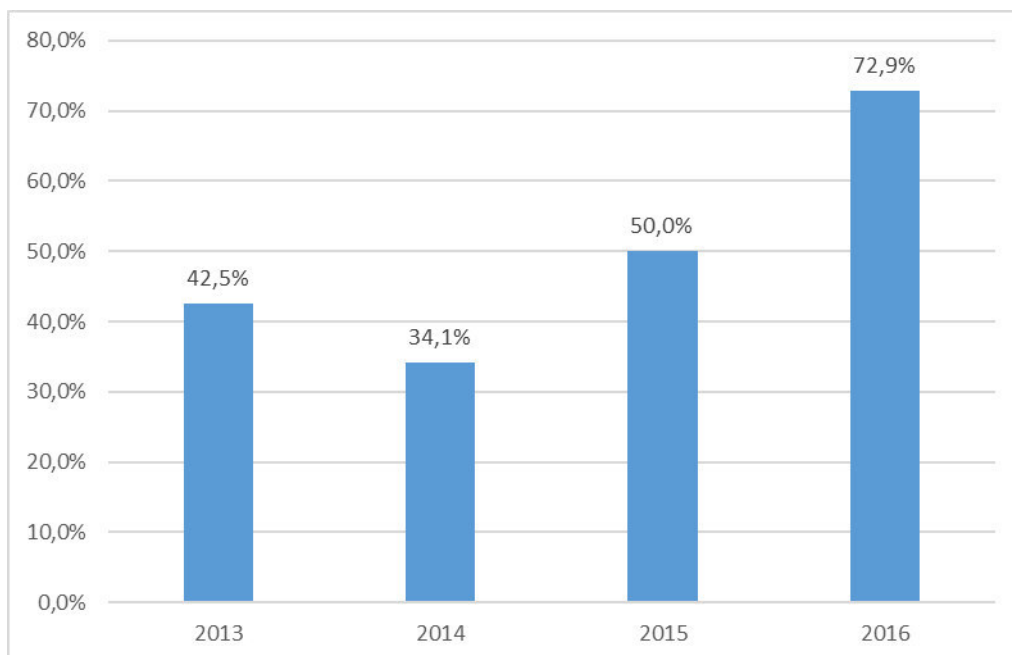
Tabella 3

Gestione processo: sinistri presentati al CVS entro 180 dall'apertura pratica - valori %

Azienda Sanitaria	2013	2014	2015	2016
	% sinistri con intervallo compreso tra 0 - 180 gg	% sinistri con intervallo compreso tra 0 - 180 gg	% sinistri con intervallo compreso tra 0 - 180 gg	% sinistri con intervallo compreso tra 0 - 180 gg
AZIENDA USL DI PIACENZA				89,7
AZIENDA USL DI PARMA				100,0
AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA				75,0
AZIENDA USL DI MODENA				55,3
AZIENDA USL DI BOLOGNA				46,9
AZIENDA USL DI IMOLA		25,7	43,8	75,0
AZIENDA USL DI IMOLA - MONTECATONE		100,0	50,0	100,0
AZIENDA USL DI FERRARA				
AZIENDA USL ROMAGNA	33,3	15,2	23,0	52,4
AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA				69,4
AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA		97,1	100,0	94,4
AZIENDA OSPEDALIERA DI MODENA				77,8
AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA	61,3	22,3	36,2	79,2
AZIENDA OSPEDALIERA DI FERRARA				
ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI				
Totale Regionale	42,5%	34,1%	50,0%	72,9%

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna.

