

monitor

ELEMENTI DI ANALISI
E OSSERVAZIONE
DEL SISTEMA SALUTE

iQ **QUADERNI**

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
MONITOR • 2013

INDAGINE SUI MODELLI REGIONALI DI GESTIONE SINISTRI E POLIZZE



INDAGINE SUI MODELLI REGIONALI DI GESTIONE SINISTRI E POLIZZE

Quaderno di Monitor • 2013

Supplemento
alla rivista trimestrale Monitor
dell'Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore editoriale
Fulvio Moirano

Direttore responsabile
Chiara Micali Baratelli

Editore
Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 Roma
Tel. 06.427491
www.agenas.it

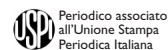
**Progetto grafico, editing
e impaginazione**

Pierrestampa
Viale di Villa Grazioli, 5
00198 Roma

Stampa

Centro stampa
Agenas
Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n. 560 del 15.10.2002

Finito di stampare
nel mese di ottobre 2013



Codice ISSN 2282-5975



L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) è un ente pubblico non economico nazionale, che svolge una funzione di supporto al Ministero della Salute e alle Regioni per le strategie di sviluppo e innovazione del Servizio sanitario nazionale.

Obiettivi prioritari di Agenas sono la ricerca sanitaria e il supporto tecnico-operativo alle politiche di governo di Stato e Regioni, all'organizzazione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, in base agli indirizzi ricevuti dalla Conferenza Unificata.

Agenas realizza tali obiettivi tramite attività di ricerca, di monitoraggio, di valutazione e di formazione orientate allo sviluppo del sistema salute.

L'Agenzia oggi | Presidente Giovanni Bissoni **Direttore generale** Fulvio Moirano

Consiglio di amministrazione Francesco Bevere, Angelo Lino Del Favero, Domenico Mantoan, Giuseppe Zuccatelli

Collegio dei revisori dei conti Francesco Ali (Presidente), Nicola Begini, Andrea Urbani

I settori di attività dell'Agenzia | Monitoraggio della spesa sanitaria • Livelli di assistenza • Organizzazione dei servizi sanitari

• Qualità e accreditamento • Innovazione, sperimentazione e sviluppo, HTA • Supporto alle Regioni in piano di rientro

www.agenas.it | Sul sito dell'Agenzia sono disponibili tutti i numeri di **monitor** e i **Quaderni di Monitor**

INDAGINE SUI MODELLI REGIONALI DI GESTIONE SINISTRI E POLIZZE

Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2012-2013	
<i>Executive summary</i>	5
Premessa	9
 GLI OBIETTIVI, L'APPROCCIO METODOLOGICO E GLI STRUMENTI	11
 I. Gli obiettivi, l'approccio metodologico e gli strumenti	12
1.1 Le fasi dell'indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2012-2013	12
Allegato 1 - Scheda di rilevazione dei sistemi regionali	14
Allegato 2.a - Traccia intervista I	19
Allegato 2.b - Traccia intervista II	21
Allegato 3 - Quesiti - Modelli regionali gestione rapporti con la Corte dei Conti	23
 I RISULTATI DELLA RICERCA	25
 2. Risultati dell'indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2012-2013 ...	26
2.1 I risultati della Fase 1. Ricerca di esperienze internazionali	26
2.2 I risultati della Fase 2. Stato dell'arte dei sistemi regionali di gestione sinistri	30
2.3 I risultati della Fase 3. Analisi dei modelli/sistemi regionali di gestione sinistri	40
2.3.1 I sistemi regionali di gestione sinistri: caratteristiche	42
a. L'oggetto della rilevazione	42
b. Le condizioni che hanno condotto allo sviluppo di un sistema regionale	43
c. Le modifiche apportate ai sistemi regionali rispetto alla precedente indagine ...	44
d. Le caratteristiche dei sistemi regionali in fase di sperimentazione (Sicilia e Veneto)	45
e. I modelli di riferimento	46
f. I costi di sviluppo e di gestione dei sistemi	47
g. I punti di forza e i punti di debolezza dei sistemi regionali	49
h. La compatibilità con il SIMES. Eventuali proposte di modifica o integrazione al sistema	50
i. La sensibilizzazione degli operatori all'utilizzo del sistema e sua efficacia	52

2.3.2 La valutazione dei sistemi	53
a. Il controllo della qualità dei dati	53
b. La valutazione dei processi	54
c. La valutazione dei risultati del sistema	55
d. Le informazioni raccolte tramite il sistema maggiormente rilevanti ai fini di operare decisioni in materia di sicurezza del paziente e gestione rapporti/contratti assicurativi	56
e. Gli indicatori più rilevanti in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	57
f. Obiettivi prefissati, raggiunti e modalità di valutazione dei risultati	58
2.3.3 Condivisione dei sistemi	60
2.3.4 La diffusione delle informazioni	61
2.3.5 L'utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze e del monitoraggio nazionale	63
2.3.6 I modelli di gestione/trasferimento del rischio RCT/RCO	64
2.4 I risultati della Fase 4. Rilevazione e analisi dei modelli adottati dalle Regioni per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti	71
Conclusioni	78
Bibliografia	79
Sitografia	80
APPENDICI	81
Appendice 1. Schede sintetiche Regioni intervistate	82
Appendice 2. I glossari regionali	91

Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2012-2013

EXECUTIVE SUMMARY

Nell'ambito delle attività per la promozione della sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento alla funzione di Osservatorio Nazionale Sinistri, nel periodo 2012-2013 l'Agenas ha realizzato, in collaborazione con il Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, un'indagine relativa ai sistemi regionali di gestione sinistri e polizze ad aggiornamento dei risultati dell'analogo lavoro realizzato nel 2009; l'indagine del 2012 ha previsto anche un *focus* sulle modalità individuate dalle Regioni per regolare i rapporti con la Corte dei Conti in merito alla comunicazione dei sinistri con esborso a carico delle Aziende.

Lo studio, basato sull'approccio metodologico della ricerca qualitativa, della durata di 12 mesi, si è articolato in quattro fasi corrispondenti ai principali obiettivi specifici che lo studio si era posto.

OBBIETTIVO I

Tra gli obiettivi della ricerca vi è stato quello di individuare le esperienze internazionali atte a costituire un confronto per i modelli di gestione sinistri sviluppati a livello regionale e nazionale.

La ricerca bibliografica mediante consultazione di *database online*, articoli e documenti di recente pubblicazione, su eventuali analoghe esperienze realizzate in Paesi stranieri ha inteso favorire un

confronto col percorso intrapreso a livello nazionale, tenendo in considerazione le peculiarità del contesto italiano.

Risultati

Dall'analisi sono emerse le esperienze della National Health Service Litigation Authority (NHSLA), della State Claims Agency (SCA) irlandese e dell'Office of Professional Medical Conduct (OPMC) statunitense.

Il principale ruolo della britannica NHSLA è quello di amministrare il fondo istituito dal Servizio sanitario nazionale (NHS) per la copertura delle richieste di risarcimento, supportando gli organismi dello stesso Servizio sanitario nella condivisione dei costi derivanti da *malpractice* e da responsabilità civile in genere. Per espletare detta funzione la NHSLA raccoglie e analizza tutte le denunce di sinistri pervenute alle organizzazioni sanitarie del NHS.

In Irlanda, la State Claims Agency (SCA) ha principalmente due obiettivi:

- gestire i sinistri in modo da garantire che la responsabilità dello Stato, le spese legali a essa connesse e le spese di altro tipo siano contenute al livello più basso possibile;
- offrire servizi di consulenza agli organi dello Stato al fine di ridurre, nel tempo, la frequenza e la gravità dei sinistri.

Per quanto attiene i principali modelli inerenti la responsabilità medica, all'interno del panorama

europeo si è distinto l'approccio dei Paesi scandinavi i quali, abbandonando i tradizionali sistemi di attribuzione di responsabilità per *malpractice*, sono approdati a sistemi di tipo *no-fault*. Paesi quali Francia, Inghilterra, Germania e Olanda hanno adottato sistemi *no-fault* per specifiche tipologie di danni, affiancandoli a un sistema generale basato sulla responsabilità civile.

Negli Stati Uniti, dove la crisi da *malpractice* è particolarmente acuta, è stata introdotta la mediazione quale strumento alternativo per la risoluzione delle controversie.

OBIETTIVO 2

Il secondo obiettivo è stato quello di fornire un aggiornamento sulla situazione nazionale in tema di sistemi di gestione informatizzata dei sinistri identificando quelle Regioni che, rispetto alla precedente indagine, si fossero dotate di un sistema di gestione sinistri e polizze, verificandone stato di implementazione e caratteristiche di base.

Risultati

Alle attività previste dall'indagine Agenas hanno aderito la totalità delle Regioni e P.A. (21/21). Lo scenario, delineatosi attraverso l'analisi dei questionari pervenuti, risulta evoluto rispetto a quello della precedente indagine:

- 7 Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana, e P.A. di Trento) hanno dichiarato di disporre di un sistema di gestione di sinistri operante a regime;
- 2 Regioni (Sicilia e Veneto) hanno dichiarato di disporre di un sistema di gestione sinistri in fase sperimentale;
- 12 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano) hanno dichiarato di avere un sistema in fase di avvio o di non disporre di un sistema di gestione sinistri a livello regionale.

OBIETTIVO 3

Verificare l'impatto dell'introduzione dell'istituto della mediazione sulla gestione del contenzioso all'interno delle Regioni, valutando l'eventuale contributo dell'Istituto medesimo, al momento dell'indagine obbligatorio nei casi di controversia in materia di risarcimento danni da responsabilità medica e quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale alla risoluzione del contenzioso.

Risultati

Dall'analisi è risultata, per la maggior parte delle Regioni, una limitata conoscenza dell'istituto ed elementi scarsamente sufficienti al fine di coerenti giudizi in materia.

OBIETTIVO 4

Indagare se all'interno delle Regioni fosse stato elaborato un glossario inerente sinistri, gestione e procedure di gestione del rischio RCT/RCO per una possibile condivisione con le altre Regioni così da poter far uso di una terminologia di riferimento comune per tutti.

Risultati

Dall'analisi è risultato che, a oggi, poche Regioni hanno dichiarato di avere elaborato lo strumento tuttavia è stata garantita piena disponibilità alla condivisione dello stesso.

OBIETTIVO 5

Il quinto obiettivo dell'indagine ha inteso analizzare i sistemi regionali implementati successivamente all'indagine del 2009 e l'evoluzione di quelli precedentemente sviluppati.

Sono stati indagati i modelli delle 7 Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana, e P.A. di Trento)

già dotate di un sistema di gestione di sinistri operante a regime e delle 2 Regioni (Sicilia e Veneto) con un sistema in fase sperimentale.

Specificamente si sono voluti evidenziare gli elementi caratterizzanti i modelli di gestione sinistri implementati a livello regionale, individuandone punti di forza e di debolezza, dati e informazioni utili per un efficace allineamento al SIMES, identificando inoltre eventuali variazioni intervenute nei sistemi in precedenza sviluppati.

Risultati

Dall'analisi sono emersi i seguenti risultati.

- Un impegno compiuto da parte di tutte le Regioni per un maggiore e più efficace adeguamento dei sistemi al SIMES.
- Rispetto ai modelli RCT/RCO è risultato un incremento del passaggio delle Regioni verso una gestione diretta dei sinistri:
 - due Regioni, Liguria e Toscana hanno adottato ormai a regime un sistema di gestione diretta;
 - tre Regioni, Basilicata, Emilia Romagna e Puglia, stanno sperimentando un modello fondato sulla gestione diretta dei sinistri.
- Relativamente alla diffusione pubblica delle informazioni è emerso che nella maggioranza delle Regioni prese in analisi (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Regione Siciliana Toscana, P.A. di Trento e Veneto), è previsto che venga fornito un *feedback* informativo alle Aziende.

Quasi tutte le Regioni stanno valutando eventuali modalità di diffusione pubblica dei dati. Le Regioni Lombardia e Toscana hanno già individuato e applicato specifiche metodologie per la diffusione pubblica delle informazioni.

OBIETTIVO 6

Nell'ambito del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente è emersa la necessità di rilevare e analizzare (eventuali) modelli adottati dalle Regioni per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti. A tal proposito si è costituito, in seno allo stesso Comitato, un gruppo di lavoro che ha proceduto alla definizione dei quesiti successivamente sottoposti, a cura di Agenas, a tutte le Regioni e P.A.

Risultati

Dal quadro d'insieme, delineato dall'analisi dei questionari compilati dai referenti regionali, risultano ancora poche le Regioni che hanno adottato provvedimenti atti a regolare la segnalazione alla Sezione Regionale della Corte dei Conti dei sinistri RCT/RCO con esborso a carico dell'Azienda o che hanno definito organiche modalità per la gestione dei rapporti con la Corte medesima, benché significative indicazioni pervengano da alcune Regioni che hanno definito orientamenti in questa direzione.

Gruppo di lavoro

Agenas	Giovanni CARACCI, Barbara LABELLA, Giulia DE MATTEIS, Roberta DE BLASI, Vanda RAHO
Regione Abruzzo	Angelo MURAGLIA
Regione Basilicata	Maria Luisa ZULLO
Provincia Autonoma di Bolzano	Horand MEIER, Flavia BASILI
Regione Campania	Marcello PEZZELLA, Daniela MIGNONE
Regione Calabria	Rosalba BARONE
Regione Emilia Romagna	Alessandra DE PALMA, Rosanna TRISOLINI
Regione Friuli Venezia Giulia	Antonella BULFONE
Regione Lazio	Adriana IANARI, Massimiliano PASSI, Rossella CARICATI
Regione Liguria	Alessandra MOISELLO, Sergio VIGNA
Regione Lombardia	Davide MOZZANICA, Chiara PICCHETTI
Regione Marche	Alberto DEALES
Regione Molise	Francesco SFORZA
Regione Piemonte	Marco RAPELLINO, Alessandro STIARI, Mirella ANGARAMO
Regione Puglia	Alessandro DELL'ERBA
Regione Sardegna	Alessandro FLORE
Regione Siciliana	Giuseppe MUROLO
Regione Toscana	Giacomo BORSARI, Raffaella GIARDIELLO, Riccardo TARTAGLIA
Provincia Autonoma di Trento	Emanuele TORRI, Cristiano ALOISI
Regione Umbria	Paola CASUCCI
Regione Valle d'Aosta	Piero GAILLARD, Pierluigi BERTI
Regione Veneto	Cinzia BON, Marina BRATTINA, Stefano COCCO, Evelino PERRI, Patrizia DAVI, Adriano MARCOLONGO

Premessa

Il presente lavoro si colloca nell'ambito delle attività che l'Agenas conduce per la promozione della sicurezza dei pazienti, con particolare riferimento alla funzione di Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze attribuite dall'Intesa Stato-Regioni del marzo 2008.

Il D.M. 11 dicembre 2009 con cui viene istituito il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) – finalizzato alla raccolta delle informazioni relative a eventi sentinella e denunce dei sinistri – confermando ad Agenas il ruolo di Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative (art. 7 comma 1), ne definisce come segue le competenze:

- verifica dei contenuti informativi ed eventuale aggiornamento degli stessi (con cadenza annuale) congiuntamente al Ministero e al Comitato Tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano per la sicurezza del paziente¹ (art.2 comma 6);
- elaborazione delle informazioni contenute nel SIMES (a cui ha, a tal fine, completo accesso) finalizzate al monitoraggio delle denunce dei sinistri (art. 6);
- diffusione in modalità aggregata delle informazioni desunte dal flusso SIMES, sentito il Comitato Tecnico delle Regioni e Province Au-

tonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente (art. 7 comma 1).

Il summenzionato Decreto prevede altresì che le Regioni e le Province Autonome siano tenute a trasmettere al SIMES le informazioni relative alle denunce dei sinistri presentate a partire dal 1° luglio 2009 (art. 2) e che, a decorrere dal 1° gennaio 2011, il conferimento dei dati venga ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

Nel 2010 l'Agenas, con l'obiettivo di supportare le Regioni e P.A. nell'adempiere a quanto previsto dal Decreto SIMES, ha costituito, in collaborazione con il Ministero della Salute – Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario, un tavolo tecnico (Tavolo Tecnico Inter-Regionale SIMES/Denunce Sinistri), inteso anche quale *luogo* di incontro e discussione per la verifica e l'aggiornamento dei contenuti informativi. Detto tavolo, successivamente ridefinito nella sua composizione e ufficializzato dal Comitato Tecnico delle Regioni e Province Autonome per la Sicurezza del Paziente, ha recentemente concluso il lavoro, ritenuto prioritario nell'ambito dell'attività di verifica e aggiornamento dei contenuti informativi del SIMES, di definizione di un *set* di indicatori

1. Organismo istituito nel 2006 dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome e costituito da esperti nominati dagli Assessorati alla Sanità di ciascuna Regione e P.A.

per l'elaborazione delle informazioni relative alle denunce sinistri. Gli indicatori proposti e il grado di priorità di implementazione di ciascuno di essi sono stati successivamente condivisi con tutti i membri del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente e con la Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario del Ministero della Salute.

Anche in considerazione di alcune criticità² emerse già nell'ambito del lavoro analogo al presente, realizzato dall'Agenas nel 2009 (http://www.agenas.it/gestione_sinistri_polizze/indagine%20regionali_gest_sinistri.pdf), le Regioni e P.A., in accordo con il Ministero della Salute e l'Agenas, hanno ritenuto opportuno considerare sperimentale la raccolta delle informazioni relative ai sinistri per gli anni 2009 e 2010.

Ancora con l'obiettivo di supportare le Regioni nell'adempiere alle previsioni del D.M. 11 dicembre 2009, conferendo i dati necessari a garantire l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, l'Agenas ha reputato utile aggiornare lo stato dell'arte e l'analisi dei modelli adottati dalle Regioni per la gestione delle denunce di sinistri. Il Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, avendo al suo interno rilevato la necessità di indagare le modalità individuate dalle Regioni per la comunicazione alla Corte dei Conti relativamente ai risar-

cimenti effettuati dalle Aziende sanitarie, ha proposto all'Agenas di integrare il lavoro con un *focus* specifico sui modelli adottati dalle Regioni e P.A. per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti.

Vengono di seguito presentati i risultati dell'indagine sui sistemi regionali di gestione dei sinistri e delle polizze assicurative nonché sulle modalità individuate dalle Regioni per regolare i rapporti con la Corte dei Conti.

Nel primo capitolo vengono sinteticamente descritti obiettivi, metodologia e strumenti attraverso i quali sono stati indagati i modelli adottati dalle Regioni e P.A. per la gestione dei sinistri. Nel secondo capitolo sono riportati i risultati delle quattro fasi nelle quali si è articolata l'indagine 2012-2013:

- *Ricerca di esperienze internazionali;*
- *Stato dell'arte dei sistemi regionali di gestione sinistri;*
- *Analisi dei modelli/sistemi regionali di gestione sinistri;*
- *Rilevazione ed eventuale analisi dei modelli adottati dalle Regioni per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti.*

Vengono in appendice riportate, in forma di schede sintetiche, le informazioni ritenute caratterizzanti i modelli adottati dalle Regioni intervistate per la gestione dei sinistri e delle polizze assicurative.

