

Nota tecnica sulla relazione dell'Assessore Venturi alla clausola valutativa della l.r. 13/2012 "Copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale" (oggetto assembleare 6073/2018)

A cura del Servizio Affari legislativi e coordinamento commissioni assembleari

La presente nota, indirizzata ai componenti della Commissione assembleare IV, evidenzia alcuni aspetti tecnici che caratterizzano la relazione dell'Assessore Venturi, che si allega.

La nota non costituisce una sintesi della relazione.

Cosa prevede la clausola valutativa

La l.r. 13/2012 contiene all'art. 8 una clausola valutativa. La clausola individua due diverse scadenze per la presentazione della relazione a cura della Giunta: una prima relazione a conclusione della sperimentazione prevista dall'art.7 e, successivamente, dopo tre anni dall'estensione a tutti gli enti del territorio regionale, una relazione che fornisca informazioni sull'andamento dei sinistri negli enti e sull'attuazione del programma regionale, con particolare attenzione al numero delle transazioni effettuate e ai tempi di risarcimento dei sinistri.

L'art.7 prevede infatti che, in via sperimentale, la legge si applichi inizialmente alle richieste di risarcimento rivolte ad uno o più enti individuati dalla Giunta regionale con apposita Delibera, nella quale è stabilita anche la durata del periodo di sperimentazione.

Di seguito, un'analisi degli aspetti tecnici che caratterizzano la relazione di Giunta.

1. Analisi degli aspetti tecnici della relazione presentata dall'Assessore

1.1 Procedura di consegna della relazione

La Giunta presenta la prima relazione in risposta alla clausola, prevista al termine del periodo di sperimentazione. La fase di sperimentazione ha avuto avvio il 01/01/2013 e inizialmente la durata prevista era di almeno diciotto mesi¹. Successivamente, la Giunta ha prorogato questa fase sperimentale fino al 31/12/2015² in quanto, come si legge in relazione, è stato ritenuto un periodo significativo da sottoporre a valutazione del nuovo sistema quello di durata non inferiore a tre anni. La durata della sperimentazione infatti "doveva essere tale da assicurare l'acquisizione di dati utili a consentire un'adeguata valutazione dell'andamento dei sinistri". La relazione era quindi stata inserita dal Presidente dell'Assemblea nell'elenco delle relazioni in

¹ DGR 1905/2012 "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"

² DGR 561/2014 "Gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile negli enti del Servizio Sanitario Regionale: individuazione di ulteriori enti ammessi alla sperimentazione regionale".

attesa nel 2016, ai sensi di quanto previsto dall'art. 103 c.3 del Regolamento. La fase di sperimentazione è poi stata ulteriormente prorogata fino al 31/12/2016³.

1.2 Analisi della struttura e dei contenuti della relazione

La relazione è suddivisa in capitoli, nei quali si individuano le risposte al mandato informativo della clausola valutativa.

Nei primi due capitoli della relazione la Giunta illustra le condizioni che hanno portato all'approvazione della l.r. 13/2012 e le modalità di implementazione.

La relazione evidenzia che la scelta della gestione diretta dei sinistri, in alternativa a quella assicurativa, ha avuto origine dalla consapevolezza delle sempre maggiori difficoltà nel reperire sul mercato compagnie assicurative affidabili e solvibili. La crescente complessità gestionale aveva così portato alla necessità di ripensare a nuove forme di copertura dei rischi da responsabilità civile, approvando la l.r. 13/2012 e perseguendo la realizzazione di un sistema che garantisse un assetto unitario e omogeneo sul territorio regionale.

La Giunta dà conto di come, inizialmente, la l.r. 13/2012 con riferimento alla consistenza economica delle richieste di risarcimento, prevedesse tre fasce economiche:

- fino a 100.000 euro, le Aziende sanitarie provvedevano direttamente alla gestione dei sinistri e al risarcimento
- per importi compresi fra 100.000 euro e 1.500.000 euro la Regione e le Aziende collaboravano nella gestione dei sinistri, con un rimborso a carico della Regione relativamente alla quota eccedente i 100.000 euro
- per risarcimenti superiori a 1.500.000 euro la Regione doveva stipulare un'apposita assicurazione a favore delle Aziende sanitarie.

A meno di un anno di attuazione del "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie"⁴, la relazione spiega che il recesso da parte della Compagnia di assicurazioni QBE (aggiudicataria della gara europea) ha richiesto la modifica della l.r. 13/2012, portando così alla gestione diretta dei sinistri senza la partecipazione di Compagnie assicuratrici. In coerenza, è stato approvato un nuovo Programma regionale⁵ che ha quindi fissato le seguenti due fasce economiche circa le modalità di liquidazione dei danni: i sinistri di prima fascia (entro la soglia di 250.000 euro) sono gestiti e liquidati direttamente dalle Aziende con oneri a carico del bilancio aziendale, i sinistri di seconda fascia (oltre i 250.000 euro) sono gestiti dall'Azienda sanitaria con il supporto del Nucleo regionale di valutazione sinistri e la liquidazione è a carico del Fondo regionale.