Grafico 18 Sinistri presentati al CVS entro 180 giorni - Anni 2013-2016

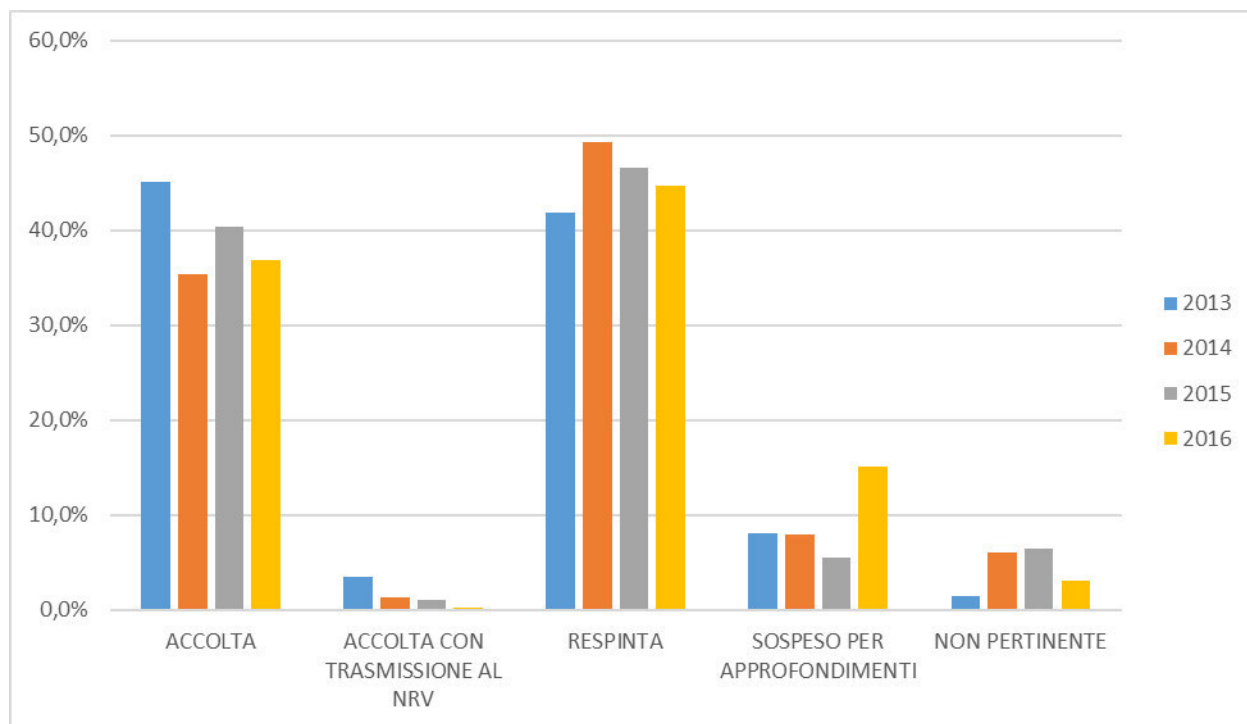


Ricordando quanto già puntualizzato nella premessa di questa relazione, tra gli obiettivi del Programma regionale vi è anche la rapidità del ristoro del danno – se dovuto -, al fine di favorire una efficace negoziazione stragiudiziale, con tutti i vantaggi che ne conseguono.

La rapidità di chiusura di un sinistro non è sempre direttamente dipendente dall'efficienza del processo aziendale di gestione del contenzioso. Infatti, la chiusura di un sinistro si realizza solo quando trovano soddisfazione due esigenze spesso confliggenti tra loro: da un lato le pretese 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. Oltre a questo aspetto, che di per sé solo può rallentare l'effettiva chiusura del sinistro, occorre anche considerare che nel processo di negoziazione è molto spesso coinvolto un terzo (legale o agenzia infortunistica) che tutela gli interessi del danneggiato ma che, fatalmente, rallenta il processo stesso. Pertanto, si è individuato come indicatore di efficienza del processo non il raggiungimento dello stato "chiuso" nel data base, ma la numerosità dei sinistri presentati al Comitato Valutazione Sinistri. Tale indicatore proxy è stato individuato tenendo conto che la presentazione al CVS coincide solitamente con il completamento dell'istruttoria aziendale, e, quindi, con l'acquisizione di tutti gli elementi utili alla definizione del caso.