2. In sintesi:

- assenza in alcune Regioni di sistemi centralizzati per la gestione dei sinistri, sovente causa di un'adesione parziale al SIMES/DS;
- disallineamento dei contenuti informativi tra i sistemi regionali e il SIMES/DS;
- notevole variabilità nelle interpretazioni terminologiche dovuta all'assenza di un glossario condiviso;
- indicatori poco adeguati ai fabbisogni informativi delle Regioni.

GLI OBIETTIVI, L'APPROCCIO METODOLOGICO E GLI STRUMENTI

Gli obiettivi, l'approccio metodologico e gli strumenti

12

I QUADERNI DI **monitor**

L'obiettivo principale della ricerca condotta dall'Osservatorio Sinistri e Polizze Assicurative consiste nell'aggiornare le informazioni relative ai sistemi implementati dalle Regioni e P.A. per la gestione dei sinistri, rilevate e rese disponibili alle Regioni stesse e agli *stakeholder* tramite l'analogo lavoro realizzato nel 2009. Si è ritenuto opportuno, considerato il dibattito molto aperto e altrettanto attuale sulla materia, rilevare altresì i modelli adottati dalle Regioni per la (eventuale) gestione delle polizze assicurative. Su specifica richiesta delle Regioni e P.A., ulteriore obiettivo che l'indagine ha inteso conseguire consiste nel rilevare gli eventuali modelli/sistemi messi in atto per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti, di particolare interesse anche alla luce dei recenti interventi normativi sulla materia.

Come per l'analogo lavoro realizzato nel 2009 lo studio è stato improntato sull'approccio metodologico della ricerca qualitativa, dimostratosi strumento adeguato ed efficace per la rilevazione e la descrizione dei modelli regionali di gestione sinistri.

Lo studio, della durata di 12 mesi, si è articolato in quattro fasi, temporalmente definite come indicato nel cronoprogramma pubblicato nella pagina accanto.

I.1 LE FASI DELL'INDAGINE SUI MODELLI REGIONALI DI GESTIONE SINISTRI E POLIZZE 2012-2013

Fase 1

Ricerca di modelli/sistemi per la rilevazione e la gestione delle denunce dei sinistri e delle polizze assicurative realizzati da altri Paesi europei ed extraeuropei

Obiettivo specifico 1.1 Individuare esperienze internazionali che possano costituire un confronto per i modelli di gestione sinistri sviluppati a livello regionale e nazionale.

Sono stati consultati i *database online* PubMed, EBSCO e il motore di ricerca Google Scholar; sono stati analizzati articoli e documenti pubblicati negli ultimi 5 anni riconducibili alle seguenti parole chiave: *claims, claims management, claims handling, litigation, medical malpractice*.

Fase 2

Aggiornamento dello stato dell'arte dei sistemi regionali per la gestione dei sinistri e delle polizze assicurative

Obiettivo specifico 2.1 Fornire un aggiornamento sullo stato dell'arte dei sistemi (eventualmente informatizzati) utilizzati dalle Regioni e P.A. per la gestione dei sinistri. L'obiettivo specifico consiste nell'identificare le Regioni che, anche rispetto alla precedente indagine, si siano dotate di un sistema di

 Cronoprogramma

	Mar. 2012	Apr. 2012	Mag. 2012	Giu. 2012	Lug. 2012	Ago. 2012	Set. 2012	Ott. 2012	Nov. 2012	Dic. 2012	Gen. 2013	Feb. 2013	Mar. 2013
Fase 1. Ricerca di esperienze internazionali di rilevazione e gestione dei sinistri													
1.1 Ricerca													
1.2 Analisi dei risultati													
Fase 2. Analisi dello stato dell'arte dei sistemi informativi regionali													
2.1 Revisione strumento													
2.2 Somministrazione questionari in formato elettronico													
2.3 Raccolta <i>feedback</i>													
2.4 Analisi dei risultati													
Fase 3. Studio dei principali modelli/ sistemi di gestione implementati a livello regionale													
3.1 Revisione strumento													
3.2 Somministrazione testo intervista in formato elettronico													
3.3 Intervista telefonica													
3.4 Analisi dei risultati													
Fase 4. Analisi dei modelli Regionali di gestione dei rapporti con la Corte dei Conti													
4.1 Elaborazione/Formulazione/ Condivisione quesiti													
4.2 Somministrazione questionario in formato elettronico													
4.3 Raccolta <i>feedback</i>													
4.4 Analisi dei risultati													
4.5 Stesura finale del <i>report</i>													

gestione sinistri e polizze, verificarne lo stato di implementazione e rilevarne le caratteristiche di base. Per la rilevazione l'Agenas ha utilizzato il medesimo questionario, aggiornato e integrato (Allegato 1) impiegato nella precedente indagine, dimostratosi valido strumento per l'acquisizione delle informazioni di base sui modelli/sistemi regionali. Il questionario, strutturato in risposte multiple e aperte, è stato inviato in formato elettronico ai referenti regionali membri del Comitato Tecnico

delle Regioni per la Sicurezza del Paziente.

Obiettivo specifico 2.2 Verificare l'impatto dell'introduzione dell'istituto della mediazione sulla gestione del contenzioso all'interno delle Regioni. A tal fine sono stati introdotti specifici quesiti mirati a rilevare eventuali modalità organizzative adottate dalle Regioni e P.A. a seguito del D.Lgs. 28/2010 e successive modifiche, nonché l'eventuale impatto derivante dall'applicazione della suddetta normativa sul contenzioso.

Allegato I **Scheda di rilevazione dei sistemi regionali**

ALLEGATO

SCHEDA RILEVAZIONE SISTEMI INFORMATIVI

Regione

ALLEGATO I - ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Il questionario si compone di quattro Punti/Aree

Punto 1/Area verde - Parte generale e Punto 4/Area arancione - Mediazione
Compilabili da tutti

Punto 2/Area rossa
Compilabile da quanti hanno risposto **SI** alla domanda 1.2

Punto 3/Area azzurra
Compilabile da quanti hanno risposto **NO** alla domanda 1.2

Allegato I **Punto I • Area verde - Parte generale**

I.1 La Regione ha adottato provvedimenti (o semplici indicazioni) diretti a regolare i modelli di organizzazione per la rilevazione dei dati sui sinistri e polizze assicurative?

- ☐ Sì (specificare).....
☐ No

I.2 È presente nella sua Regione un sistema informativo che consente la raccolta di dati su sinistri e polizze assicurative a livello regionale (sistema che permette la gestione dei flussi informativi relativi ai sinistri RCT/RCO Responsabilità Civile Terzi e Operatori)?

- ☐ Sì (passare direttamente al Punto 2/Area rossa)
☐ No (passare direttamente al Punto 3/Area azzurra)

I.3 Attraverso quale modalità la Regione fornisce le informazioni richieste dal SIMES*:

- ☐ GAF (Gestione Accoglienza Flussi)
☐ Porta di dominio
☐ Utilizzo interattivo del SIMES

* D.M. 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

Allegato I **Punto 2 • Area rossa**

2.1 Quando il sistema informativo è stato implementato?

(anno)

2.2 Il sistema è ancora in fase sperimentale?

- ☐ Sì
☐ No

Se No, da quando il sistema opera a regime?
(anno)

2.3 Quale delle seguenti caratteristiche presenta il sistema informativo regionale per la raccolta di dati su sinistri e polizze assicurative?

- ☐ Web-based
☐ Modulare¹
☐ Scalabile²
☐ Altro (specificare)

2.4 Sono stati definiti indicatori per la valutazione dei processi e dei risultati del sistema informativo?

- ☐ Sì (specificare).....
☐ No

1. Il sistema si articola in un nucleo minimo di informazioni eventualmente integrabile con ulteriori moduli contenenti campi di utilità gestionale (La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio - Relazione finale, 2007).

2. Il sistema può prevedere l'estrapolazione di dati aggregati su molteplici livelli (es. aziendale e regionale).

segue **Allegato I**  **Punto 2 • Area rossa****2.5 Viene elaborato un report periodico?**

- ☐ Sì (specificare cadenza e modalità di diffusione).....
- ☐ No

2.6 Sono stati rilevati vantaggi derivanti dalla raccolta ed elaborazione dei dati su sinistri e polizze assicurative in termini di:

- ☐ Costo della copertura assicurativa
- ☐ Condizioni contrattuali
- ☐ Miglioramento di qualità/sicurezza delle prestazioni
- ☐ Altro (specificare)

2.7 È previsto nella Regione il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se Sì, a che livello viene gestita la copertura:

- ☐ Regionale
- ☐ Aziendale
- ☐ Altro (specificare).....

Se No, sono previsti dei modelli di gestione del rischio RCT/RCO alternativi?

- ☐ Sì (specificare).....
- ☐ No

Potrebbe brevemente indicare le caratteristiche del modello gestionale impiegato presso la sua Regione?

.....

.....

.....

2.9 Nella Regione è stato elaborato un glossario inerente sinistri e gestione e procedure di gestione del rischio RCT/RCO?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se Sì, sareste disponibili a una condivisione dello stesso in modo da poter far uso di una terminologia di riferimento comune per tutti?

- ☐ Sì
- ☐ No

In caso affermativo si richiede cortesemente la possibilità di poter visionare il glossario.

Allegato I **Punto 3 • Area azzurra**

3.1 I dati relativi ai sinistri e alle polizze assicurative vengono altrimenti raccolti a livello regionale?

- ☐ Sì (specificare come)
- ☐ No

3.2 Sono presenti nella Regione sistemi informativi che consentono la raccolta di dati su sinistri e polizze assicurative a livello locale?

- ☐ Sì
- ☐ No
- Se Sì, con quale copertura?
- ☐ Asl
- ☐ Azienda Ospedaliera
- ☐ Azienda Ospedaliera Universitaria
- ☐ Irccs

3.3 Sono in corso di attuazione iniziative volte all'implementazione di sistemi informativi per la raccolta di dati su sinistri e polizze assicurative?

- ☐ Sì (specificare quali)
- ☐ No

Allegato I **Punto 4 • Area arancione - Mediazione**

Dal 21 marzo 2011 la mediazione civile è stata resa obbligatoria anche nei casi di controversia in materia di **risarcimenti danni da responsabilità medica** e quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale, come stabilito dal D.Lgs. 28/2010 e successive modifiche e/o integrazioni, recante delega al Governo in materia di mediazione e conciliazione delle controversie civili e commerciali e dal D.M. Giustizia 180/2010.

4.1 La sua Regione si è già efficacemente adeguata alle suddette disposizioni normative?

- ☐ Sì
- ☐ No
- Se Sì, è presente nella Regione un sistema di monitoraggio inerente la risoluzione della controversia tramite mediazione civile?
- ☐ Sì
- ☐ No

4.2 In caso di risposta affermativa al punto 4.1

Con l'applicazione della suddetta normativa è stata rilevata una diminuzione del contenzioso?

- ☐ Sì (specificare in percentuale)
- ☐ No

Se Sì, in media quante le istanze concluse positivamente? (specificare in percentuale)

segue **Allegato I**  **Punto 4 • Area arancione - Mediazione****4.3 Qualora avesse riscontrato una diminuzione del contenzioso, ritiene che questo abbia provocato benefici a livello dei costi assicurativi?**

- ☐ Sì
- ☐ No

4.4 In quali casi di contenzioso ha rilevato che sia più facile trovare risoluzione mediante accordo?

.....

.....

4.5 Ritiene che l'applicazione di questo istituto abbia inciso positivamente su quello che negli ultimi anni è stato definito come "fenomeno di medicina difensiva" a opera degli operatori sanitari?

- ☐ Sì
- ☐ No

4.6 Si ritiene che lo strumento fornito dalla normativa abbia apportato un contributo efficace in materia di risoluzione del contenzioso?

- ☐ Sì (specificare motivazione)
-
-
- ☐ No (specificare motivazione)
-
-

Fase 3

Analisi dell'evoluzione dei sistemi precedentemente sviluppati e descritti nel rapporto relativo all'indagine del 2009 e analisi dei sistemi regionali implementati successivamente alla suddetta

Obiettivo specifico 3.1 Evidenziare gli elementi caratterizzanti i modelli di gestione sinistri implementati a livello regionale, individuandone punti di forza e debolezza e altre informazioni utili ai fini del completo allineamento al SIMES.

Obiettivo specifico 3.2 Identificare eventuali revisioni apportate ai sistemi implementati antecedentemente al 2009 con particolare attenzione a modelli di riferimento, costi di gestione, obiettivi e indicatori.

Obiettivo specifico 3.3 Individuare eventuali modalità di diffusione dei dati relativi ai sinistri definite e/o adottate dalle Regioni e P.A.

L'obiettivo ricopre particolare interesse poiché l'analisi delle esperienze di diffusione a livello regionale rappresenta il punto di partenza del percorso intrapreso da Agenas, Ministero della Salute e Comitato Tecnico delle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano per la sicurezza del paziente circa le modalità di diffusione dei dati nazionali sui sinistri mediante modalità aggregate (art. 7 del D.M. 11 dicembre 2009 – SIMES).

In continuità con il precedente lavoro, la Fase 3 dello studio è stata realizzata tramite intervista strutturata, faccia a faccia o telefonica, strumento

ritenuto idoneo anche alla rilevazione di esperienze e considerazioni personali del soggetto intervistato (Allegato 2). La fase in oggetto si è articolata nelle seguenti attività:

1. predisposizione del questionario/traccia di intervista a cura dell'Agenas;
2. primo contatto telefonico con i referenti regionali dei sistemi di gestione sinistri, (individuati nella Fase 1), per valutare disponibilità all'inter-

vista e fissare un appuntamento telefonico;

3. invio del testo dell'intervista tramite posta elettronica;
4. colloquio telefonico o faccia a faccia;
5. trascrizione dell'intervista e invio del *file* all'intervistato per correzione/integrazione/validazione;
6. stesura finale del rapporto e condivisione con i referenti regionali intervistati.

Allegato 2.a Traccia intervista I

La sua Regione già dalla precedente indagine risultava disporre di un sistema di gestione sinistri e polizze operante a regime.

IL SISTEMA

1. Sono state apportate in questi anni delle modifiche al sistema?
1.1 *In caso di risposta affermativa*, quali e perché si è scelto di apportarle?
2. È stato modificato il modello di riferimento del sistema? (*Specificare nuovo modello di riferimento e principi di base*)
3. Vi sono stati cambiamenti in merito ai costi di gestione del sistema?
4. Quali ritiene siano a oggi i punti di forza e debolezza del sistema implementato dalla sua Regione?
5. Rispetto ai punti di debolezza, sono state risolte alcune delle criticità evidenziate nella precedente indagine?
6. Si sono manifestate incompatibilità tra il sistema sviluppato nella sua Regione e il SIMES?
6.1 *In caso di risposta affermativa*, quali e come sono state risolte?
7. Ha delle proposte di modifica/integrazione ai contenuti del SIMES atte a renderlo maggiormente aderente al sistema o ai fabbisogni informativi della sua Regione?
8. Sono state intraprese nuove iniziative di formazione/sensibilizzazione degli operatori?
9. La sensibilizzazione degli operatori si è dimostrata efficace?

LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA

10. Sono state definite/modificate le modalità di *controllo dei dati*? Se Sì, come?
11. Sono state definite nuove modalità di valutazione dei *processi del sistema*?
12. È stata definita una nuova modalità di valutazione dei *risultati del sistema*?
12.1 *In caso di risposta affermativa*, specificare quale e l'esito di detta valutazione relativamente al dato raccolto.
13. Quali sono a oggi, le informazioni raccolte tramite il sistema di maggior rilevanza al fine di operare decisioni in materia di sicurezza del paziente e gestione rapporti/contratti assicurativi?
14. Quali gli indicatori più rilevanti in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi?

segue **Allegato 2.a**  **Traccia intervista I**

20

DIFFUSIONE DEI DATI

15. È stata definita nella sua Regione una modalità di diffusione delle informazioni relative ai sinistri?
- 15.1 *In caso di risposta affermativa*, potrebbe descrivere come avviene la diffusione dei dati (quali canali, quali destinatari, che cadenza, quale forma ai dati)?
16. Come è stata definita (ed eventualmente come è stata condivisa) la modalità di diffusione dei dati?
- 16.1 *In caso di risposta negativa*, viene relazionato il Governo regionale in merito ai dati sui sinistri e/o vengono utilizzate queste informazioni per la definizione di strategie regionali?

CONDIVISIONE DEL SISTEMA

17. La sua Regione ha ricevuto richiesta di condivisione del sistema da parte di altre Regioni non ancora in possesso di un sistema di gestione di sinistri e polizze?
- 17.1 *In caso di risposta affermativa*, siete stati disponibili a fornire supporto e/o percorso formativo alla Regione richiedente?
- Se Sì, gratuitamente o dietro corrispettivo?
- Qual è stata la procedura amministrativa/burocratica seguita?
- 17.2 *In caso di risposta negativa*, la Regione sarebbe eventualmente disponibile a rendere fruibile il suo sistema di gestione di sinistri e polizze ad altre Regioni che se ne mostrassero interessate? Quale sarebbe nel caso l'iter procedurale da seguire? (*evidenziare tempistica e criticità*)

GLI OBIETTIVI

18. Quali obiettivi (risultati) si sono raggiunti con la realizzazione di un sistema di gestione sinistri e polizze?
19. Ritiene che l'Osservatorio Nazionale Sinistri dovrebbe perseguire altri compiti/obiettivi oltre a quelli finora svolti?
20. Qual è l'utilità per la sua Regione di un monitoraggio nazionale delle informazioni relative ai sinistri?

IL TRASFERIMENTO DEL RISCHIO

21. Qualora nella Regione fosse previsto il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO, potrebbe illustrare *dettagliatamente* il modello di negoziazione e di gestione delle polizze?
- 21.1 *In caso di risposta affermativa*, il livello di gestione della copertura assicurativa (regionale, aziendale o altro) risponde in maniera efficace alle esigenze della sua Regione e perché?
- Ci sono degli elementi che influenzano la determinazione del premio e che ritiene utile evidenziare?
22. Qualora nella Regione non fosse previsto il ricorso a polizze assicurative, potrebbe dirci se esiste un modello di gestione alternativa del rischio RCT/RCO e, in caso affermativo, descrivercelo in maniera dettagliata?
- 22.1 Il modello utilizzato si ritiene risponda efficacemente alle esigenze e perché?

LA MEDIAZIONE

23. Qualora nella Regione vi fosse un sistema di monitoraggio inerente la risoluzione della controversia tramite mediazione civile, potrebbe cortesemente descrivercelo?
- 23.1 *In caso di risposta negativa*, ritiene che potrebbe essere di qualche utilità per la Regione fornirsi di un sistema che monitori l'andamento delle controversie?
24. Rispetto agli anni precedenti come si è snellito l'iter procedurale inerente il contenzioso, a partire dalla resa obbligatoria della mediazione, nei casi di controversia in materia di risarcimento danni da responsabilità medica?