La Giunta evidenzia come il recesso della compagnia QBE abbia *"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"*.

³ DGR 603/2016 "Gestione diretta dei sinistri in sanita'. 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".

⁴ DGR 1350/2012 "Approvazione del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie".

⁵ DGR 2079/2013 "Approvazione del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie".

La Giunta dà poi conto del **periodo di sperimentazione** che, avviato il 01/01/2013 con la partecipazione solo di alcune Aziende sanitarie, è stato prorogato sino ad arrivare al 31/12/2016, momento in cui sono entrate nel nuovo sistema tutte le Aziende sanitarie. La relazione illustra la progressione nell'ingresso delle Aziende sanitarie, sino all'approvazione della DGR 2311/2016 "Gestione diretta dei sinistri in sanità. Adesione di tutte le Aziende sanitarie al Programma regionale. Avvio fase valutativa".

Circa il **Nucleo Regionale di Valutazione** (previsto all'art.4 della l.r. 13/2012), che interviene nella valutazione dei sinistri di particolare complessità, la relazione ne evidenzia l'attività.

A seguire, la Giunta illustra l'attuazione del Programma regionale avvalendosi dei dati riportati dalle Aziende sanitarie nell'applicativo web "DB Sinistri Contenzioso legale" della Regione, il quale permette di registrare l'iter delle pratiche relative alla gestione dei sinistri. Inoltre, sono stati realizzati questionari specifici somministrati alle Aziende stesse. **La relazione presenta quindi i principali risultati per gli anni 2013-2016 dove, nella prima parte, fornisce gli elementi descrittivi per tutte le Aziende sanitarie, nella seconda parte informa sulla gestione del processo riferita alle sole Aziende sanitarie entrate nel programma.**

Per quanto riguarda i **dati riferiti a tutte le Aziende sanitarie**, la relazione, attraverso grafici e tabelle, evidenzia i seguenti aspetti:

- nel periodo considerato il numero di sinistri si è mantenuto sostanzialmente costante, intorno ai 1.550 casi ogni anno, e il trend è lo stesso anche per il periodo precedente all'avvio del Programma regionale (2008-2012)
- l'indice di sinistrosità regionale (numero di sinistri per 10.000 dimessi) è in calo, passando da 19,8 nel 2013 a 17,2 nel 2016. Circa la distinzione per Azienda sanitaria, si evidenzia una certa variabilità, con un valore elevato per l'Istituto Ortopedico Rizzoli a causa dell'essere mono specialistico di ortopedia, considerata una disciplina fra le più esposte
- l'intervallo temporale fra la data dell'evento e la richiesta di risarcimento del sinistro (ossia il tempo di reazione del danneggiato rispetto all'accadimento) nel 2016 è, nel 34% dei casi, inferiore all'anno, il 23% si riferisce ad eventi dell'anno precedente. Complessivamente, per circa l'80% dei casi il danno è avvenuto nei tre anni precedenti la richiesta. Il grafico 4 riporta i sinistri per ciascun anno di evento e richiesta di risarcimento per ciascun anno del periodo 2013-2016
- la modalità prevalente da cui scaturisce l'apertura del sinistro è la richiesta di risarcimento
- considerando la tipologia di persona danneggiata, nel 2016 nel 94% dei casi si tratta di pazienti. Non si registrano variazioni nel periodo 2013-2016
- circa la tipologia di danno, si distinguono due gruppi, il danno alla persona (decesso e lesioni) e quello a cose. Nel 2016 i danni da lesioni sono circa il 70%, 13% decessi. L'8% è rappresentato da danni a cose. Nel tempo non si rilevano variazioni significative
- con riferimento alla tipologia del richiedente, nel 2016 nel 67% dei casi la richiesta è presentata da un legale, nel 6% da Agenzie infortunistiche e nel 12% è presentata autonomamente dal danneggiato. Nel tempo sono aumentate le richieste presentate da legali

- per quanto riguarda la struttura di accadimento dell'evento, nel 2016 il 77% è avvenuto in ambito ospedaliero, l'11,5% nell'ambito dell'emergenza-urgenza. L'andamento è simile negli anni considerati
- circa le discipline coinvolte, l'area chirurgica è quella più coinvolta (nel 2016 coinvolge il 25% dei sinistri totali). L'ortopedia comprende il 20,6% dei sinistri e la relazione specifica quindi che, pur essendo un'area chirurgica, è stata tenuta separata. A seguire, l'area medica, l'area materno-infantile e l'emergenza (dati al 2016, il grafico 16 riporta i dati per il periodo 2013-2016).