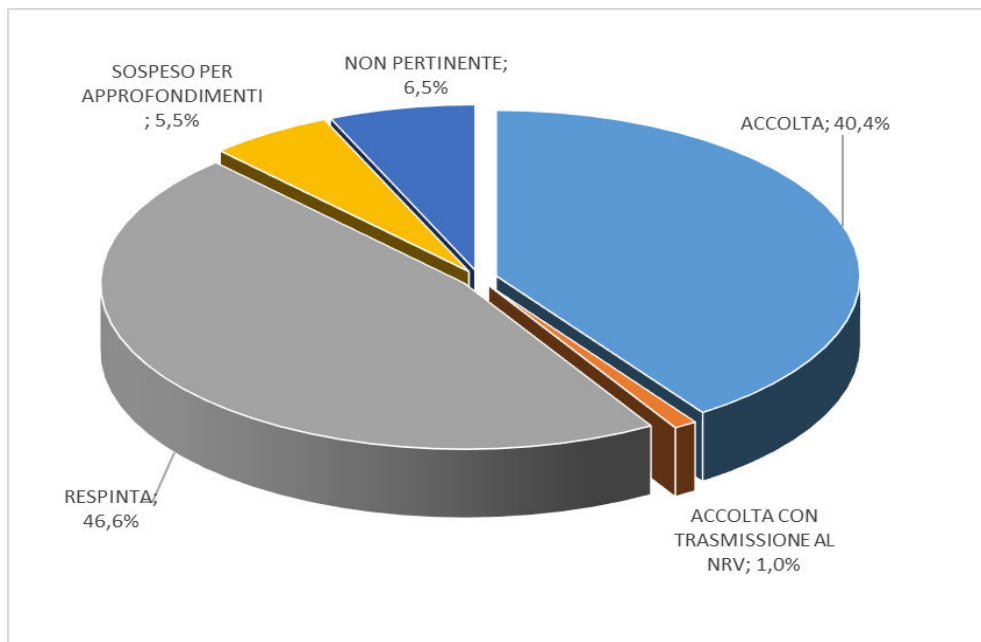
Nel grafico 19 sono riportati gli esiti del CVS, ove la voce "accolta" indica l'accoglimento della richiesta mentre il quantum è oggetto di trattative conseguenti alla decisione del CVS. Pertanto, le posizioni accolte non coincidono necessariamente con le transatte.

Grafico 19 Tipologia esito al CVS - Anni 2013-2016



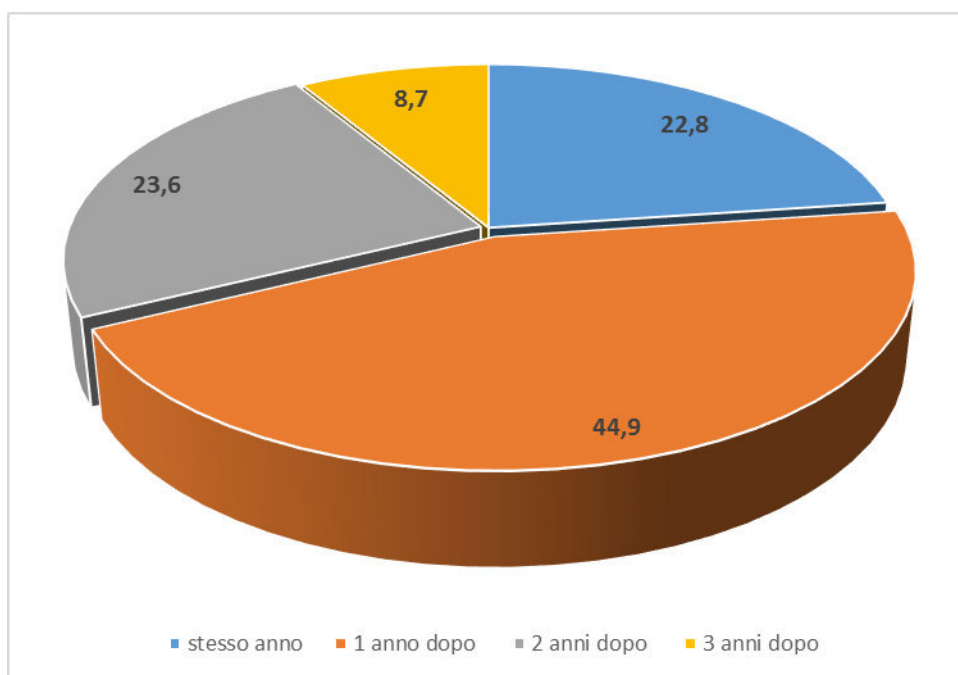
Dai dati sopra esposti si evidenzia che le istanze accolte negli anni 2013-2016 sono circa il 40%, mentre oltre 45% sono respinte. Pochi casi risultano di competenza del NRV, in quanto inferiori alla soglia di seconda fascia (€ 100.000 anno 2013; € 250.000 per anno 2014 e successivi). Percentuali analoghe sono rinvenibili nei dati riferiti all'anno 2013, primo anno di avvio del Programma (grafico 20).

Grafico 20 Tipologia esito al CVS - Anno 2013



Rispetto alle posizioni accolte, circa il 20% di transazioni avviene nello stesso anno, ed il 40% l'anno successivo, ossia ad 1 anno dall'apertura. Queste percentuali si riferiscono ai dati del 2013 ma la tendenza è la medesima anche negli anni successivi.

Grafico 21 Tempistica della transazione - Anno 2013



Relativamente al numero dei sinistri transatti, di seguito si riportano i dati riferiti agli anni 2013 – 2016.