Allegato 2.b Traccia intervista II

QUESITO PRELIMINARE

1. Che cosa rileva il sistema? Ossia che cosa s'intende per sinistri?

IL SISTEMA

1. Quali sono state le condizioni (il *problema*) che hanno condotto la Regione a sviluppare e implementare un sistema di gestione sinistri e polizze?
2. Potrebbe fornire brevemente una descrizione del modello impiegato?
3. Il sistema regionale è ispirato a un modello di riferimento?
 - 3.1 *In caso di risposta affermativa*, potrebbe specificare a quale modello fa riferimento e i suoi principi di base?
4. Mediante quale delle seguenti modalità è avvenuta la progettazione e lo sviluppo del sistema di gestione sinistri e polizze:
 - ☐ Affidata a società esterna in base a specifiche definite dalla Regione (*specificare chi ha definito le specifiche*).
 - ☐ Progettazione integrata Regione/società esterna.
 - ☐ Progettazione interna alla Regione (*specificare chi e quale Dipartimento*).
5. Una volta acquisito il sistema, è stato necessario apportare correzioni successive?
 - 5.1 *In caso di risposta affermativa*, per quali aspetti in particolare?
6. Qual è il costo per lo *sviluppo del sistema*?
7. Qual è il costo per la *gestione del sistema*?
8. Quali sono i punti di forza e debolezza del sistema implementato dalla sua Regione?
9. Si sono manifestate incompatibilità tra il sistema sviluppato nella sua Regione e il SIMES?
 - 9.1 *In caso di risposta affermativa*, quali e come sono state risolte?
10. Ha delle proposte di modifica/integrazione ai contenuti del SIMES atte a renderlo maggiormente aderente al sistema o ai fabbisogni informativi della sua Regione?
11. Sono state realizzate attività volte a sensibilizzare gli operatori all'utilizzo del sistema? Quali e con che risultato?

LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA

12. Sono state definite modalità di controllo della *qualità dei dati*? Se Sì, come?
13. Sono state definite modalità di valutazione dei *processi del sistema*?
14. È stata definita una modalità di valutazione dei *risultati del sistema*?
 - 14.1 *In caso di risposta affermativa*, specificare quale e l'esito di detta valutazione relativamente al dato raccolto.
15. Quali sono a oggi, le informazioni raccolte tramite il sistema, di maggior rilevanza al fine di operare decisioni in materia di sicurezza del paziente e gestione rapporti/contratti assicurativi?
16. Sono stati definiti, a livello regionale, degli indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi?
17. Potrebbe specificare gli indicatori più rilevanti?

segue **Allegato 2.b****Traccia intervista II**

22

DIFFUSIONE DEI DATI

18. È stata definita nella sua Regione una modalità di diffusione delle informazioni relative ai sinistri?
- 18.1 *In caso di risposta affermativa*, potrebbe descrivere come avviene la diffusione dei dati (quali canali, quali destinatari, che cadenza, quale forma ai dati)?
19. Come è stata definita (ed eventualmente come è stata condivisa) la modalità di diffusione dei dati?
- 19.1 *In caso di risposta negativa*, viene relazionato il Governo regionale in merito ai dati sui sinistri e/o vengono utilizzate queste informazioni per la definizione di strategie regionali?

CONDIVISIONE DEL SISTEMA

20. La Regione sarebbe disponibile a rendere fruibile il suo sistema di gestione di sinistri e polizze ad altre Regioni che se ne mostrassero interessate?
- 20.1 *In caso affermativo*, il sistema potrà essere trasferito gratuitamente o dietro pagamento di un corrispettivo? In questa seconda ipotesi, quale il costo indicativo?
- 20.2 Nell'ipotesi di disponibilità al trasferimento del sistema ad altre Regioni, quale sarebbe la procedura amministrativa/burocratica da seguire (*evidenziare tempistica e criticità*)?
21. Sarebbe la Regione disponibile a fornire un supporto e/o un percorso formativo alla Regione ricevente?
- 21.1 *In caso affermativo*, gratuitamente o dietro corrispettivo? In questa seconda ipotesi, quale il costo indicativo?

GLI OBIETTIVI

22. Quali obiettivi (risultati) si è cercato di raggiungere con la realizzazione di un sistema di gestione sinistri e polizze?
23. Tali obiettivi sono stati raggiunti?
24. L'Osservatorio Nazionale Sinistri dovrebbe perseguire altri compiti/obiettivi oltre quelli finora svolti?
25. Qual è l'utilità per la sua Regione di un monitoraggio nazionale delle informazioni relative ai sinistri e alle polizze assicurative?

IL TRASFERIMENTO DEL RISCHIO

26. Qualora nella Regione fosse previsto il ricorso a polizze assicurative, potrebbe illustrare *dettagliatamente* il modello gestionale e di copertura?
- 26.1 *In caso di risposta affermativa*, il livello gestionale di copertura (regionale, aziendale o altro) risponde in maniera efficace alle esigenze e perché?
27. Qualora nella Regione non fosse previsto il ricorso a polizze assicurative, esiste un modello di gestione alternativa?
- 27.1 *In caso di risposta affermativa*, potrebbe descrivercelo in maniera dettagliata?
- 27.2 Il modello alternativo impiegato risponde efficacemente alle esigenze e perché?

LA MEDIAZIONE

28. Qualora nella Regione vi fosse un sistema di monitoraggio inerente la risoluzione della controversia tramite mediazione civile, potrebbe cortesemente descrivercelo?
- 28.1 *In caso di risposta negativa*, ritiene che potrebbe essere di qualche utilità per la Regione fornirsi di un sistema che monitori l'andamento delle controversie?
29. Rispetto agli anni precedenti come si è snellito l'*iter* procedurale inerente il contenzioso, a partire dalla resa obbligatoria della mediazione, nei casi di controversia in materia di risarcimento danni da responsabilità medica?

Fase 4

Rilevare e analizzare (eventuali) modelli adottati dalle Regioni per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti

Obiettivo specifico 4.1 Rilevare le modalità di comunicazione con la Corte dei Conti definite dalle Regioni al fine di una condivisione con altre Regioni in fase di individuazione di un modello organizzativo di riferimento.

Sono stati sottoposti all'attenzione dei referenti regionali quesiti in merito all'adozione, da parte delle Regioni, di provvedimenti (o semplici indicazioni) atti a regolare uniformemente la segnalazione alla Sezione Regionale della Corte dei Conti dei sinistri per RCT/RCO con esborso a carico delle Aziende; quesiti relativi a eventuali adozioni di protocolli d'intesa con la Sezione Regionale competente della Corte dei Conti o alla definizione di modalità di trasmissione e contenuti delle segnalazioni. È stato altresì richiesto se le Regioni avessero fornito indicazioni alle Aziende affinché

queste, nell'ambito del giudizio civile instaurato dal presunto danneggiato nei confronti dell'Azienda e dell'operatore, spieghino domanda di rivalsa nei confronti di quest'ultimo in caso di soccombenza.

La Fase 4 si è articolata nelle seguenti attività:

- costituzione di un gruppo di lavoro interno al Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, composto da: Alessandra De Palma (Regione Emilia Romagna), Davide Mozzanica (Regione Lombardia), Adriano Marcolongo (Regione Veneto), Alessandra Moisello (Regione Liguria), Andrea Soccetti (Regione Marche), Adriana Ianari (Regione Lazio), Alessandro Flore (Regione Sardegna), Riccardo Tartaglia (Regione Toscana);
- formulazione di 7 quesiti in condivisione tra tutti i componenti del gruppo di lavoro (Allegato 3);
- somministrazione dei quesiti a tutti i referenti delle Regioni e P.A. in formato elettronico seguito da eventuale contatto telefonico;
- analisi dei risultati.

Allegato 3 **Quesiti - Modelli regionali gestione rapporti con la Corte dei Conti**

I. La Regione ha adottato provvedimenti (o semplici indicazioni) diretti a regolare in modo uniforme la segnalazione documentata alla Sezione Regionale della Corte dei Conti dei sinistri per RCT/RCO con esborso a carico delle Aziende?

- ☐ Sì (*descrivere*).....
- ☐ No

Se la risposta al Quesito 1 è Sì:

- a. Specificare sinteticamente la tipologia di sinistri per i quali viene indicata la segnalazione (es. tutte le liquidazioni di sinistri in franchigia e/o autoassicurazione indipendentemente dal fatto che siano emersi profili di colpa grave, solo quelli in cui siano emersi espressamente potenziali profili di colpa grave, solo le liquidazioni al di sopra di un valore concordato, etc.)
-

- b. Descrivere le modalità previste per la segnalazione:

- La segnalazione da parte delle aziende è sintetica o dettagliata?

.....

- Nel secondo caso, completa o meno di documentazione sanitaria e di messa in mora dei dipendenti coinvolti?

.....

- In formato cartaceo o elettronico?

.....

- Inoltrata direttamente dalle aziende o per tramite della Regione?

.....

segue **Allegato 3**  **Quesiti - Modelli regionali gestione rapporti con la Corte dei Conti**

2. La Regione ha adottato protocolli d'intesa con la Sezione Regionale competente della Corte dei Conti o ha comunque concordato con quest'ultima le modalità di trasmissione e i contenuti delle segnalazioni?
3. Nella sua Regione risultano avanzate richieste di documentazione da parte della Sezione Regionale della Corte dei Conti? ☐ Sì ☐ No
4. È aumentato il numero delle richieste negli ultimi 5 anni?
5. La Regione ha fornito indicazioni alle Aziende affinché queste, nell'ambito del giudizio civile instaurato dal presunto danneggiato nei confronti dell'Azienda e dell'operatore, spieghino domanda di rivalsa nei confronti di quest'ultimo in caso di soccombenza (e accoglimento delle ragioni del danneggiato)?
6. Nella sua Regione sono stati promossi dalla Corte dei Conti negli ultimi 5 anni procedimenti per malpractice? ☐ Sì ☐ No Se Sì, quanti?
7. Per le Regioni il cui modello organizzativo prevede il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO: a. Le Aziende – nonostante la disposizione della Legge Finanziaria 2008* – hanno in essere polizze miste che prevedono la copertura della colpa grave a fronte di un premio pagato dal dipendente? Se Sì, indicare le modalità. b. Le Aziende pubbliche offrono un supporto tecnico per aiutare il personale a reperire coperture personali per la colpa grave? Se Sì, indicare le modalità.

* Legge Finanziaria 2008, art. 3, comma 59: "È nullo il contratto di assicurazione con il quale un ente pubblico assicuri propri amministratori per i rischi derivanti dall'espletamento dei compiti istituzionali connessi con la carica e riguardanti la responsabilità per danni cagionati allo Stato o a enti pubblici e la responsabilità contabile. I contratti di assicurazione in corso alla data di entrata in vigore della presente legge cessano di avere efficacia alla data del 30 giugno 2008. In caso di violazione della presente disposizione, l'amministratore che pone in essere o che proroga il contratto di assicurazione e il beneficiario della copertura assicurativa sono tenuti al rimborso, a titolo di danno erariale, di una somma pari a dieci volte l'ammontare dei premi complessivamente stabiliti nel contratto medesimo".

I RISULTATI DELLA RICERCA

Risultati dell'indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2012-2013

2.1 I RISULTATI DELLA FASE I. RICERCA DI ESPERIENZE INTERNAZIONALI

In accordo con quanto previsto dal cronoprogramma del progetto, nel corso dei primi mesi di attività è stata condotta un'analisi mirata a individuare eventuali esperienze di rilevazione e gestione dei sinistri realizzate in altri Paesi.

Ampia letteratura e interessanti esperienze sono risultate in merito ai sistemi di *incident reporting*, che tuttavia esulano dall'obiettivo del presente lavoro che intende focalizzarsi sui sistemi di rilevazione e archiviazione di informazioni relative ai sinistri.

Si riportano a tal proposito, senza pretesa di esaurività, l'esperienza della National Health Service Litigation Authority (NHSLA), della State Claims Agency (SCA) irlandese e dell'Office of Professional Medical Conduct (OPMC) statunitense.

Il principale ruolo della NHSLA, istituita nel Regno Unito 1995, è quello di amministrare il fondo istituito dal Servizio sanitario nazionale (NHS) per la copertura delle richieste di risarcimento supportando gli organismi dello stesso Servizio sanitario nella condivisione dei costi derivanti da *malpractice* e da responsabilità civile in genere. Per espletare detta funzione la NHSLA raccoglie e

analizza tutte le denunce di sinistri pervenute alle organizzazioni sanitarie del NHS. Ulteriore obiettivo della NHSLA è quello di diminuire il numero e l'entità delle richieste di risarcimento tramite l'elaborazione di standard per la gestione del rischio di cui si dirà più in dettaglio in seguito.

In Irlanda, la State Claims Agency (SCA) ha principalmente due obiettivi:

- gestire i sinistri in modo da garantire che la responsabilità dello Stato, le spese legali a essa connesse e le spese di altro tipo siano contenute al livello più basso possibile;
- offrire servizi di consulenza agli organi dello Stato al fine di ridurre, nel tempo, la frequenza e la gravità dei sinistri.

Ai sensi del *National Treasury Management Agency (Amendment) Act*³, tutti gli organi dello Stato hanno l'obbligo di segnalare tempestivamente alla SCA gli eventi avversi, di conservare e mettere a disposizione della stessa le eventuali prove e di agevolarne le indagini.

La SCA è responsabile del *Clinical Indemnity Scheme (CIS)*⁴, istituito nel 2002 al fine di razionalizzare le disposizioni esistenti in materia di risarcimento di danni risultanti da errori medici mediante il trasferimento allo Stato, attraverso l'Health Service Executive, agli ospedali e alle altre strutture sanitarie, della responsabilità per la ge-

3. <http://www.irishstatutebook.ie/2000/en/act/pub/0039/index.html>

4. <http://www.stateclaims.ie/ClinicalIndemnityScheme/introduction.html>

stione dei sinistri dovuti a negligenza clinica e dei relativi rischi.

Rientrano nel CIS le seguenti categorie:

- tutte le strutture che fanno parte dell'Health Service Executive, gli ospedali pubblici e altri enti che erogano servizi clinici;
- medici ospedalieri non specialisti, infermieri e altro personale clinico impiegato presso Aziende sanitarie, siano essi a tempo determinato o indeterminato;
- medici ospedalieri specialisti (a partire dal 1° febbraio 2004) relativamente a presunte negligenze cliniche verificatesi a partire da tale data;
- personale clinico di supporto alle unità di patologia e radiologia;
- attività cliniche di medici del Ssn, infermieri e altro personale clinico di comunità;
- dentisti che operano nel settore pubblico;
- alcuni *provider* che erogano servizi ausiliari.

Il CIS si occupa delle denunce relative a danni derivanti da diagnosi, trattamento e cura dei pazienti, ovvero attinenti a *malpractice* o negligenza clinica. Per quanto attiene i principali modelli inerenti la responsabilità medica, le strategie di gestione del contenzioso medico-paziente e le soluzioni di carattere assicurativo, risultano essersi distinti, nel panorama europeo, i Paesi nordici per aver abbandonato i tradizionali sistemi di attribuzione di responsabilità per *malpractice* ed essere approdati a sistemi di tipo *no-fault*: in Svezia, Danimarca e Finlandia i pazienti, vittime di accertati errori clinici, sono indennizzati da programmi pubblici senza che i medici responsabili dell'accaduto supportino alcuna conseguenza legale o economica. In particolare, i sistemi svedese e danese si basano su uno schema assicurativo obbligatorio delle strutture sanitarie attraverso il quale sono indennizza-

bili sia i danni fisici che psicologici⁵, anche se sono previsti tetti massimi per le varie voci di danno risarcibili. I pazienti che ritengono di aver subito un danno iatrogeno, sono incoraggiati a sporgere denuncia e a chiedere un risarcimento, compilando un modulo disponibile presso cliniche e ospedali, in ciò supportati da medici e infermieri.

Il sistema svedese è basato sul principio della evitabilità dell'errore affermato dal *Patient Injury Act*⁶. Coloro i quali sono preposti all'esame delle richieste devono analizzarle a partire da tre punti:

1. se la lesione derivi dal trattamento medico,
2. se il trattamento risulti giustificato,
3. se il risultato risulti inevitabile.

Se la risposta alla prima domanda è positiva, e le risposte alla seconda e/o alla terza sono negative, il paziente riceve il risarcimento. Sono previste tecniche amministrative per la gestione delle richieste di minor conto. La richiesta di risarcimento deve essere presentata, a pena di inammissibilità, entro tre anni dalla conoscenza del danno, e comunque entro dieci anni dal fatto dannoso⁷. La Nuova Zelanda è stato il primo Paese al mondo a introdurre un sistema di tipo *no-fault* nel 1974: a gestire il sistema è la Accident Compensation Corporation (ACC)⁸. Come accade all'interno del sistema svedese, anche in quello neozelandese i medici sono parte integrante del processo di presentazione delle denunce. Lo stesso dicasi per l'esame delle stesse. A differenza del sistema svedese, non è previsto il risarcimento per danni morali⁹.

Il sistema danese per la gestione delle denunce di sinistri agisce attraverso la Patient Insurance Association¹⁰, che si occupa delle richieste di risarcimento da parte di pazienti vittime di errori clinici sia nel settore pubblico che privato, ol-

5. *Patient Injury Compensation for Healthcare-Related Injuries* http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/engelska_artiklar/Patient_Injury_Compensation_for_Healthcare-Related_Injuries.pdf

6. http://www.patientforsakring.se/resurser/dokument/engelska_artiklar/The_Patient_Injury_Act.pdf

7. <http://www.patientforsakring.se/In-English-The-Patient-Insurance.html>

8. <http://www.acc.co.nz/index.htm>

9. *Incident Prevention, Rehabilitation and Compensation (Amendment) Act (No 2) 2005*, available at http://www.legislation.govt.nz/act/public/2005/0045/latest/DLM347084.html?search=ts_act_injury+prevention+rehabilitation+compensation_resel

10. <http://www.patientforsikringen.dk/>

tre alle denunce per danni da farmaci. Le Regioni coprono i risarcimenti relativi alla maggior parte delle denunce, mentre il Department of Health si occupa delle denunce relative ai danni da farmaci.

Alcuni Paesi, come Francia, Inghilterra, Germania e Olanda hanno adottato sistemi *no-fault* per specifiche tipologie di danni, affiancandoli a un sistema generale basato sulla responsabilità civile. In Francia, con la Legge n. 303 del 4 marzo 2002, che ha introdotto il concetto di danno senza colpa, si è creato un fondo per il risarcimento di incidenti medici, infezioni iatrogene e nosocomiali, di tipo solidaristico (ONIAM¹¹: Office national d'indemnisation des accidents médicaux). Con la medesima legge si è altresì introdotto un sistema di assicurazione obbligatorio per i medici e per le strutture ospedaliere e si è disciplinato un sistema di risoluzione delle controversie basato su camere di conciliazione regionali (Commissions Régionales de conciliation et indemnisation¹²).

In Inghilterra la gestione del rischio si fonda su un sistema centrale fortemente strutturato. L'organo di riferimento, la National Patient Safety Agency (NPSA)¹³, è articolato nei seguenti dipartimenti: il National Reporting and Learning System (NRLS) per l'identificazione degli eventi avversi; il Dipartimento di Epidemiologia e Ricerca per l'analisi del rischio e la sua diffusione a strutture interne ed esterne alla NPSA; il Settore *Prioritisation* per la definizione delle Priorità; il Dipartimento di *Safer Practice* e il settore *Soluzioni di sicurezza e design* per le azioni da implementare e la diffusione delle raccomandazioni. L'NPSA opera in stretto contatto con il Department of Health per la definizione delle politiche in merito a sicurezza e qualità delle cure e con organizzazioni gover-

native e indipendenti impegnate sullo stesso fronte. Tra queste vi è la National Health Service Litigation Authority¹⁴, di cui si è detto in precedenza.