La Giunta, in conclusione di questa parte di analisi riferita a tutte le Aziende sanitarie, evidenzia che *"il fenomeno dei sinistri sanitari è rimasto costante nel tempo sia sotto il profilo della numerosità sia delle caratteristiche del sinistro, indipendentemente dal regime di copertura della responsabilità e di relativa gestione"*.

Successivamente, l'analisi è rivolta ai dati riferiti alle sole Aziende sperimentatrici, estratti al 31/01/2017, tenendo conto del periodo di ingresso nella sperimentazione stessa. La relazione evidenzia:

- le percentuali dei sinistri presentati al Comitato Valutazione Sinistri (CVS) da ogni Azienda entro 180 giorni dall'apertura della pratica di risarcimento
- circa gli esiti del CVS, le richieste accolte negli anni 2013-2016 sono circa il 40% mentre oltre il 45% sono respinte. I casi di competenza del Nucleo Regionale di Valutazione risultano essere pochi
- rispetto alle posizioni accolte, la tendenza negli anni evidenzia come circa il 20% delle transazioni avvenga nello stesso anno e il 40% l'anno successivo, ossia ad un anno dall'apertura
- complessivamente, dall'inizio della sperimentazione al 31/12/2016, è stato liquidato un importo di 13.933.757 euro per 296 sinistri, a fronte di un totale di 3.077 richieste. Le tabelle riportate a pag. 29 della relazione presentano i dati per ciascuna Azienda sanitaria distinti per anno
- per quanto riguarda i sinistri di fascia regionale, la tabella con gli importi riferiti a sinistri rimborsati dalla Regione alle Aziende sanitarie
- i danni catastrofali risarciti dalla compagnia (per la quota di competenza superiore a 1.500.000 euro) per il 2013 sono stati due
- la tabella degli importi corrisposti per disciplina di afferenza del sinistro distinti per anno di apertura della pratica.

La Giunta chiude questa parte della relazione richiamando alcuni aspetti richiesti dal mandato della clausola valutativa: con riferimento al numero di transazioni, la liquidazione interviene nella maggioranza dei casi entro il secondo anno dall'apertura della pratica mentre, circa i tempi di trattazione, si evidenzia un graduale miglioramento durante il periodo di sperimentazione.

2. Considerazioni conclusive

La Giunta conclude la relazione con un capitolo dedicato agli esiti della sperimentazione e alle azioni di miglioramento, alla luce della conclusione della fase sperimentale del Programma regionale avvenuta il 31/12/2016. Si evidenzia come l'adesione graduale delle Aziende sanitarie al nuovo sistema abbia avuto il vantaggio di consentire alle Aziende stesse di dotarsi nel corso del tempo dell'assetto organizzativo necessario per far fronte al nuovo sistema, adeguare atti e procedure, svolgere la formazione e il confronto fra gli operatori coinvolti.

Chiusa la fase sperimentale, conclusa la progressiva adesione delle Aziende, l'avvio della fase valutativa ha l'obiettivo di comprendere *"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 (DGR 2311/2016)"*.

La Giunta segnala diversi aspetti di rilievo che emergono al termine del periodo di sperimentazione:

- il graduale superamento dei premi assicurativi e del sistema delle franchigie ha fatto sì che la maggior parte dei risarcimenti gravasse direttamente sui bilanci delle Aziende sanitarie. Le esiguità dei sinistri catastrofali e l'affinamento delle strategie di quantificazione dei fondi rischi per la copertura diretta consentono di dotarsi di adeguati strumenti economici. Tuttavia *"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"*
- la gestione diretta delle richieste di risarcimento ha portato ad una maggiore consapevolezza da parte delle Aziende sanitarie *"circa le criticità dell'organizzazione rispetto alla sicurezza dei pazienti e ai percorsi di accoglienza dei cittadini"*
- l'attuazione di un percorso di formazione per implementare le competenze necessarie per una efficace gestione del contenzioso.

In chiusura, la relazione evidenzia comunque come il percorso intrapreso non sia concluso e necessiti di adeguamenti. Ad esempio, saranno necessari adeguamenti a seguito dell'entrata in vigore della Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Si indica inoltre come fondamentale continuare a garantire un'adeguata attività di formazione, in particolare per quelle attività che non sono storicamente patrimonio delle Aziende (ad esempio quelle legate alle fasi di liquidazione, negoziazione e transazione extragiudiziale dei sinistri) e garantire un adeguato organico.

La prossima relazione in risposta alla clausola valutativa potrà quindi approfondire questi aspetti.