Casi transatti nel periodo di sperimentazione 2013-2016

		Anno di liquidazione				
		2013	2014	2015	2016	Totale
Casi transatti	2013	29	57	30	11	127
	2014	0	9	42	28	79
	2015	0	0	11	28	39
	2016	0	0	0	51	51
TOTALE		29	66	83	118	296

Complessivamente dall'inizio della sperimentazione, è stato liquidato un importo di 13,933 milioni per un numero pari a 296 sinistri, su un totale di richieste pari a 3077.

Tabella Valore liquidato per Azienda

Azienda USL	Importo pagato (€) al 31/12/2016				
	2013	2014	2015	2016	Totale
AZIENDA USL DI PIACENZA				450	450
AZIENDA USL DI PARMA			0	17.983	17.983
AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA				85.543	85.543
AZIENDA USL DI MODENA			2.800	120.247	123.047
AZIENDA USL DI BOLOGNA				0	0
AZIENDA USL DI IMOLA			195.433	32.000	227.433
AZIENDA USL DI IMOLA - MONTECATONE			800	196	996
AZIENDA USL ROMAGNA	3.548.475	3.163.326	1.417.997	0	8.129.798
AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA				494.404	494.404
AZIENDA OSPEDALIERA DI REGGIO EMILIA				870.000	870.000
AZIENDA OSPEDALIERA DI MODENA			3.500	80.000	83.500
AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA	2.894.471	892.807	48.645	43.581	3.879.504
Totale Regionale	6.442.946	4.056.133	1.669.175	1.765.503	13.933.757

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Rilevazione ad hoc-Regione Emilia-Romagna

Per quanto riguarda i sinistri di fascia regionale, si riporta di seguito la tabella relativa agli importi rimborsati dalla Regione alle Aziende sanitarie.

Fondo regionale “gestione diretta dei sinistri” - Sinistri rimborsati dalla Regione

Anni	2013 -2014	2015	2016	Totale
Importo liquidato (*)	2.095.642,10	2.060.965,23	83.053,88	4.239.661,21

(*) Comprensivo delle spese correlate. La soglia economica di competenza aziendale nel 2013 era fino 100.000 €; dal 2014 soglia pari a € 250.000. Fonte dati: DGR 524/2015; DGR 2291/2015; DGR 2039/2016

I danni catastrofali, fino ad oggi risarciti dalla compagnia (per la quota di competenza superiore a 1.500.000 €) per i sinistri 2013, sono stati n. 2 di valore rispettivamente pari a € 1.764.000 e 1.599.000.

Di seguito, si riporta tabella informativa degli importi corrisposti suddivisi per disciplina di afferenza del sinistro.

Disciplina	Anno di apertura pratica			
	2013	2014	2015	2016
	€	€	€	€
DIAGNOSTICA/SERVIZI	53.559	42.571	47.808	2.500
AREA MEDICA	66.831	24.239	44.141	20.731
AREA CHIRURGICA	71.329	45.392	49.830	27.802
AREA ONCOLOGICA	194.625	5.240	4.450	1.500
AREA MATERNO INFANTILE	77.393	54.072	25.768	21.790
ORTOPEDIA	41.032	201.029	35.108	15.391
EMERGENZA	14.719	33.232	34.927	6.984
NON PERTINENTE	20.801	3.093	2.242	951
Totale Regionale	52.615	75.562	35.472	17.684

Fonte: Banca dati Gestione Sinistri, Regione Emilia-Romagna

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.

Con riguardo ai tempi di trattazione – anch'esso oggetto target della clausola valutativa - , si registra un graduale miglioramento durante il periodo di sperimentazione e relativamente ai tempi attesi (180 giorni).

5. Esiti della sperimentazione e azioni future di miglioramento

Il 31 dicembre 2016 si è conclusa la fase sperimentale del Programma regionale, ed è quindi possibile porre l'attenzione su alcune questioni di rilevante significatività. Infatti, se da un lato la gestione diretta dei sinistri ha comportato un approccio totalmente nuovo e ha avuto un notevole impatto per gli operatori coinvolti, dall'altro, la graduale adesione alla fase sperimentale delle Aziende ha palesato l'innegabile vantaggio di consentire alle stesse di dotarsi, nel tempo, dell'assetto organizzativo necessario per far fronte al nuovo sistema, oltre che costituire un momento ineludibile per l'adeguamento delle procedure e degli atti, lo svolgimento della formazione, il confronto tra gli operatori coinvolti. Contestualmente, proprio in ragione della progressiva adesione nel tempo degli Enti, appena completatasi, si è ritenuto doveroso avviare una un'ulteriore fase valutativa che consenta di indagare quali impatti applicativi il Programma determini una volta stabilizzatosi in tutto il territorio regionale, al fine di trarne elementi conoscitivi e dati maggiormente rappresentativi e uniformi, in base ai quali – eventualmente - apportare al Programma regionale alcuni adeguamenti (Delibera Giunta regionale 2311/2016).