In Irlanda e Francia sono state attivate forme di parziale socializzazione del rischio (finanziamento pubblico del costo degli errori). Confidando nei benefici della mutualità, sono state inoltre istituite in diversi Paesi forme di *risk pooling* tra le Aziende sanitarie, attraverso le quali si riesce ad assicurare una buona parte degli ospedali nazionali. Esistono programmi di questo genere in Francia (SHAM¹⁵), Svezia (LOF), Gran Bretagna (Clinical Negligence Scheme for Trusts), Irlanda (Clinical Indemnity Scheme), Scozia (Clinical Negligence and Other Risk Indemnity Scheme).

Meritano particolare attenzione i sistemi adottati nei Paesi anglosassoni, dove le aziende che aderiscono ai programmi sopra citati possono usufruire, oltre a servizi di tipo assicurativo, anche di servizi di gestione del contenzioso, di iniziative di formazione del personale e di reti di interscambio delle migliori pratiche per la sicurezza dei pazienti. Al fine di introdurre un reale incentivo alla riduzione del rischio, la Scozia ha messo a punto un meccanismo che prevede che le aziende che dimostrano di rispettare determinati standard di sicurezza ottengono sconti sui premi assicurativi¹⁶.

Il *Clinical Negligence Scheme for Trusts* (CNST) inglese è stato il primo tentativo di gestire i contenziosi per negligenza clinica utilizzando standard di *risk management*¹⁷. Il sistema è finanziato da contributi pagati dagli NHS trusts che vi partecipano su base volontaria. L'entità dei contributi è pesata in base al livello di raggiungimento degli standard di *clinical risk management*. Tali standard

11. <http://www.oniam.fr/>

12. <http://www.oniam.fr/crci/presentation/>

13. <http://www.npsa.nhs.uk/>

14. <http://www.nhs.uk/Claims/Pages/Handling.aspx>

15. <http://www.sham.fr/Decouvrir-Sham/Presentation/Mission>

16. http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/documents/2003%20_rm_standards.pdf

17. <http://www.nhs.uk/Pages/Publications.aspx?library=safety%7cstandards>

sono suddivisi tra le diverse tipologie di organizzazioni e sono classificati come segue:

- CNST *general*;
- CNST *maternity*;
- CNST *mental health and learning disabilities services*;
- *primary care trusts*;
- *ambulance services*.

Per quanto riguarda gli Stati Uniti, dove negli ultimi dieci anni si è assistito a un notevole aumento dei premi assicurativi, risulta interessante l'analisi dell'istituto della mediazione introdotto nei primi anni Ottanta quale strumento alternativo per la risoluzione delle controversie. Stante la struttura federale degli Stati Uniti, si rilevano modelli differenti di mediazione. Alcuni Stati, tra i quali Massachusetts e Wisconsin, hanno introdotto il cosiddetto *Screening Panel*, una commissione composta da avvocati e medici legali avente il compito di esaminare il caso prima del processo, al fine di valutarne la fondatezza. Altri Stati, quali la Pennsylvania, hanno introdotto un diverso sistema denominato *Intermediation*, dove il ruolo dell'intermediatore consiste nel chiarire i punti di forza e di debolezza delle posizioni di ciascuna parte e, basandosi sulla propria esperienza professionale, indicare in modo realistico le probabili soluzioni della vertenza.

Merita particolare menzione la linea adottata a partire dal 2004 dall'University of Michigan Health System, grazie alla quale da un approccio fondato su posizioni di chiusura e di negazione aprioristica dell'eventuale errore, si passa a un approccio basato sul dialogo e sul riconoscimento dell'evenienza negativa, anche attraverso la manifestazione, da parte del medico, del proprio rincrescimento per l'accaduto. Ciò consentirebbe di ridurre fin dal principio i sentimenti ostili che possono sorgere in capo al paziente che si ritiene vittima di errore.

Tale approccio, supportato dalla introduzione delle cosiddette *apology laws* – norme che escludono la producibilità in giudizio della corrispondenza intercorsa fra medico e paziente, nella quale il medico

manifesti in qualsiasi modo il proprio rincrescimento per l'accaduto – attraverso una divulgazione tempestiva e competente dell'errore da parte del medico o della struttura, si è dimostrato in grado di diminuire il disagio del paziente e la possibilità di contenziosi, mentre favorisce il mantenimento del rapporto di fiducia medico-paziente. Oltre alla divulgazione dell'errore, tale approccio comprende i seguenti elementi:

- un sistema di *incident reporting on-line*;
- il coinvolgimento degli avvocati di parte lesa per facilitare l'individuazione preventiva di potenziali *claims*;
- un processo formale di istruttoria dei *claims* e dei *potential claims*;
- un comitato multidisciplinare per la revisione dei *claims*;
- una comunicazione aperta e onesta con i pazienti e le famiglie, eventualmente esprimendo il proprio rincrescimento per l'accaduto;
- iniziative volte al miglioramento della qualità a partire dagli errori segnalati.

Sulla scia della linea adottata dall'Università del Michigan, nel 2005 lo Stato dell'Illinois ha introdotto, per le proprie strutture sanitarie, un programma denominato *Sorry works!*¹⁸, in base al quale, personale appositamente formato all'interno della struttura esamina tempestivamente ogni evento negativo derivante da intervento medico. Nel caso in cui emerga che l'esito infausto sia dovuto a errore medico, lo *staff* dell'ospedale si attiva per scusarsi con il paziente e i familiari, per fornire loro tutte le spiegazioni del caso e per individuare i possibili rimedi, compresi eventuali risarcimenti monetari. Tale procedimento, avendo dimostrato di poter sopire sul nascere i sentimenti di risentimento e di frustrazione del paziente e dei familiari, riducendo in tal modo il rischio di contenzioso e diminuendo di conseguenza i costi di gestione del sinistro, è stato successivamente implementato anche in altri ospedali del Paese.

18. <http://www.sorryworks.net/>

2.2 I RISULTATI DELLA FASE 2. STATO DELL'ARTE DEI SISTEMI REGIONALI DI GESTIONE SINISTRI

La seconda fase dell'indagine, avente come obiettivo principale l'aggiornamento della situazione delle Regioni e Province Autonome in relazione ai sistemi di rilevazione/gestione dei sinistri, è stata realizzata tramite somministrazione per posta elettronica, di un questionario semistrutturato (Cap. 1, Fase 2) con risposte a scelta multipla o aperta, ai membri del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente.

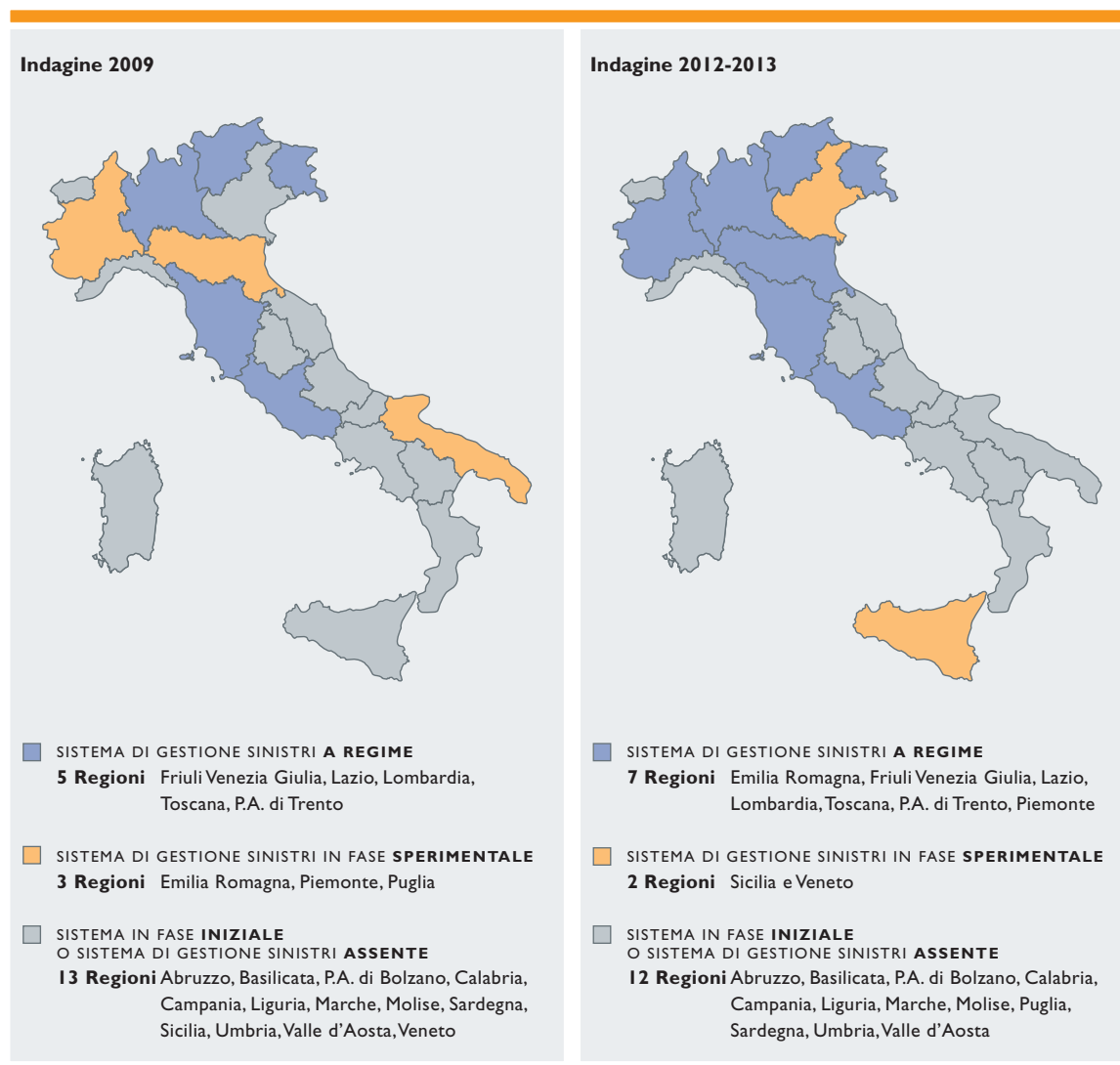
Alle attività previste dall'indagine Agenas hanno aderito e proficuamente partecipato la totalità delle Regioni e P.A. (21/21).

Dall'analisi dei questionari è risultato uno scenario mutato (evoluto) rispetto a quello delineato con la precedente indagine.

Come graficamente rappresentato nella Figura 1, quanto segue è emerso in merito all'esistenza di sistemi di rilevazione e gestione dei sinistri di livello regionale:

- 7 Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana, e P.A. di Trento) hanno dichiarato di disporre di un si-

Figura 1 Indagine 2009 e indagine 2012-2013



stema di gestione di sinistri operante a regime;

- 2 Regioni (Sicilia e Veneto) hanno dichiarato di disporre di un sistema di gestione sinistri in fase sperimentale;
- 12 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta e P.A. di Bolzano) hanno dichiarato di avere un sistema in fase di avvio o di non disporre di un sistema di gestione sinistri a livello regionale.

In comparazione con la situazione descritta dall'indagine del 2009 si è a oggi, seppur di poco, accresciuto il numero delle Regioni e P.A. che, tramite appositi provvedimenti, hanno adottato sistemi informativi per la rilevazione e la gestione, a livello regionale, delle informazioni relative alle denunce di sinistri.

Al fine di fornire un quadro sintetico e immediatamente fruibile al lettore e in continuità con la metodologia espositiva adottata nella precedente indagine, i risultati della prima fase vengono presentati in forma sinottica nelle tabelle riportate alle pagine seguenti; gli elementi di approfondimento, che costituiscono un importante contributo apportato al lavoro dai referenti regionali, vengono riportati nelle note di approfondimento successive a ciascuna tabella.

Note di approfondimento relative alla Tabella I

QUESITO 1

L'**Abruzzo** ha definito il modello organizzativo regionale per la gestione del rischio clinico, dei sinistri e delle polizze con la Delibera della Giunta Regionale n. 988/2010 avente a oggetto *Gestione del rischio clinico, sicurezza delle cure, buone pratiche assistenziali: approvazione del programma regionale e del protocollo d'intesa con le università della Regione*.

Per la Regione **Campania** il Decreto commissariale n. 22 del 22 marzo 2011 – *Piano sanitario regionale 2011-2013* definisce il modello organizzativo regionale per la gestione del rischio clinico (compresa la rilevazione e la gestione delle denunce di sinistri). La Regione **Liguria** ha adottato le *Linee guida per*

l'attivazione del flusso dati NSIS-SIMES e le Linee guida per l'attivazione di fondo regionale per l'autofinanziamento dei sinistri.

La Regione **Marche** ha implementato la corretta alimentazione dei dati del flusso SIMES attivando un gruppo di lavoro composto dai referenti aziendali del flusso stesso.

La Regione **Umbria** compila il flusso SIMES per eventi sentinella e sinistri. Sta lavorando per implementare un sistema più completo di rilevazione e monitoraggio.

La P.A. di **Bolzano** ha una procedura aziendale in fase di approvazione.

QUESITO 3

Abruzzo: attraverso le Aziende sanitarie locali.

Campania: attraverso il flusso ministeriale NSIS-SIMES sinistri.

Liguria: attraverso il flusso dati NSIS-SIMES.

Marche: i dati vengono raccolti e analizzati a livello regionale utilizzando il flusso SIMES/denunce sinistri.

Puglia: mediante *report* trasmessi da ogni singola azienda.

In **Valle d'Aosta** esiste una sola Azienda sanitaria che gestisce, attraverso i propri uffici, i dati relativi a sinistri e polizze.

Nella P.A. di **Bolzano** la raccolta delle informazioni avviene tramite foglio *Excel* per via telematica tra gli ospedali e l'ufficio incaricato per la gestione dei sinistri aziendali.

QUESITO 4

Abruzzo: copertura Asl.

Basilicata: copertura Asl, Aziende Ospedaliere, Irccs.

Calabria: copertura Asl (in tre Asp), Aziende Ospedaliere (in tre Aziende Ospedaliere).

Liguria: copertura Asl, Aziende Ospedaliere (Ospedale Evangelico Internazionale – E.O. Ospedali Galliera), Irccs (Istituto G. Gaslini e Irccs AOU San Martino/IST).

Marche: copertura Asl, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie.

Puglia: copertura Asl, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Irccs.

Umbria: copertura Asl, Aziende Ospedaliere.

Valle d'Aosta: copertura Asl.

P.A. di Bolzano: copertura Asl.

QUESITO 5

Liguria: estensione di sistema informativo uniforme per RCT/RCO nell'ambito delle varie Aziende sanitarie regionali, interoperativo con il sistema operativo del *loss adjuster* che supporta il

Tabella I  **Sinossi delle risposte delle Regioni in cui non è presente un sistema informativo regionale**

	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Liguria	Marche	Molise	Puglia	Sardegna	Umbria	Valle d'Aosta	P.A. di Bolzano
1 Esistenza di provvedimenti regionali mirati a regolare i modelli organizzativi dei sistemi di rilevazione dati su sinistri e polizze assicurative	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI
2 Esistenza di un sistema informativo che consente raccolta dati sui sinistri e polizze a livello regionale	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3 Raccolta alternativa, a livello regionale, dei dati relativi ai sinistri e alle polizze assicurative	SI	NO	-	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI
4 Presenza (copertura) di sistemi informativi che consentono la raccolta dati su sinistri e polizze assicurative a livello locale (Asl, AO, AOU, Irccs)	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI
5 Sistemi informativi per la raccolta di dati su sinistri e polizze assicurative in corso di implementazione	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
6 Ricorso, nella Regione, a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7 Adeguamento della Regione alle disposizioni normative in materia di mediazione civile	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI
8 Presenza di un sistema regionale di monitoraggio della risoluzione del contenzioso tramite mediazione civile	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI
9 La mediazione si è rivelata uno strumento in grado di contribuire alla riduzione del contenzioso?	NO	-	-	-	NO	-	NO	NO	SI	SI	NO	NO

fondo di autoassicurazione regionale.

Marche: è stato costituito nel 2011 un gruppo di lavoro tra Regione e Aziende del Ssr con l'obiettivo di omogeneizzare la gestione dei sinistri e realizzare un sistema informativo omogeneo

regionale e aziendale in aggiunta al SIMES.

Puglia: progetto informatico demandato alla società Innova Puglia.

Umbria: è in via di definizione un progetto regionale.

Tabella 2  **Sinossi delle risposte delle Regioni in cui è presente un sistema informativo regionale**

		Emilia Romagna	Friuli Venezia Giulia	Lazio	Lombardia	Piemonte	Sicilia	Toscana	P.A. di Trento	Veneto
1	Esistenza di provvedimenti regionali mirati a regolare i modelli organizzativi dei sistemi di rilevazione dati su sinistri e polizze assicurative	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Esistenza di un sistema informativo che consente raccolta dati sui sinistri e polizze a livello regionale	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Data di implementazione del sistema informativo	2003	2006	2008	2005	2005	2012	2004	2000	2010
4	Fase di implementazione del sistema informativo	A regime	A regime	A regime	A regime	A regime	Sperimentale	A regime	A regime	Sperimentale
5	Caratteristiche di base del sistema informativo regionale	Web based	Web based modulare scalabile	Web based modulare scalabile	Web based modulare scalabile	Scalabile	Web based	Web based	Modulare	Web based
6	Presenza di indicatori per la valutazione dei processi e dei risultati	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
7	Ricorso, nella Regione, a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO
8	Adeguamento della Regione alle disposizioni normative in materia di mediazione civile	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
9	Presenza di un sistema regionale di monitoraggio della risoluzione del contenzioso tramite mediazione civile	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	-	SI
10	La mediazione si è rivelata uno strumento in grado di contribuire alla riduzione del contenzioso?	NO	NO	NO	NO	-	-	NO	-	NO

Fonte: La promozione dell'innovazione e la gestione del rischio, ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. n. 502 del 1992 promossa da Agenas (risultati in Monitor 19, 2007, http://www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor19.pdf).

P.A. di Bolzano: raccolta dei dati sinistri e polizze di tutti gli ospedali già implementata nel 2011.

QUESITO 6

In **Abruzzo** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

In **Basilicata** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

In **Calabria** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

In **Campania** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

La **Liguria** non ricorre a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO.

Nelle **Marche** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale (una azienda – Asur Marche – in gestione diretta sinistri; due Aziende Ospedaliere e un Irccs con copertura mediante polizze assicurative).

In **Molise** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

In **Puglia** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

In **Sardegna** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

In **Umbria** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

In **Valle d'Aosta** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

Nella **P.A. di Bolzano** la copertura assicurativa viene gestita a livello aziendale.

QUESITO 7

Calabria: a livello aziendale.

QUESITO 9

Cfr. dettaglio tabella mediazione (Tabella 5).

Note di approfondimento relative alla Tabella 2

QUESITO 1

Emilia Romagna: sono state fornite indicazioni per la rilevazione dei dati sui sinistri, è stato messo a punto, già da diversi anni, un *database* regionale,

compilato da tutte le Aziende sanitarie della Regione e sono effettuate periodiche rilevazioni circa le polizze assicurative.

Friuli Venezia Giulia: regolamento della gestione centralizzata della responsabilità civile degli enti del Ssr che prevede un'unica polizza assicurativa regionale RCT/RCO con franchigia per sinistro attualmente di 500 mila euro.

Lombardia: con la Circolare 46/SAN del 27 dicembre 2004 è stato definito obiettivo prioritario la mappatura dei sinistri e delle polizze RCT/RCO, obbligando le Aziende a caricare i dati nel *database* messo a punto dalla Regione. Inoltre è stata richiesta la costituzione a livello di ogni Azienda di un Comitato Valutazione Sinistri per la gestione dei casi, dando indicazioni circa le attività e la composizione dello stesso.

Piemonte: è vigente, con decorrenza dal 1° gennaio 2005, il Programma Assicurativo per i rischi sanitari delle Aziende sanitarie, varato a sensi e per gli effetti della Legge Regionale n. 9 del 14 maggio 2004 e s.m.i. e oggetto di attuazione mediante deliberazioni della Giunta Regionale per i trienni programmatici 2005-2007, 2008-2010 e 2011-2013. In relazione al triennio programmatico in corso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanna Battista di Torino, delegata dalla Regione Piemonte alla gestione e attuazione del Programma, ha approvato le *Linee guida* delle procedure per la gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi, che recano altresì le caratteristiche base del *software* operativo che consente l'accesso e il *download* via *web* dei *bordereaux* dei sinistri e di tutti i dati afferenti ciascun sinistro.

Sicilia: Decreto dell'Assessorato della Salute del 28 dicembre 2011 che istituisce i Comitati di Valutazione dei Sinistri. È in fase di applicazione un sistema informatico per la rilevazione dei sinistri.

Toscana: nel 2004 viene introdotto il Sistema Regionale di Gestione dei Sinistri (SRGS) per la rilevazione dei dati sulle richieste di risarcimento e il monitoraggio del rischio.

P.A. di Trento: Legge provinciale 16/2010.

Veneto: Deliberazione della Giunta Regionale 1831 del 1° luglio 2008 e Dgr 2905 del 29 settembre 2009.

QUESITO 6

Emilia Romagna: indicatori di adesione, per qualità del dato e chiusura dei procedimenti.

Sicilia: tempi di raccolta dell'informazione, tempi di risposta alle Aziende da parte dei diversi soggetti coinvolti nella gestione dei sinistri.

QUESITO 7

Emilia Romagna: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello aziendale e di area vasta con polizza stipulata dalle singole aziende sanitarie.

Friuli Venezia Giulia: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello regionale.

Lazio: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello aziendale.

Lombardia: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello aziendale.

Toscana: dal 2010 tutte le Aziende gestiscono i sinistri direttamente.

Piemonte: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello regionale.

Sicilia: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello regionale.

P.A. di Trento: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello aziendale.

Veneto: la copertura del rischio RCT/RCO viene gestita a livello aziendale (in corso di transizione verso un sistema accentrato di area vasta per rischi catastrofali).

QUESITO 8

La Regione **Piemonte** ha costituito *Re.Medio. O.*, organismo di mediazione regionale, il cui Regolamento è stato approvato con Deliberazione della Giunta n. 18-2428 del 27 luglio 2011.

QUESITO 9

La Regione **Emilia Romagna** effettua delle rilevazioni periodiche con la richiesta di invio dei dati alle Aziende.

La Regione **Lazio** ritiene che, una volta affermato il modello autoassicurativo, si potrebbe implementare un sistema di monitoraggio del contenzioso.

Nella Regione **Lombardia** è prevista una verifica semestrale delle controversie, ma la voce non è ancora stata inserita all'interno del *database* informatico. Dopo espressa richiesta agli enti sanitari, i dati vengono raccolti in apposito *database* in *Excel* a livello centralizzato. Il sistema impiegato non consente però la raccolta della totalità dei dati inerenti le controversie condotte in mediazione.

La Regione **Piemonte** non dispone di un sistema organico di monitoraggio, recentemente però ha costituito *Re.Medio. O.* (Approfondimento Quesito 8).

In **Toscana** il sistema per il monitoraggio della mediazione è il medesimo di quello dei sinistri: si inserisce "mediazione" invece di "procedimento stragiudiziale".

QUESITO 10

Cfr. dettaglio Tabella mediazione (Tabella 5).

Tabella 3  **I modelli regionali di gestione del rischio RCT/RCO**

	Ricorso a polizze assicurative	Livello di gestione
Abruzzo	SI	Aziendale
Basilicata	NO ¹	Aziendale
P.A. di Bolzano	SI	Aziendale
Calabria	SI	Aziendale
Campania	SI ²	Aziendale
Emilia Romagna	SI ³	Aziendale
Friuli Venezia Giulia	SI	Regionale ⁴
Lazio	SI ⁵	Aziendale
Liguria	NO ⁶	Gestione diretta aziendale
Lombardia	SI	Aziendale ⁷
Marche	SI ⁸	Aziendale
Molise	SI	Aziendale ⁹
Piemonte	SI ¹⁰	Regionale
Puglia	NO ¹¹	Aziendale
Sardegna	SI	Aziendale
Sicilia	SI	Regionale
Toscana	NO	Gestione diretta ¹²
P.A. di Trento	SI	Aziendale
Umbria	SI	Aziendale ¹³
Valle d'Aosta	SI	Aziendale
Veneto	SI	Aziendale ¹⁴

Note di approfondimento relative alla Tabella 3

1. Nella Regione **Basilicata** è in corso una sperimentazione, nell'Azienda sanitaria di Matera (Asm) un modello di gestione del contenzioso in autoassicurazione (Delibera aziendale n. 431 del 10 maggio 2012). La Delibera della Giunta Regionale n. 938 del 24 luglio 2012 ha istituito, inoltre, il Dipartimento Interaziendale per la gestione dei sinistri RCT presso la sede dell'Asm cui aderiranno le singole aziende in corrispondenza della scadenza dei contratti in essere e ha dato mandato alle Aziende sanitarie di disciplinare l'attività stragiudiziale per la gestione dei risarcimenti attraverso una procedura di risarcimenti interaziendale. Per tale modello gestionale è prevista una sperimentazione di 18 mesi. Il Dipartimento interaziendale sarà supportato da un *loss adjuster* (società di servizi di gestione del rischio/professionista esterno) esperto nella liquida-

zione del danno e nell'estimo assicurativo, da individuarsi con procedura di evidenza pubblica. È prevista la istituzione di un organismo terzo – il Comitato interaziendale per la valutazione dei sinistri – cui competerà la valutazione finale in ordine alla quantizzazione finale degli indennizzi.

2. Nella Regione **Campania** le polizze sono sottoscritte dalle Aziende fatta eccezione per alcuni casi in cui, a causa di fallimento società assicuratrice o contratti troppi onerosi, le Aziende stanno tentando il passaggio a un sistema di gestione diretta.

3. Nella Regione **Emilia Romagna** la gara viene gestita a livello di Area Vasta ma la polizza è stipulata dalle singole aziende.

Dal 2013 è stata avviata una sperimentazione in alcune Aziende. È stato definito un progetto di gestione diretta con una *layerizzazione* mediante

suddivisione in tre fasce di rischio a cui corrispondono tre livelli di gestione:

- gestione solo aziendale;
- cogestione aziendale-regionale;
- cogestione a tre Azienda-Regione-Assicurazione.

4. Il modello organizzativo del **Friuli Venezia Giulia** prevede un'unica polizza assicurativa regionale con una franchigia per sinistro attualmente di 500 mila euro e un fondo regionale per la copertura della franchigia gestiti entrambi dal DSC su mandato regionale e in collaborazione con gli enti del Ssr.

5. La Regione **Lazio** lascia libertà decisionale (copertura del rischio RCT/RCO tramite polizza assicurativa o gestione diretta) in capo alla singola Azienda, ma è in corso di elaborazione un modello generale di gestione diretta.

6. La Regione **Liguria**, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 31 del 13 gennaio 2012, ha definito un modello di gestione del rischio RCT/RCO alternativo alle polizze assicurative. In particolare il succitato atto fissa al 1° gennaio 2012 la decorrenza della gestione diretta della propria sinistrosità da parte delle aziende sanitarie regionali (o alla data successiva in cui verranno meno i contratti assicurativi in essere) e, nell'allegato, fornisce indicazioni per la gestione diretta dei sinistri, istituendo il Comitato regionale sinistri e i Comitati gestione sinistri di area ottimale.

7. In Regione **Lombardia** nel giugno 2012 è stata bandita una gara a livello regionale. È in corso un progetto regionale che prevede una autogestione del rischio a livello aziendale con una SIR (*Self Insured Retention*, importo del sinistro a carico dell'azienda) di 250 mila euro e una copertura del rischio eccedente la SIR con gare aziendali nell'ambito di condizioni stabilite da un accordo quadro regionale.

8. Nella Regione **Marche** una Azienda (Asur Marche) opera in gestione diretta sinistri; due

Aziende Ospedaliere e un Irccs con copertura mediante polizze assicurative.

9. La polizza RCT/RCO stipulata dall'Asrem della Regione **Molise** prevede una franchigia e i sinistri rientranti in essa vengono valutati (ammessi o respinti) con provvedimento del Direttore Generale sulla scorta di un parere tecnico emesso dal Comitato di Valutazione Sinistri costituito presso l'Azienda.

10. Il modello vigente in Regione **Piemonte** prevede una significativa auto-ritenzione del rischio mediante la costituzione di un Fondo Speciale Regionale cui contribuisce ciascuna Azienda sanitaria, attualmente di 26 milioni di euro all'anno, che è eroso da risarcimenti di valore compreso tra 5 mila e 500 mila euro per sinistro (1 milione per sinistri dell'area ostetrico-ginecologica ed eventi sentinella) e il trasferimento del rischio sull'Assicuratore per i sinistri di valore compreso tra 500 mila e 5 milioni di euro (1° livello, polizza *Primary* vigente con Lloyd's New Line Group di Londra) e tra 5 e 15 milioni di euro per sinistro (2° livello, polizza *Excess layer* vigente con Zurich spa Milano).

11. Per la Regione **Puglia** è previsto nell'anno 2013 il passaggio a un sistema autoassicurativo, prevedendosi un fondo unico regionale che, in prima istanza, dovrebbe essere costituito dalla somma dei premi di ciascuna Azienda/Irccs, più le eventuali franchigie previste dai contratti in essere. Sono previsti un livello aziendale con valutazione diretta di ciascun sinistro e un livello centrale che acquisirà la globalità dei sinistri e potrà avocare a sé quelli aventi maggiore rilevanza. In via orientativa si stima che ciascuna Azienda avrà autonomia risarcitoria (fermo restando l'invio della notizia al livello regionale) per sinistri fino a circa 50-100 mila euro. E che tutti gli altri dovranno avere avallo dalla struttura centrale per procedere al risarcimento stesso.

12. Il modello organizzativo della Regione **Toscana** prevede che tutte le Aziende gestiscano direttamente i sinistri a partire dal 2010. Come

previsto dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana 1203/09 e dalla successiva 1234/10, la gestione (dall'apertura del sinistro alla comunicazione alla Corte dei Conti) è effettuata dal Comitato Gestione Sinistri (CGS) in cui sono presenti: la Medicina Legale, gli Affari Generali/Legali, il *Clinical Risk Manager*, la Direzione Sanitaria, l'Area Tecnica.

13. Il modello organizzativo della Regione **Umbria** è attualmente così strutturato:

- a livello regionale, per ragioni di omogeneità sul territorio e di riduzione dei costi, è stato individuato il contraente-compagnia assicuratrice;
- a livello aziendale vengono gestiti i singoli contratti. È stato coinvolto il *broker* regionale al fine di effettuare una ricognizione della situazione assicurativa e di elaborare dati utili a eseguire uno studio di fattibilità per una gestione mista.

14. Il modello organizzativo attualmente in uso in Regione **Veneto** prevede la copertura del rischio

RCT/RCO tramite polizze assicurative gestite a livello aziendale, anche se la Regione è in corso di transizione verso un sistema accentrato di area vasta per rischi catastrofali.

Modalità di conferimento al SIMES dei dati relativi alle denunce di sinistri

Il conferimento può avvenire in accordo a una delle tre seguenti modalità:

- a. **GAF - Gestione Accoglienza Flussi**, ossia invio di flussi informatici in formato XML (per le Regioni che utilizzano il proprio sistema informativo per la raccolta delle informazioni);
- b. **Porta di dominio**: trasmissione del flusso attraverso cooperazione applicativa (per le Regioni che utilizzano il proprio sistema informativo per la raccolta delle informazioni e hanno una porta certificata);
- c. **utilizzo interattivo del SIMES-DS** (per le Regioni che non utilizzano un proprio sistema informativo per la raccolta delle informazioni relative alle denunce sinistri).

Tabella 4  **Utilizzo sistemi flussi informativi per Regioni**

Abruzzo	Utilizzo interattivo del SIMES
Basilicata	Utilizzo interattivo del SIMES
Calabria	Utilizzo interattivo del SIMES
Campania	Utilizzo interattivo del SIMES
Emilia Romagna	GAF WEB
Lazio	GAF WEB
Liguria	GAF WEB
Lombardia	GAF WEB
Marche¹	GAF WEB
Piemonte	GAF WEB
P.A. di Bolzano	Utilizzo interattivo del SIMES
P.A. di Trento	Utilizzo interattivo del SIMES
Sardegna	Utilizzo interattivo del SIMES
Sicilia	Utilizzo interattivo del SIMES
Toscana²	Porta di dominio
Umbria	Utilizzo interattivo del SIMES
Valle d'Aosta	Utilizzo interattivo del SIMES
Veneto	GAF WEB

1. Utilizzo interattivo del SIMES solo per Irccs

2. Utilizzo interattivo del SIMES solo per strutture private accreditate

Tabella 5  **Il parere delle Regioni**

Il contributo della mediazione “obbligatoria nei casi di controversia in materia di risarcimenti danni da responsabilità medica e quale condizione di procedibilità della domanda giudiziale”^{*} alla risoluzione del contenzioso.

Abruzzo	Lo strumento non è stato applicato.
Basilicata	Dato non disponibile.
Calabria	Dato non disponibile.
Campania	Dato non disponibile.
Emilia Romagna	NESSUN CONTRIBUTO Scarsa conoscenza dell'istituto, anche da parte di chi lo pratica; competenza disomogenea e, spesso insufficiente, dei mediatori; scetticismo di gran parte degli avvocati che assistono i ricorrenti, con l'intento precipuo di far fallire la mediazione finalizzata alla conciliazione, vedendola solo come una tappa obbligatoria per poter accedere al contenzioso giurisdizionale civile. Nei casi in cui la mediazione riesce, in realtà si sarebbe potuta evitare con una negoziazione ben condotta in stragiudiziale, non avvenuta per scarsa conoscenza delle tecniche negoziali da parte degli operatori delle Aziende o per mancata tempestività nella gestione del sinistro.
Friuli Venezia Giulia	NESSUN CONTRIBUTO La materia della responsabilità medica necessita, qualora le parti non siano riuscite a trovare un accordo transattivo in fase stragiudiziale, della perizia medico legale di un terzo imparziale. Cosa che viene garantita solo in un procedimento giudiziale.
Lazio	NESSUN CONTRIBUTO Nella maggior parte dei casi, per quanto concerne la responsabilità medico-professionale, la posizione dell'assistito si contrappone totalmente a quella della struttura sanitaria in termini di sussistenza di responsabilità ovvero insussistenza della stessa. Tale contrapposizione impedisce di trovare soluzioni amichevoli e bonarie a metà strada. In tale ottica lo strumento della mediazione rende soltanto più tardo l'accesso agli uffici giudiziari.
Liguria	NESSUN CONTRIBUTO L'asimmetria informativa di Azienda sanitaria e utenza al momento dell'attivazione della mediazione in presenza di richieste che necessitano di accertamenti medico-legali preventivi e il mancato coinvolgimento iniziale delle compagnie di assicurazione rende la procedura solo un ulteriore onere a carico della parte reclamante.
Lombardia	NESSUN CONTRIBUTO Dal monitoraggio condotto a livello regionale emerge che nell'80% dei casi l'Azienda non partecipa alla chiamata in conciliazione per i seguenti motivi: mancata partecipazione della compagnia di assicurazione (52%), ravvisata assenza di responsabilità (26%), intervenuta transazione (7%), tempi ristretti (6%), richiesta esagerata (2%), sede disagiata (2%), altro (5%).
Marche	Non si dispone ancora di elementi sufficienti per poter esprimere un giudizio.
Molise	NESSUN CONTRIBUTO Spesso i procedimenti di mediazione vengono introdotti senza che sia possibile ricavare gli elementi minimi indispensabili per poter anche solo ipotizzare un'eventuale conciliazione. In particolare, nella maggior parte dei casi, non sono dimostrati i concreti profili di responsabilità medica ipotizzati, le percentuali di invalidità lamentate e la quantificazione degli importi richiesti a titolo risarcitorio. A ciò aggiungasi che, in taluni casi, la tempistica è talmente ristretta da non consentire alla pubblica amministrazione la raccolta dei dati minimi indispensabili per concludere transattivamente la vertenza.
Piemonte	<i>Work in progress</i> : dati al momento non attendibili.
Puglia	NESSUN CONTRIBUTO Lacunosità, insufficienza, sostanziale inapplicabilità dell'articolato normativo alla responsabilità professionale medica.

^{*} D.Lgs. 28/2010 e successive modifiche e/o integrazioni recante delega al Governo in materia di mediazione e conciliazione delle controversie civili e commerciali e D.M. Giustizia 180/2010.

segue **Tabella 5**  **Il parere delle Regioni**

P.A. di Bolzano	NESSUN CONTRIBUTO È passato ancora troppo poco tempo dall'applicazione della normativa, molti legali e assicuratori non sono pronti all'uso strategico e positivo della mediazione.
P.A. di Trento	NESSUN CONTRIBUTO Si rischia l'incremento numerico e quantitativo delle richieste risarcitorie.
Sardegna	SI RILEVA UN POSITIVO CONTRIBUTO Nei casi in cui alla mediazione hanno partecipato le aziende sanitarie sia congiuntamente che disgiuntamente dalle compagnie assicuratrici e dai medici chiamati in causa.
Sicilia	NESSUN CONTRIBUTO I tempi previsti dalla legge sono troppo brevi rispetto a quelli previsti in ambito sanitario.
Toscana	NESSUN CONTRIBUTO La mediazione è un istituto che può essere applicato con ottimi risultati in molti dei campi per cui è stato previsto dal legislatore, ma nell'ambito dei casi di <i>medical malpractice</i> , vista la complessità della materia e degli aspetti psicologici a essa connessi, incontra inevitabilmente dei problemi di efficacia.
Umbria	SI RILEVA UN POSITIVO CONTRIBUTO Conclusione più rapida nei casi di pretese risarcitorie.
Valle d'Aosta	NESSUN CONTRIBUTO Le poche richieste di mediazione giunte finora sono state respinte in quanto successive a decisioni assunte dalle compagnie assicuratrici e condivise dall'Azienda a non procedere al risarcimento non ravvisando colpe all'interno dell'Azienda.
Veneto	NESSUN CONTRIBUTO Il contenzioso è in aumento. Tempistica poco compatibile coi tempi di raccolta del materiale istruttorio e di valutazione su singolo sinistro in ambito sanitario.

2.3 I RISULTATI DELLA FASE 3. ANALISI DEI MODELLI/SISTEMI REGIONALI DI GESTIONE SINISTRI

I risultati della terza fase vengono riportati in termini narrativi.