Al termine della sperimentazione un primo elemento che risulta evidente è il graduale superamento dei premi assicurativi e del sistema delle franchigie, assolute o aggregate, che in ragione della loro entità (come consolidatasi negli ultimi anni, da ultimo pari a € 250.000) e del valore economico dei sinistri (cfr. grafico n. 19) ha fatto sì che la maggior parte dei risarcimenti da contenzioso sanitario gravasse direttamente sui bilanci delle aziende sanitarie. Peraltro, va sottolineato come nel periodo coperto dalla Compagnia per i danni superiori a € 1.500.000 il risarcimento più oneroso sia stato pari a € 1.764.000. La esiguità dei sinistri catastrofali, unitamente all'affinamento delle strategie di quantificazione dei fondi rischi per la copertura diretta del contenzioso, consentono di dotarsi di adeguati strumenti economici per far fronte anche ad eventuali risarcimenti "catastrofali". Ovviamente, visto il recente avvio del programma regionale, la tempistica di gestione del sinistro e il regime della *prescrizione* in tema di responsabilità contrattuale dell'Azienda sanitaria non permettono di effettuare una valutazione definitiva rispetto alla permanente tenuta economica del sistema.

Oltre a ciò, la gestione diretta delle richieste risarcitorie sotto ogni profilo – medico legale, amministrativo, negoziale/transattivo - ha determinato una migliore

consapevolezza da parte delle aziende sanitarie circa le criticità dell'organizzazione rispetto alla sicurezza dei pazienti e ai percorsi di accoglienza dei cittadini latamente intesi. È stata quindi agevolata una migliore integrazione con tutti i processi, al fine di migliorare la sicurezza delle cure anche attraverso la definizione strutturata delle sinergie fra la competente funzione aziendale e i soggetti coinvolti nel processo di gestione dei sinistri (si vedano le citate "Linee di indirizzo regionali per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità"). Un siffatto sistema ha poi posto la necessità di definire modelli organizzativi che, al di là dei requisiti minimi richiesti per partecipare alla sperimentazione, individuassero la corretta collocazione logistica delle figure professionali direttamente coinvolte nella gestione dei sinistri - in particolare medicina legale e uffici legali/assicurativi - al fine di garantirne l'adeguata interazione. È stato poi intrapreso un percorso di formazione che ha coinvolto tutte le aziende sperimentatrici (e non solo), al fine di implementare tutte le competenze indispensabili ad una efficace gestione del contenzioso.

Il percorso che è stato intrapreso non è concluso e necessita di adeguamenti, come peraltro già previsto dalla LR 13/2012 ove, all'art. 7., c. 3, si afferma che la Giunta nel definire le modalità operative per estendere il sistema a tutto il territorio regionale valuta gli eventuali adeguamenti della legge. Peraltro, tali adeguamenti risultano oggi ancora più attuali per effetto dell'entrata in vigore della Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", di probabile forte impatto anche sotto i profili operativo ed organizzativo (si pensi, ad esempio, alla portata dell'obbligo di comunicazione di inizio trattative stragiudiziali e di notifica di atto giudiziario di cui all'art. 13 L. 24/2017). Sarà certamente necessario continuare a garantire una adeguata formazione, anche attraverso percorsi di affiancamento, soprattutto per alcune attività che non sono storicamente patrimonio aziendale, come quelle legate alle fasi di liquidazione, negoziazione e transazione extragiudiziale dei sinistri, e garantire un adeguato organico omogeneo in base ai carichi di lavoro differenziati. Occorre perseguire sempre più la condivisione di conoscenze e strumenti tra gli operatori coinvolti nel processo, al fine di garantire una comune strategia di gestione dei sinistri sul territorio regionale nel rispetto dei principi del Programma e della normativa vigente. Infine, occorre definire la struttura e le

funzioni dell'Osservatorio Regionale per la Sicurezza delle Cure, di cui alla Delibera di Giunta 15412/2012, posto che al riguardo anche la L. 24/2017 istituisce il Centro regionale per il rischio sanitario e la sicurezza del paziente, con funzioni apparentemente sovrapponibili.