L'elaborazione delle informazioni, raccolte tramite le interviste telefoniche somministrate ai referenti delle nove Regioni che hanno dichiarato di disporre di un sistema regionale di gestione sinistri, è coerente a contenuti e terminologia impiegati dall'intervistato così da riprodurre il pensiero fedelmente e senza filtri interpretativi.

Il contributo sostanziale al lavoro di seguito riportato proviene pertanto dai seguenti referenti regionali, che si ritiene doveroso ringraziare:

- **Regione Emilia Romagna:** Alessandra De Palma, Rosanna Trisolini;
- **Regione Friuli Venezia Giulia:** Antonella Bulfone;
- **Regione Lazio:** Adriana Ianari, Massimiliano Passi, Rossella Caricati;
- **Regione Lombardia:** Davide Mozzanica;
- **Regione Piemonte:** Marco Rapellino, Alessandro Stiari, Mirella Angaramo;
- **Regione Siciliana:** Giuseppe Murolo;
- **Regione Toscana:** Giacomo Borsari, Raffaella Giardiello, Riccardo Tartaglia;
- **Provincia Autonoma di Trento:** Emanuele Torri;
- **Regione Veneto:** Cinzia Bon, Marina Brattina, Stefano Cocco, Evelino Perri, Patrizia Davì, Adriano Marcolongo.

**Rispetto degli adempimenti previsti
dal D.M. 11 dicembre 2009**

recante l'istituzione del SIMES

**(conferimento dei dati in accordo ai tempi
e alle modalità stabiliti dallo stesso decreto)**

La Regione **Emilia Romagna** si dichiara adempiente dal secondo semestre del 2009. I dati sono stati inseriti nel SIMES senza problematiche di rilievo, con poche eccezioni relative a dettagli tecnici. La Regione **Friuli Venezia Giulia** ha proceduto all'inserimento dati con un ritardo di due anni. Sono già in corso adeguati provvedimenti per ovviare alla criticità. Nel sistema è stata inserita la maggioranza delle informazioni richieste, ma non ancora la sua totalità.

La Regione **Lazio** si dichiara pienamente allineata al decreto. Attualmente ha proceduto alla verifica dei dati inseriti a partire dal mese di settembre 2011. È stato ricostruito il flusso degli ultimi due/tre anni. Con cadenza trimestrale/quadrimestrale viene indetta una riunione cui partecipano tutti i *risk manager* aziendali il cui operato è stato preliminarmente sottoposto a puntuale verifica. Sono state fornite ampie direttive e promossi incontri tecnici con il personale di LAit¹⁹ SpA (Lazio Innovazione Tecnologica), che ha realizzato il manuale di utilizzo della piattaforma regionale, specificando le linee guida per l'adempimento al decreto.

La Regione **Lombardia** si dichiara adempiente avendo provveduto all'invio dei dati nei tempi previsti e senza riscontro di problematiche di rilievo. La Regione **Piemonte** risulta a oggi adempiente. La Regione **Siciliana** si dichiara adempiente in considerazione del recepimento del decreto e dell'istituzione della figura del referente del rischio nelle Aziende (2009-2010) all'interno delle quali, per una costante alimentazione del SIMES, gli utenti sono stati abilitati con *username* e *password*. La Regione **Toscana** ha previsto l'invio dei dati al SIMES da parte delle strutture pubbliche e, a

partire dall'anno 2011, delle strutture private accreditate:

- le strutture pubbliche utilizzano il *software web based*, Sistema Regionale di Gestione Sinistri (SRGS). Da questo i dati vengono inviati al SIMES tramite Porta di dominio;
- per le strutture private è invece previsto l'utilizzo interattivo del SIMES.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** l'adempimento è stato rispettato e i dati vengono inseriti regolarmente nel sistema.

La Regione **Veneto** ha adempiuto alle direttive del decreto ministeriale inviando i dati dei sinistri con cadenza annuale (ovvero con ritardi poco considerevoli) in accordo alla metodologia prevista dal decreto stesso.

**Nell'ipotesi che le Regioni, il Ministero
e l'Agenas congiuntamente ritenessero
opportuno estendere l'obbligatorietà a tutti
i campi del SIMES, la sua Regione sarebbe
ancora in grado di rispettare gli adempimenti
previsti dal D.M. 11 dicembre 2009
recante l'istituzione del SIMES?**

La Regione **Emilia Romagna** si rende disponibile a rispettare gli adempimenti nel caso in cui Regioni, Ministero della Salute e Agenas ritenessero opportuno estendere l'obbligatorietà a tutti i campi del SIMES.

La Regione **Lazio** si rende assolutamente disponibile a rispettare gli adempimenti anche in previsione dell'estensione di obbligatorietà a tutti i campi del SIMES. Si auspica la realizzazione dell'iniziativa ai fini di una maggiore specificità nella rilevazione del dato. Nella Regione si sta concretizzando il progetto di adesione a un modello autoassicurativo, si rileva pertanto la necessità di un sistema integrato che gestisca il rischio clinico, concepito in un'ottica di prevenzione e gestione risarcitoria.

La Regione **Lombardia** si rende disponibile a rispettare gli adempimenti nel caso di resa ob-

19. LAit è una società partecipata dalla Regione Lazio che si occupa dei processi di informatizzazione della pubblica amministrazione regionale. Progetta, realizza e gestisce il Sistema Informativo della Regione Lazio e nello specifico ha creato la piattaforma regionale per la gestione del flusso degli eventi sentinella e dei sinistri al SIMES.

bligatoria di tutti i campi ma con congruo preavviso per rispondere efficacemente alla richiesta. I dati di maggior rilevanza, relativi agli importi delle domande di risarcimento e alle specialità coinvolte, sono già attualmente disponibili.

La Regione **Siciliana** si rende disponibile a rispettare gli adempimenti nel caso contemplato. La Regione **Toscana** si renderebbe assolutamente disponibile all'adempimento anche in caso di resa obbligatoria di tutti i campi.

La Provincia Autonoma di **Trento** renderebbe i dati immediatamente disponibili con qualche eccezione.

La Regione **Veneto** auspica l'estensione di obbligatorietà a tutti i campi del SIMES. Sulla base del modello di gestione sinistri adottato nella Regione, una diretta e più approfondita conoscenza dei propri dati consentirebbe un miglioramento dell'informazione nel ritrasferimento del rischio al mercato.

2.3.1 I sistemi regionali di gestione sinistri: caratteristiche

A. L'OGGETTO DELLA RILEVAZIONE

Nel sistema di rilevazione della Regione **Emilia Romagna**, come già da precedente indagine, vengono registrate:

- formali richieste di risarcimento danni (qualunque sia l'ufficio preposto ad accoglierle nell'ambito dell'organizzazione aziendale);
- notifiche di atti giudiziari penali;
- informazione di garanzia;
- opposizione a richiesta di archiviazione;
- incidente probatorio;
- sequestro di cartelle cliniche;
- querela di parte;
- notifiche di atti giudiziari civili;
- citazioni;
- denunce cautelative: comunicazione formale alla compagnia assicuratrice di un evento il cui esito/sviluppo è ancora incerto, con richiesta di apertura pratica (scarsamente rilevate).

Nella Regione **Friuli Venezia Giulia** non si rilevano cambiamenti rispetto alla precedente indagine. Oggetto della rilevazione risulta essere ancora oggi il sinistro, inteso quale richiesta di risarcimento o iniziativa dell'Autorità Giudiziaria. Nella Regione **Lazio** non sono stati rilevati cambiamenti rispetto alla precedente indagine. Il sistema, definito integrato, rileva:

- sinistri, inseriti dagli Uffici Legali delle Aziende a seguito di notifica (reclami Urp, richieste di risarcimento, notifiche giudiziarie);
 - eventi avversi, eventi sentinella e *near misses*.
- A ciascun sinistro viene collegato il relativo evento generante.
- Il sistema è utilizzato da tutte le strutture sanitarie pubbliche della Regione Lazio:
- 12 Aziende sanitarie locali (totalità del Ssr laziale);
 - 4 Aziende Ospedaliere (totalità del Ssr laziale);
 - 2 Policlinici Universitari pubblici;
 - 2 Irccs pubblici;
 - Agenzia regionale Ares 118.

Il sistema permette la registrazione delle informazioni relative a qualsiasi tipologia di sinistro, cause civili o penali, richieste di risarcimento e denunce, consentendo l'associazione a ogni richiesta dei contenuti gestiti nella scheda di segnalazione e lavorati dai *risk manager* di ciascuna Azienda sanitaria. Sono trattate, inoltre, le informazioni atte a consentire un'efficace gestione delle polizze assicurative stipulate dalle Aziende sanitarie, comprensive dei dati relativi alle somme poste a riserva sia dall'Azienda sia dalle compagnie di assicurazione.

Nella Regione **Lombardia**, come già risultava dalla precedente indagine, il sistema rileva i sinistri di RCT/RCO (Responsabilità Civile Terzi e Operatori) di tutte le Aziende Ospedaliere, sanitarie locali e Fondazioni a partecipazione pubblica, facenti capo al Servizio sanitario regionale della Lombardia.

In particolare il sistema registra:

- richieste di risarcimento danni pervenute alle Aziende nelle annualità stabilite per eventi ac-

caduti anche in anni antecedenti e che hanno interessato pazienti, lavoratori e terzi (visitatori, etc.);

- denunce cautelative effettuate (nell'intervallo temporale di riferimento) dalle Aziende alle compagnie di assicurazioni o al *broker* assicurativo in seguito a eventi dannosi o presunti tali, che potrebbero dar luogo, in un futuro, a formale richiesta di risarcimento danni da parte del danneggiato;
- sinistri di tutela legale, solo nel caso in cui la polizza di responsabilità civile contempli una sezione di tutela legale (in questo modo è possibile segnalare anche quei sinistri aperti sulla polizza di RCT/RCO per la copertura delle sole spese di difesa nell'ambito di un procedimento penale a carico del personale dell'Azienda coinvolto).

Dall'anno 2008 il sistema rileva anche tutti gli infortuni del personale sanitario e le cadute accidentali occorse a pazienti e visitatori dall'anno 2005 a oggi.

Come risulta dalla precedente indagine del 2009, il sistema della Regione **Piemonte** rileva le caratteristiche quali-quantitative e le dimensioni di esposizione economica delle Aziende sanitarie (statistica dei sinistri) per i rischi sanitari di responsabilità civile verso terzi e operatori di lavoro, attraverso strumenti idonei a migliorare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei rischi. Pertanto, la definizione di sinistro fa riferimento alla richiesta di risarcimento pervenuta all'assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione (formula temporale del *claims made*, oggi prevalente nei normativi di polizza RCT/RCO). Nel sistema della Regione **Siciliana** vengono rilevate tutte le tipologie di sinistro. Per sinistro si intende ciò che attiene alla denuncia da parte di un soggetto che si ritenga danneggiato dall'Azienda sanitaria.

Nella Provincia Autonoma di **Trento**, dove non si rilevano modifiche rispetto alla precedente indagine, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (Aps) è la sola Azienda sanitaria ivi operante e comprende pertanto tutte le strutture pubbliche,

ospedaliere e territoriali, del Servizio sanitario provinciale. Il sistema utilizzato consente la rilevazione di tutti i sinistri RCT/RCO, sia a seguito di formali richieste di risarcimento pervenute alle strutture aziendali, sia per la copertura delle sole spese di difesa nell'ambito di procedimenti penali a carico del personale dipendente.

Il sistema della Regione **Toscana** rileva:

- l'iter relativo alla gestione delle richieste di risarcimento, dall'apertura alla chiusura del sinistro;
- l'identità del danno e la struttura nella quale si è verificato;
- gli importi richiesti, valutati (riservati) e liquidati;
- dati economici.

Questo sia nei casi di risarcimento effettivi sia nei casi in cui vi sia unicamente la spesa giudiziale. Nel sistema di rilevazione della Regione **Veneto** sono registrati i sinistri correlati al paziente e all'operatore per danni personali e/o a cose.

B. LE CONDIZIONI CHE HANNO CONDOTTO ALLO SVILUPPO DI UN SISTEMA REGIONALE
Solo per le Regioni i cui sistemi non sono stati analizzati nella precedente indagine perché sviluppati successivamente

Sicilia e Veneto

Numerose sono state le problematiche rilevate nella Regione **Siciliana** precedentemente all'avvio del sistema regionale:

- dispersione in termini di efficienza;
- dispersione di efficacia e qualità dell'assistenza;
- difficoltà nel reperimento di informazioni da parte delle Aziende.

Sono state prevalentemente problematiche di tipo economico a condurre allo sviluppo di un sistema regionale, poiché sinistrosità e quota premi assicurativi pagati dalle Aziende erano fuori dal controllo regionale. Non possedendo un *know how* consolidato, la Regione Siciliana ha richiesto la collaborazione di una società di consulenza in *brokeraggio* e aspetti assicurativi che, dopo espletazione di una pubblica gara nel 2009, è stata individuata nella Willis. Dal 2011 è iniziata la progettazione di un sistema regionale di gestione sinistri

e polizze assicurative. La prima operazione che la Regione Siciliana ha portato avanti con la società di *brokeraggio* è stato il recupero delle informazioni inerenti sinistri e polizze nonché un'analisi retrospettiva di 10 anni.

Nella Regione **Veneto** le condizioni che hanno condotto allo sviluppo di un sistema regionale sono state le seguenti:

- adeguamento al D.M. 2009;
- possesso di una banca dati regionale relativa ai sinistri;
- maturazione culturale emersa dal confronto con le altre Regioni;
- sensibilità maturata nei vertici regionali;
- esigenza economica da parte della Regione di introdurre un modello di gestione risarcimenti (non dei sinistri genericamente intesi), con l'obiettivo di un risparmio sui premi assicurativi e di un monitoraggio del sistema in grado di permettere una coerente valutazione dell'eventuale esborso economico in caso di risarcimento diretto a fronte dei premi assicurativi liquidati.

C. LE MODIFICHE APPORTATE AI SISTEMI REGIONALI

RISPETTO ALLA PRECEDENTE INDAGINE

Nella Regione **Emilia Romagna**, successivamente all'avvio del sistema di rilevazione nazionale, sono state apportate alcune modifiche al *software* regionale al fine di un completo allineamento alle informazioni richieste dal SIMES. Specificamente è stato reso obbligatorio l'inserimento di alcuni dati. Le modifiche sono state introdotte, recepite e messe a regime. A oggi tutte le Aziende utilizzano il sistema.

Permangono tuttavia delle lievi discrepanze tra la casistica inserita a livello regionale e quella recepita dal flusso nazionale (differenze inferiori all'1-2%). Questo a causa della diversa impostazione della banca dati regionale che, in funzione del processo di gestione del sinistro, prevede una doppia obbligatorietà, all'apertura e alla chiusura dello stesso. Si verifica cioè che alcuni sinistri inseriti

nella banca dati regionale presentino incompletezza nella rilevazione dei dati obbligatori e quindi siano respinti dall'applicativo nazionale. Nella Regione **Friuli Venezia Giulia**, nel corso degli ultimi anni non sono state apportate modifiche al Sistema nato dalla necessità di supportare la gestione centralizzata dei sinistri e per garantire il monitoraggio del fondo regionale di autoassicurazione. La Legge Regionale n. 20 del 21 luglio 2004 ha istituito l'ente pubblico Dipartimento Servizi Condivisi (DSC) avente natura di consorzio obbligatorio tra le Aziende sanitarie regionali con facoltà di adesione per gli Irccs *Burlo Garofalo* di Trieste e *C.R.O.* di Aviano (che ne fanno attualmente parte) e per il Policlinico Universitario a Gestione Diretta di Udine. Fanno attualmente parte del consorzio 11 Aziende (6 Asl, 3 Aziende Ospedaliere – di cui due universitarie – e i 2 summenzionati Irccs). Al DSC è affidata la gestione centralizzata di attività tecniche e amministrative individuate dalla Regione, a supporto degli enti consorziati. Tra le aree di intervento del DSC è prevista l'area dei Servizi generali e del *Facility management* che comprende la gestione centralizzata dei servizi di assicurazione RCT/RCO che, supportata da adeguati interventi di *risk management*, garantisce la copertura assicurativa delle Aziende e la riduzione dei costi complessivi del Servizio sanitario regionale.

Per quanto riguarda il sistema, nella Regione **Lazio** non sono state riscontrate modifiche di rilievo rispetto alla precedente indagine. Unicamente sono stati resi obbligatori alcuni campi in precedenza facoltativi. Dall'indagine del 2009 il sistema risultava strutturato così come già riportato al punto 2.3.1 a.

Come dalla precedente indagine relativa all'anno 2009, risulta che a oggi, senza variazioni di rilievo, il sistema della Regione **Lombardia** registri i sinistri di RCT/RCO (Responsabilità Civile Terzi e Operatori) di tutte le Aziende Ospedaliere, sanitarie locali e Fondazioni a partecipazione pubblica facenti capo al Ssr della Lombardia. In particolare il sistema registra le richieste di risarcimento

danni pervenute alle Aziende dal 1999 che hanno interessato pazienti, lavoratori e terzi. Dall'anno 2008 il sistema rileva anche gli infortuni del personale sanitario e dal 2005 le cadute occorse a pazienti e visitatori.

Dalla precedente indagine risultava che la Regione **Toscana** sin dal 2006, ai fini di un'approfondita informazione sulla sinistrosità nell'ambito del Servizio sanitario, avesse sviluppato un *database* per la raccolta dei dati sui risarcimenti per responsabilità civile terzi.

Successivamente allo sviluppo del sistema si sono resi necessari numerosi interventi per migliorare l'interfaccia grafica, risultata troppo complessa per gli utenti, e le funzioni di estrazione dei dati. Negli ultimi anni sono state apportate ulteriori modifiche, non strutturali ma necessarie all'adeguamento dei flussi al SIMES, che si sono rese necessarie per adeguare il sistema regionale al mutato modello organizzativo per la gestione dei sinistri e delle polizze, ossia la gestione diretta delle richieste di risarcimento, introdotta in Toscana con le Delibere 1203/2009 e 1234/2011.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** l'unica modifica apportata rispetto alla precedente rilevazione è relativa all'interfacciamento con il SIMES dal punto di vista informatico e tecnico. Il sistema è difatti efficacemente strutturato ormai dal 1998.

D. LE CARATTERISTICHE DEI SISTEMI REGIONALI IN FASE DI SPERIMENTAZIONE (SICILIA E VENETO)

Nella Regione **Siciliana** il sistema è ancora in fase sperimentale e si fa un utilizzo interattivo del SIMES il quale, pur avendo grande valore nella prospettiva nazionale, mostra alcune criticità operative. Il referente regionale rileva infatti l'opportunità di dotarsi di un sistema gestionale regionale. La Regione Siciliana ha sviluppato un *software* con la Willis, e sta procedendo all'implementazione del sistema che sarà verosimilmente operativo a partire da luglio 2012. Nel contratto con la Willis è compresa la richiesta di un sistema informativo dedicato per la gestione dei sinistri in

grado di interfacciarsi automaticamente con SIMES. I costi per la Regione sarebbero unicamente indiretti, perché ricompresi nel contratto di *brokeraggio*, finanziato mediante i premi assicurativi.

In **Veneto**, la Regione ha assunto nel 2011 due deliberazioni che definiscono il nuovo modello operativo per il sistema gestionale dei sinistri. Le deliberazioni di Giunta sono le seguenti:

- la Delibera n. 573 del 2011;
- la Delibera n. 1020 del 2011.

Con questi provvedimenti la Regione Veneto, sulla scorta delle esperienze della Regione Toscana e della Regione Friuli, ha stabilito di transitare in un sistema misto di gestione del sinistro:

- i sinistri entro l'importo di 500 mila euro verranno gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie, aggregate su dimensione provinciale o sovra-provinciale;
- per gli importi superiori ai 500 mila euro invece, una norma regionale prevede il trasferimento del rischio al mercato assicurativo, come accade oggi nelle Aziende per l'integrità del rischio.

La Regione non gestirà direttamente i sinistri, ma individuerà degli uffici appositamente deputati alla trattazione e liquidazione degli stessi. Tra le Aziende ne saranno individuate 5 quali centri di aggregazione del territorio di riferimento. Nella fattispecie saranno Venezia, Padova, Treviso, Vicenza e Verona. A queste faranno capo le altre Aziende provinciali per la gestione sinistri e danni. Le delibere prevedono una prima fase di sperimentazione nell'area Padovana, fase che inizierà presumibilmente nel corso dei prossimi mesi, non appena sarà trovata la copertura assicurativa del rischio sopra i 500 mila euro. Una precedente gara è già stata svolta trovando aggiudicazione in favore di una compagnia assicuratrice con sede legale in Romania, nei confronti della quale l'Isvap, con provvedimento del 2 luglio 2012, ha disposto il divieto di contrarre nuove polizze sul territorio della Repubblica. Questa compagnia non può a oggi assumere la polizza.

Sarà indetta una nuova gara svolta direttamente dalla Regione o dalle singole Aziende. I sinistri di importo superiore ai 500 mila euro verranno gestiti col classico modello del trasferimento del rischio al mercato assicurativo. Quelli di importi inferiori saranno gestiti dalle 5 Aziende capo area del proprio territorio di riferimento provinciale che, nel caso di Padova e Treviso sarà sovra-provinciale comprendendo Treviso anche la Provincia di Belluno; Padova quella di Rovigo. I sinistri verranno iscritti a bilancio dalle singole Aziende. Il sistema informativo utilizzato dalla Regione è il SIMES, creato applicando le modalità di riuso della Regione Toscana con alcuni aggiornamenti, che la Regione Veneto intende utilizzare anche nella esperienza attivanda della gestione diretta dei sinistri, per non duplicare sistemi informativi affini. Sulla base del nuovo modello gestionale organizzativo descritto in precedenza, verrà costruito e implementato un nuovo modulo gestionale al sistema informativo, attualmente in fase di definizione a cura della Regione sulla base delle informazioni ritenute necessarie dagli Affari Generali delle singole Aziende nella gestione del sinistro, che si interfacerà con SIMES. Il modello è stato pensato sulla scorta di quanto prescritto e previsto per la gestione sinistri dalle due suddette delibere, tenendo conto delle esigenze dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che per prima implementerà il modello gestionale-operativo di liquidazione del danno e, conseguentemente, l'applicativo gestionale informatico. Il sistema informativo gestionale sarà regionale e impiegato dalle Aziende come sistema unico che permetta il trasferimento dei dati, in modo che si possa efficacemente rispondere al debito informativo previsto dal D.M. 2009.

E. I MODELLI DI RIFERIMENTO

In **Emilia Romagna** la costruzione del sistema è avvenuta in collaborazione con le Aziende. Le caratteristiche del modello rappresentano in parte la risposta alle specifiche esigenze, gestionali e operative, manifestate dalle Aziende sulla base dell'e-

sperienza fino a quel momento acquisita. Il sistema risponde anche alla necessità di supportare le politiche regionali nel settore ed è quindi stata adeguatamente sviluppata la capacità del sistema di rispondere alle necessità conoscitive relativamente alla quantificazione e descrizione dell'andamento dei sinistri, del loro impatto economico a livello regionale e della variabilità aziendale.

Nella Regione **Friuli** non risultano essere state apportate modifiche rispetto alla precedente indagine del 2009, circa il modello di riferimento, studiato dal DSC (Dipartimento Servizi Condivisi), sia in riferimento al modello stesso che all'architettura del *software*, e approvato da tutti gli enti facenti parte del consorzio. Tale modello prevede un'unica polizza assicurativa con una franchigia per sinistro gestita dal DSC in collaborazione con gli enti coinvolti, utilizzando un fondo regionale. È importante evidenziare che, a partire dal 15 aprile 2006, il sistema di gestione dei sinistri relativi alla polizza di RCT/RCO del Friuli Venezia Giulia risulta diviso tra il Dipartimento Servizi Condivisi e la Carige Assicurazioni SpA in base al presunto ammontare del sinistro denunciato. Per i sinistri potenzialmente inferiori a 500 mila euro (400 mila euro dal 1° gennaio 2008 al 31 marzo 2009) la gestione è in carico al DSC; per i sinistri potenzialmente superiori al suddetto importo la gestione risulta in capo alla compagnia assicuratrice previa denuncia inoltrata dal DSC al *broker*. I dati vengono inseriti nel sistema dai referenti delle singole aziende e il Dipartimento Servizi Condivisi che apre, numera e riserva anche i sinistri la cui gestione viene demandata alla compagnia assicuratrice della polizza RCT/RCO.

Nella Regione **Lazio**, come già risultava dalla precedente indagine del 2009, il sistema è stato progettato con la collaborazione dei *risk manager* aziendali anche sulla base delle esigenze da questi manifestate; solo una parte del sistema fa riferimento a un modello, ossia agli indicatori AHRQ che vengono applicati ai dati SDO, anch'essi immessi nel sistema.

Come già rilevato nella precedente indagine del 2009 il sistema della Regione **Lombardia** non si è ispirato in particolare ad alcun modello esistente; lo stesso è stato realizzato in due fasi, la prima di analisi relativa alle esperienze adottate presso un campione di Aziende sanitarie lombarde, la seconda di progettazione e sviluppo del sistema.

Il sistema della Regione **Piemonte**, come già rilevato nella precedente indagine, non si è ispirato a un particolare modello di riferimento; esso nasce da una miscellanea di esperienze gestionali e professionali modulate e affinate in relazione alle peculiarità del rischio sanitario osservato nella Regione.

La Regione **Siciliana** non si è ispirata a nessun modello in particolare. Benché la società di *brokeraggio* con cui la Regione collabora, la Wilis, sia la medesima che opera attualmente anche in Friuli, i modelli elaborati non sono affini. Il sistema è difatti completamente integrato rispetto al lavoro compiuto nella Regione Siciliana a partire dal 2005. Aspetti di *brokeraggio* assicurativo, rapporti con le assicurazioni, gestione di premi e polizze, sono integrati ad aspetti di *risk management*.

La Regione **Toscana**, come già rilevato nella precedente indagine, si è ispirata all'australiano *Advanced Incident Monitoring System* (AIMS), sistema multifonte, il cui gestionale sinistri è solo una parte del sistema di monitoraggio incidenti. La Toscana ha implementato i sistemi di sinistri e di *incident reporting* e ne sta sviluppando uno di monitoraggio e gestione dei reclami.

Nella P.A. di **Trento** il modello di riferimento non ha subito modificazioni, è il medesimo rilevato dalla precedente indagine del 2009. L'Apss della P.A. di Trento ha adottato nel 1999 un programma in *Access*, realizzato dal Servizio Sistemi Informativi (SSI), interno e utilizzato dal Servizio Affari Generali al solo scopo di gestire le pratiche di sinistro RCT/RCO, nel quale sono stati registrati i sinistri denunciati dal 1997 in poi. Nel 2006, con la collaborazione del *broker* assicurativo Marsh, è stato progettato dal SSI un nuovo pro-

gramma in grado di fornire un supporto informativo adeguato al *risk management* aziendale; ogni volta che il programma ha subito modifiche/integrazioni, i dati relativi ai sinistri presenti nel sistema sono stati integralmente recuperati; infine sono stati introdotti, in aggiunta a quelli già presenti nel sistema, i dati indicati nel Disciplinare tecnico allegato al D.M. istitutivo del SIMES, per attivare il flusso informativo ivi previsto.

La Regione **Veneto** dichiara di avere tratto ispirazione dai modelli delle Regioni Toscana e Friuli Venezia Giulia. A differenza che nel sistema Toscano, in quello della Regione Veneto le attività di liquidazione del danno e gestione del rischio clinico, seppure tra loro assolutamente correlate e confluenti, sono distinte e gestite separatamente. Lo sviluppo del SIMES e dell'applicativo sono implementati con la modalità del riuso toscano e il supporto di una società informatica, vincitrice di appalto su tutto il sistema informativo regionale (Engineering Ingegneria Informatica SpA), con compiti di progettazione, sviluppo del sistema informatico, manutenzione ed *helpdesk*.

F. I COSTI DI SVILUPPO E DI GESTIONE DEI SISTEMI

Il costo dello sviluppo del sistema in **Emilia Romagna** risulta difficilmente individuabile dal punto di vista contabile poiché incluso in un contratto che riguarda l'intero pacchetto informativo del settore sanità della Regione. Una stima approssimativa si può attestare intorno a 100 mila euro riferibile a tutte le attività svolte per il sistema nel periodo 2002-2003; il costo sostenuto per l'adeguamento effettuato nel 2008 è stato pari a circa 50 mila euro.

I costi di gestione del sistema sono difficilmente quantificabili dal punto di vista delle risorse interne poiché il sistema informativo è collocato sul *server* regionale dedicato alla sanità e le Aziende lavorano sulla *intranet*; riguardo ai costi di manutenzione esterna, sono richiesti circa 10 giorni lavorativi all'anno per un importo di circa 5 mila euro. Nel periodo compreso tra il 2009 e il 2011

non vi sono stati ulteriori costi sostenuti per il sistema regionale di gestione sinistri e polizze. Le modifiche sono state effettuate sulla base della cooperazione con una società informatica esterna che gestisce, al bisogno e a fronte di preventivo, i dati informatici. Il sistema è sottoposto a un processo di manutenzione ordinaria che riguarda tutti i sistemi informativi regionali.

In **Friuli Venezia Giulia** il costo del *software* (progettazione e sviluppo) è stato pari a 96 mila euro. L'avviamento del sistema e la formazione di tutti gli operatori hanno richiesto una spesa di ulteriori 35 mila euro. Si prevedono costi pari a 15 mila euro per i futuri adeguamenti del sistema informatico. I canoni di gestione annuali sono imputati sul totale generale della conduzione di tutti i sistemi informatici e rispetto al costo generale non incidono in maniera rilevante.

Sebbene il costo non sia disponibile, il sistema prevede:

- modulo di *incident-reporting* per la raccolta delle segnalazioni da parte del personale operante in Azienda;
- gestione degli eventi avversi, errori e *near misses* attraverso la valutazione di gravità, fattori contribuenti e accorgimenti presi;
- sistema di registrazione/gestione delle richieste di risarcimento presentate dai pazienti e delle pratiche assicurative che vengono collegate agli eventi avversi, nonché la gestione evolutiva della pratica;
- classificazione di eventi sentinella e sinistri secondo l'ultimo Protocollo ministeriale del marzo 2008 e invio automatico dei dati al sistema di raccolta nazionale SIMES;
- ambiente con indicatori basati sulle formule dell'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) ricavati dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera;
- piattaforma di *Business intelligence* che consente realizzazione e gestione di *report* sintetici/analitici sui dati aggregati, nonché analisi di dettaglio ed eventuali analisi dinamiche e di scenario.

Nella Regione **Lombardia** non sono stati rilevati cambiamenti rispetto alla precedente indagine in merito ai costi già a carico del *broker* regionale, RVA - Rasini & Viganò SpA, che si è occupato dello sviluppo del sistema e del *database* accessibile in remoto da parte di tutte le Aziende lombarde abilitate attraverso piattaforma *web*.

La Regione **Piemonte** non ha sostenuto costi per lo sviluppo del sistema di gestione sinistri e polizze attualmente in uso. La parte *hardware* di tale sistema è infatti di proprietà del *loss adjuster* e il *broker* elabora i dati utilizzando propri *software*. La Regione fruisce di tali dati tramite statistiche e *report* che riceve con cadenza mensile o, più frequentemente, su richiesta. I costi gestionali dell'annualità 2008 ammontavano a 93.888,00 euro per il servizio di *loss adjusting* e 7.708,83 euro per spese di gara.

Nella Regione **Siciliana** a oggi lo sviluppo del sistema non ha un costo per la Regione essendo compreso nel contratto con la Willis. Non si prevedono costi aggiuntivi per la stessa.

In **Toscana**, premesso che il costo dello sviluppo del sistema di gestione dei sinistri è stato pari a circa 50 mila euro, poiché inserito in un contratto in essere per la fornitura di servizi informatici, il costo di gestione è di difficile quantificazione poiché non è previsto personale dedicato (il sistema è amministrato internamente da una *risorsa full time* assegnata anche a questo progetto). Il sistema è ospitato sul *server* regionale e non esistono specifici costi di *hosting* o *datawarehouse*; la manutenzione è inserita in un contratto che copre quella di circa 30 applicativi (per il sistema è risultato comunque sufficiente un intervento di manutenzione all'anno); le Aziende sanitarie e gli Estav devono sostenere unicamente i costi per l'acquisto di lettori di *smart card* per accedere al sistema (una *smart card* e un lettore per ogni referente dell'Ufficio Affari legali e rischio clinico). Rispetto alla precedente indagine nella P.A. di **Trento** non sono state rilevate variazioni relative ai costi di gestione. Il costo approssimativo per lo sviluppo del sistema è quello corrispondente a tre

mensilità di trattamento economico di un assistente/collaboratore tecnico professionale (circa 8 mila euro), mentre il costo approssimativo per la gestione (comprendente il supporto nella reportistica) è valutato in un mese/uomo l'anno; l'impegno di adeguamento al SIMES, con recupero archivio pregresso, deve considerarsi a parte (15 giorni/uomo).

Nella Regione **Veneto** i referenti dichiarano di poter rispondere unicamente sulla base del modulo SIMES attualmente operativo. È stato stimato un costo pari a 169.420,00 euro, comprensivo dello sviluppo del modulo che dovrebbe essere utilizzato dai centri di liquidazione sinistri e dai periti di medicina legale provinciale per la gestione delle pratiche. Per la manutenzione è stata sostenuta una spesa complessiva di 5.405,40 euro all'anno dal dicembre 2011 al novembre 2014.

G. I PUNTI DI FORZA E I PUNTI

DI DEBOLEZZA DEI SISTEMI REGIONALI

Per l'**Emilia Romagna** il principale punto di forza del sistema è quello di consentire alla Regione di effettuare un monitoraggio annuale dei sinistri e avere un buon controllo del fenomeno. La debolezza, anche rispetto al SIMES, risiede nei piccoli disallineamenti ancora presenti. Ad esempio il sistema regionale non rileva le informazioni relative ai premi assicurativi pagati dalle Aziende. Queste ultime sono oggetto di indagini *ad hoc* realizzate dall'assessorato.

La Regione **Friuli Venezia Giulia**, come già rilevato nella precedente indagine, ritiene che i principali punti di forza risiedano nella gestione distribuita del *workflow* tra le aziende e il DSC, nell'adattabilità della base dati e nella gestione documentale (tutti i documenti vengono infatti archiviati e gestiti in formato elettronico); non sono segnalati rilevanti punti di debolezza.

Premesso che la piattaforma regionale ricalca il SIMES, nella Regione **Lazio** si rileva una doppia modalità di inserimento: da parte del *risk manager* e da parte dell'ufficio/area legale. Ge-

neralmente l'ufficio affari legali cura la parte inerente la gestione del sinistro. Il doppio inserimento può generare disallineamenti e di conseguenza criticità, per ovviare alla quale potrebbe essere opportuno individuare un *set* integrato mediante *software* regionale con collegamento in rete.

Fino a pochi mesi fa il *risk manager* procedeva mediante compilazione di un foglio *Excel* o un programma personale, annotando eventi e sinistri su un applicativo diverso dalla piattaforma regionale. L'uso del doppio sistema si è protratto a lungo nel tempo poiché l'applicativo utilizzato consentiva l'inserimento di un maggior numero di informazioni utili per la gestione dei sinistri, causando però la perdita di una visione d'insieme. Punto di debolezza riscontrato nel corso della precedente indagine è stata la difficoltà nell'utilizzo del sistema da parte degli operatori, principalmente causata da una carenza nella cultura della rilevazione.

Per risolvere le criticità sopra esposte sono state indette riunioni tecniche e incontri. Il manuale è stato revisionato in maniera sistematica e il personale di LAit si è recato nelle Aziende per realizzare sessioni dimostrative a favore degli operatori.

Per la Regione **Lombardia** la principale forza del sistema consiste nella completezza dei dati che, nell'arco temporale di 12 anni, ha permesso l'analisi su *trend* storici rilevanti; la debolezza consiste nella mancanza di una reportistica e di un sistema di archiviazione più evoluti necessari per la gestione dei dati ormai divenuti numerosi.

Nella Regione **Piemonte** si rileva la positiva centralità del sistema e il punto unico di raccolta delle informazioni. Il sistema è stato consolidato negli anni permettendo risparmi economici quantificabili e dimostrabili. Il punto di debolezza consiste nella difficoltà di mantenere un alto livello comunicativo nel sistema attivo e nella mancata condivisione tra le varie Aziende.

Nella Regione **Siciliana** a oggi si rilevano principalmente punti di forza. Unico punto di debolezza si riscontra in un'asimmetria di

informazioni tra Regione e assicurazioni che potrebbe causare uno sbilanciamento a favore delle assicurazioni qualora gli indicatori, nella predisposizione dei bandi di gara, non fossero opportunamente specificati. Come punto di forza si rileva un recupero in efficienza ed efficacia anche in relazione alla gestione dei sinistri. Nel mese di dicembre è stato emanato un decreto che istituisce, all'interno delle Aziende sanitarie, i Comitati Aziendali di Valutazione Sinistri - CAVS.

La tipologia di modello è stata scelta poiché basata sull'integrazione di quattro fattori:

- *brokeraggio*;
- *risk management* (JCI per la valutazione dei premi);
- formazione;
- stima patrimoni immobiliari.

Nella Regione **Toscana** il principale punto di forza risiede nella possibilità di accedere a dati analitici sugli aspetti della sinistrosità (tipologia dei danni, strutture interessate, costi dei risarcimenti, tempi di gestione delle pratiche). Tali informazioni hanno consentito, nel tempo, di optare per il risarcimento diretto senza il trasferimento del rischio alle compagnie assicurative. Lo strumento manifesta tuttavia alcuni elementi di obsolescenza rispetto all'usabilità e alle nuove esigenze creatisi, in particolare il poter disporre di uno strumento gestionale delle pratiche amministrative connesse al sinistro.

È attualmente in corso una gara per assegnare a una *software house* la realizzazione di un sistema gestione integrato del rischio clinico.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** si rileva che il sistema, gestito direttamente dall'Azienda (unica), abbia come punto di forza la copiosità dei dati raccolti immessi da funzionari preposti.

La debolezza riguarda invece la classificazione dei sinistri non sempre supportata dalla supervisione medico-legale.

La Provincia sta cercando di ovviare alla criticità mediante riorganizzazione dell'Area Gestione del rischio clinico.

Nella Regione **Veneto** si rilevano i seguenti punti di forza:

- la conoscenza dell'informazione e del dato a livello regionale, precedentemente poco condiviso e per lo più gestito a livello locale dal *broker*;
- la diretta acquisizione dei flussi dall'esterno verso le Ulss già informatizzate.

Non sono stati riscontrati a oggi punti di debolezza nel sistema.

H. LA COMPATIBILITÀ CON IL SIMES.

EVENTUALI PROPOSTE DI MODIFICA O INTEGRAZIONE AL SISTEMA

In **Emilia Romagna** a oggi non si sono manifestate incompatibilità. Si ragiona in direzione di una diretta utilizzazione del SIMES mediante potenziamento del sistema. La Regione valuta l'opportunità di ampliare la rilevazione del sistema regionale di gestione sinistri e polizze a degli aspetti strettamente inerenti l'attività della medicina legale, includendo alle valutazioni di danno le conseguenze relative ai sinistri e agli eventi dannosi, anche sulla base dei risultati del progetto di ricerca finalizzata *Claims*, volto a colmare esigenze informative di natura medico-legale (bando ricerca finalizzata 2007).

Il referente regionale del **Friuli Venezia Giulia** dichiara di non rilevare incompatibilità tra il sistema regionale e il SIMES. Il sistema della Regione gestisce principalmente la parte relativa ai risarcimenti, è dunque coerentemente allineato alla prima sezione del SIMES. Auspica un confronto tra realtà nazionali e Regioni analoghe.

Lavorare alla rilevazione delle informazioni derivanti da perizia medico-legale, mediante strutturazione di una scheda riassuntiva per le relazioni, potrebbe condurre a un positivo cambiamento nella metodica di lavoro e a una coerente traduzione dei risultati delle perizie.

Potenziali problematiche interpretative sono state rilevate in merito a un *set* di risposte e una discrasia operativa individuata nella raccolta dati ai fini statistici, anche tra le compagnie assicurative.

Utile sarebbe un glossario condiviso, da diffondere anche ad Ania.

Nella Regione **Lazio**, come da precedente rilevazione, non si riscontrano incompatibilità, il sistema è stato difatti progettato per essere pienamente aderente al SIMES. Attualmente si pensa di affinare la piattaforma regionale, nel pieno rispetto del D.M. SIMES, ai fini di una maggiore funzionalità.

In **Lombardia** dalla precedente indagine risultava che il sistema avesse effettuato una distinzione unicamente tra ricorsi penali e civili. Attualmente le due sezioni si stanno allineando anche alla possibilità di una soluzione stragiudiziale della controversia. Il referente riterrebbe opportuna l'introduzione di una obbligatorietà del campo *Disciplina*, cioè la disciplina prevalente e gli importi sulle liquidazioni, obbligatorietà che consentirebbe la definizione di indicatori omogenei per tutte le Aziende/Regioni.

Nella Regione **Piemonte** si sono manifestate incompatibilità causate dalla rigidità del SIMES nell'accettazione dei dati. Le criticità sono state risolte mediante riallineamento dei codici informatici sui campi chiave.

La Regione **Siciliana** è ancora in fase di sperimentazione del sistema che è stato creato coerentemente al SIMES. Non si dovrebbero dunque manifestare future incompatibilità. Per facilitare il *benchmark* e maggiori informazioni in termini di costi, il referente regionale suggerisce descrizioni degli eventi più dettagliate all'interno di SIMES. Il referente della Regione **Toscana** evidenziava alcune lievi difformità, comunque non strutturali, quali ad esempio l'esatta corrispondenza delle voci, dei campi e del loro posizionamento. Dette difformità sono state risolte tramite adeguamento del *software* regionale al SIMES. Poiché la Regione Toscana utilizza la Porta di dominio per il conferimento dei dati, il flusso deve essere perfettamente allineato. Le proposte della Regione Toscana si riferiscono unicamente alla reportistica che si ritiene la modifica più urgente da apportare al SIMES. In tal senso e in linea con quanto

evidenziato nell'ambito del gruppo tecnico inter-regionale SIMES-Sinistri, sono stati proposti i seguenti indicatori a sostituzione/modifica di quelli attualmente presenti nel sistema SIMES:

- *Indice di richieste di risarcimento*: numero richieste di risarcimento pervenute nell'anno e relative unicamente a lesioni personali e decessi verificatisi nel medesimo anno/numero di ricoveri;
- *Indice di richieste di risarcimento Strutture Ospedaliere*: numero richieste di risarcimento pervenute nell'anno e relative esclusivamente a lesioni personali e decessi accaduti nel medesimo anno nelle strutture ospedaliere/numero di ricoveri;
- *Indice di richieste di risarcimento territorio*: numero richieste di risarcimento pervenute nell'anno e relative unicamente a lesioni personali e decessi verificatisi nel medesimo anno nel territorio/numero di ricoveri;
- *Indice di stato pratica regionale*: numero sinistri per stato pratica (aperta, respinta, senza seguito)/somma numero sinistri di ogni Regione;
- *Indice di tipologia di procedimento*: numero di pratiche per tipologia procedimento (stragiudiziale, civile, penale)/somma numero sinistri di ogni Regione.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** non sono state rilevate incompatibilità tra i sistemi. Poiché il sistema regionale si interfaccia positivamente a SIMES non vengono espresse particolari esigenze in merito a modifiche/integrazioni, fatta eccezione per una eventuale ottimizzazione dei dati disponibili nel sistema provinciale di gestione sinistri.

Nella Regione **Veneto** non si rilevano incompatibilità poiché il sistema è stato implementato compatibilmente con il SIMES. Il referente regionale suggerisce di apportare una modifica in merito alle codifiche delle strutture sentite come luogo in cui avviene il sinistro, a oggi un campo libero per la Regione. Potrebbe essere utile un dialogo tra i sistemi mediante utilizzo di tali codifiche e un monitoraggio inerente i luoghi relativi all'accadimento del sinistro.

I. LA SENSIBILIZZAZIONE DEGLI OPERATORI ALL'UTILIZZO DEL SISTEMA E SUA EFFICACIA

In **Emilia Romagna**, contestualmente alla revisione della banca dati effettuata nel 2008, è stato aggiornato il manuale d'uso rivolto agli operatori. Sono state realizzate iniziative di presentazione del D.M. 11 dicembre 2009, dei conseguenti nuovi obblighi informativi, nonché delle indicazioni operative di utilizzo della banca dati.

Sono state organizzate numerose riunioni di carattere operativo e di presentazione dei risultati derivanti dall'analisi dei dati inseriti nonché momenti di aggiornamento relativi agli invii al flusso SIMES.

I referenti del sistema regionale (Assr e Assessorato) sono inoltre a disposizione delle Aziende che ne richiedessero supporto. La formazione rivolta agli operatori si è dimostrata efficace perché l'adesione al SIMES è pressoché totale (il 100% delle Aziende della Regione utilizza/alimenta il sistema regionale di gestione sinistri).

In **Friuli Venezia Giulia** dalla precedente rilevazione risultava che nella Regione fossero stati organizzati corsi di formazione e fornita assistenza telefonica agli utenti nella fase di avvio del sistema.

Con cadenza mensile o bimensile continuano iniziative di sensibilizzazione che coinvolgono gli uffici legali delle Aziende i quali, a loro volta, inviano periodicamente personale a supporto della gestione sinistri. Sono state indette riunioni e corsi di aggiornamento su applicazione e gestione della mediazione ai fini di un puntuale aggiornamento in materia. La Regione sta effettuando, inoltre, corsi formativi per l'avvocatura regionale sulla gestione del risarcimento danni. La sensibilizzazione degli operatori si ritiene essere stata di assoluta efficacia.

Nel **Lazio** dalla precedente indagine risultava che nella Regione fossero state intraprese attività di formazione/sensibilizzazione degli operatori quali eventi regionali a seguito dell'istituzione dell'Osservatorio Rischio Clinico, giornate formative presso le Aziende, percorsi rivolti ai *risk manager* e

ai referenti dell'Ufficio legale nonché la realizzazione di manuali d'uso, scaricabili dal portale regionale.

Nel corso degli ultimi anni è stata portata avanti una formazione non strutturata, ossia è stato fornito un aggiornamento agli operatori tramite riunioni e incontri tecnici.

Si ritiene che le attività intraprese siano state assolutamente efficaci poiché tutto il personale è oggi in grado di inserire i dati nel sistema. È stata rilevata altresì una notevole discrasia tra i dati inseriti dalle Aziende causata dalla differenza di preparazione, cultura e mentalità del *risk manager*.

Nella Regione **Lombardia**, ogni trimestre, viene indetta una riunione alla quale prendono parte i *risk manager* delle 50 Aziende, nonché circa 200 addetti tra mediatori e legali che si occupano di assicurazioni. Durante questo incontro si porta avanti un percorso di aggiornamento e sensibilizzazione degli operatori circa tempi di liquidazione sinistri e casistiche. Si ritiene la metodologia impiegata assolutamente efficace anche in vista di un'omogeneizzazione del comportamento degli operatori a livello regionale. Di pari utilità potrebbe altresì essere un costante confronto con le altre Regioni.

Nella Regione **Piemonte** nel corso dei precedenti anni sono state definite, divulgate e condivise le procedure tecnico-amministrative tra Aziende sanitarie regionali (Asr), *loss adjuster* e assicuratori per lo svolgimento delle attività di gestione sinistri. Sono stati costituiti i Comitati di Gestione dei Sinistri delle Asr, raggruppate su base territoriale che, previo affiancamento formativo e sinergico con il *loss adjuster*, hanno dirette responsabilità di gestione dei sinistri.

Recentemente sono state svolte iniziative proprio in materia di gestione dei sinistri in franchigia e sulle tecniche di quantificazione delle riserve. La sensibilizzazione può essere ritenuta efficace, i vari Comitati sovra-zonali/Quadranti sono cresciuti in autonomia ed esperienza.

Per contratto la Willis, operando all'interno della Regione **Siciliana**, è tenuta a reclutare un ente di formazione, individuato nella Università Bocconi, che, insieme e per conto della Regione, sviluppa i programmi formativi per una durata di 5 anni. La Bocconi viene finanziata direttamente dalla società di *brokeraggio* in quota percentuale al premio; la formazione non costituisce dunque un costo aggiuntivo per la Regione. Attualmente è stato portato a termine la metà del percorso formativo per i CAVS, Comitati Aziendali Valutazione Sinistri. Si ritiene pertanto che per la fine dell'anno sarà possibile procedere all'integrazione delle diverse figure professionali, adeguatamente formate, all'interno delle Aziende.

In **Toscana**, introdotta la gestione diretta dei sinistri, è stato realizzato un corso di formazione rivolto ai membri del Comitato Gestione Sinistri (CGS), composto da Affari Generali/Legali, Medicina Legale, *risk manager*, Direzione Sanitaria. Costante è lo scambio di informazioni tra referenti aziendali e regionali e in tal senso forte è il coordinamento della Regione che assegna alle Aziende un interlocutore in grado di fornire, a richiesta, l'assistenza necessaria. Il referente regionale infatti, oltre a curare la predisposizione del *report* a livello regionale, partecipa all'inserimento dei dati aziendali, dati che richiedono comunque ulteriori controlli per essere statisticamente utilizzabili.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** sono state organizzate attività formative nella fase di implementazione e progettazione del sistema, attività che hanno consentito efficace addestramento degli operatori coinvolti all'uso del *software*. Sono state attivate iniziative formative gestite dall'Azienda, la quale ha posto anche obiettivi di *budget*.

Nella Regione **Veneto**, a partire dal 2010, sono state intraprese attività di formazione rivolte agli operatori sull'utilizzo del SIMES. È stato inoltre istituito un *call center* per rispondere a problematiche di tipo informatico, contenutistico e di inserimento del sinistro.

2.3.2 La valutazione dei sistemi

A. IL CONTROLLO DELLA QUALITÀ DEI DATI

Nel sistema regionale dell'**Emilia Romagna** la qualità dei dati viene controllata tramite la previsione di campi obbligatori (*minimum data set*) per poter chiudere il *data entry* e tempi precisi per l'immissione di alcuni dati (all'apertura o alla chiusura del sinistro).

Nella Regione **Friuli Venezia Giulia** dalla precedente rilevazione risultava che nel sistema non fossero state attivate modalità di controllo della qualità dei dati immessi nel sistema regionale.

Attualmente, benché ne sia stata considerata la possibilità, non sono stati definiti parametri per la valutazione della qualità dei dati, che sono registrati così come forniti dalle Aziende.

Nel **Lazio** dalla rilevazione della precedente indagine risultava che il controllo della qualità dei dati avvenisse in due fasi:

1. controllo, gestione e validazione dei dati da parte del *risk manager* aziendale;
2. ulteriore controllo della qualità dei dati a livello regionale.

Benché gli indicatori fossero ancora in fase di definizione, il sistema prevedeva modalità automatiche di controllo (es. scelta da menù a tendina, campi obbligatori per procedere o chiudere, etc.). Attualmente si sta conducendo una riflessione sulla modalità di controllo dei dati e sulle problematiche di tipo organizzativo. La competenza in materia di rischio clinico è difatti affidata all'area giuridico istituzionale non totalmente competente in materia di valutazione sistematica della coerenza dei dati inseriti. Per tale criticità è stato nominato un referente regionale, scelto tra i *risk manager* delle Aziende (attualmente è la dottoressa Ianari dell'Asl di Latina), che effettua la verifica di coerenza dei dati. Istituzionalizzare e formalizzare la figura del referente regionale incaricato, eventualmente anche con attribuzione di compenso, si rende a oggi indispensabile.

In **Lombardia**, un lavoro propedeutico di verifica puntuale dei dati inseriti ha preceduto l'indizione

della gara, attualmente in corso, per l'individuazione delle assicurazioni; in particolare, tutti i dati riservati e liquidati sono stati sottoposti a ulteriore verifica per colmare eventuali lacune nell'inserimento o dove gli importi non risultassero congruenti (normalmente inseriti utilizzando le informazioni delle compagnie assicurative). Nel corso del 2012 si è proceduto a una puntuale e preventiva verifica dei dati poiché, a causa di problemi interni alle compagnie assicurative, erano stati forniti elementi non corretti su riservato e liquidato. Nella Regione **Piemonte** tra la fine del 2011 e l'inizio del 2012 sono state implementate le modalità di raccolta tramite il *loss adjuster* regionale e il doppio controllo che svolge il *broker* in fase di rielaborazione del flusso informativo che la Regione invia al SIMES.

Il sistema della Regione **Siciliana** è attualmente in fase sperimentale. Non è ancora stata implementata una modalità di controllo della qualità dei dati. In **Toscana** le modalità di controllo dei dati si basano essenzialmente sulle verifiche di coerenza e completezza delle informazioni inserite.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** già dalla precedente indagine risultavano definite modalità di controllo dei dati, modalità che non hanno subito cambiamenti nel corso di questi ultimi anni. Difatti, tramite tabelle parametrizzate, gran parte delle informazioni inserite sono state codificate (es. luogo di accadimento, data della richiesta di risarcimento/segnalazione interna, data della denuncia di sinistro, branca specialistica, tipologia evento). Nella Regione **Veneto** la valutazione della qualità del dato è condotta mediante analisi rappresentativa dell'andamento dei sinistri.

Dal punto di vista informatico vengono effettuati controlli unicamente sul ritorno degli errori nel sistema di caricamento dati, da quello regionale a quello ministeriale. Per le statistiche si procede a elaborazione annuale su dati globali forniti dalle Aziende dai quali vengono estrapolate:

- statistiche relative alla numerosità assoluta del sinistro per anno, in base alla data di apertura della pratica;

- tipologia di sinistro in base al danno contestato;
- eventuale tipologia di errore;
- analisi dei dati economici (spesso mancano sia il dato di richiesta risarcimento danni, sia quello di liquidato e riserva).

B. LA VALUTAZIONE DEI PROCESSI

In **Emilia Romagna** a partire dal 2011 sono stati definiti specifici indicatori rispetto alle aree monitorate per analizzare adesione e qualità dei dati, rispetto ai quali viene valutata sia la completezza di alcune variabili necessarie al debito informativo SIMES, sia l'eshaustività e la coerenza delle variabili inerenti la chiusura dei sinistri.

In **Friuli Venezia Giulia** dalla precedente rilevazione risultava che la valutazione dei dati, inseriti a livello periferico, avvenisse da parte del nucleo centrale di gestione dei sinistri.

Non si rilevano attualmente modifiche nelle modalità di valutazione dei processi del sistema.

Nella Regione **Lazio** già dalla precedente indagine del 2009 risultava essere prevista la valutazione di *performance*, copertura e utilizzo del sistema e, in via di definizione, l'individuazione di specifici indicatori; la valutazione dei processi veniva inoltre effettuata dal *risk manager* che definiva il *Dato inserito*, l'*Evento in lavorazione* e l'*Evento chiuso*. Era stato richiesto che nella Finanziaria del 2009 fosse inserito un articolo che rendesse obbligatorio l'utilizzo del sistema e che quelli ricavati fossero gli unici dati da considerarsi ufficiali. Rispetto alla suddetta rilevazione non sono state apportate modifiche sostanziali.

Nella Regione **Lombardia**, come da precedente rilevazione dell'anno 2009, le modalità di valutazione dei processi risultano essere effettuate dalle singole Aziende che, secondo modalità dalle stesse definite, verificano per ogni U.O. le attività e i processi incrociando i dati sui sinistri con quelli relativi ai DRG, alle prestazioni ambulatoriali, al personale e alle ore di lavoro. Nel 2007 è stato costituito un apposito tavolo tecnico regionale che ha provveduto alla stesura di linee guida finalizzate all'individuazione dei principi essenziali per la for-

mulazione di bandi e capitolati di gara introducendo la definizione di *Sinistro* e di *Fatto noto*. Dal 2008 è stato strutturato, in un apposito tavolo tecnico (composto dalle principali compagnie assicuratrici, dal *broker* regionale, da alcuni *risk manager* delle Aziende sanitarie lombarde e da referenti della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia), uno strumento di definizione del costo del rischio, trasferibile al mercato assicurativo grazie all'incrocio dei dati raccolti dal *database* regionale con lo storico relativo al valore liquidato dei sinistri, al valore riservato e alle attività di *risk management* avviate nelle singole realtà. Nel corso degli ultimi due anni sono stati definiti alcuni indicatori di rischio per specialità, estraendo i dati dal *database* regionale e comparandoli a quelli relativi ad attività e degenza. Sono stati comparati i risultati delle Aziende con le medie regionali per valutare, per singola specialità, i risultati delle Aziende e individuare il più elevato tasso di rischiosità.

Nella Regione **Piemonte** dalla precedente analisi non risultava essere prevista una specifica valutazione dei processi. Attualmente sono state definite le interfacce elettroniche e lo scambio dei dati qualitativi.

Il sistema della Regione **Siciliana** è attualmente in fase sperimentale; non è ancora stata sviluppata una modalità di valutazione dei processi.

Nella Regione **Toscana** rispetto alla precedente indagine, non essendovi più relazione con le compagnie assicuratrici, è stato eliminato l'indicatore inerente la capacità di rapportarsi con le stesse (ossia di riuscirne a ottenere dalle ultime informazioni economiche): numero di sinistri in cui è specificato l'importo posto a riserva e/o l'importo liquidato.

L'indicatore è stato sostituito da un *Indice di valutazione dei risarcimenti* a livello aziendale: numero di sinistri valutati dal Comitato Gestione Sinistri annualmente/numero totale di richieste di risarcimento pervenute annualmente. Tale indicatore deriva dal modello organizzativo adottato dalla Toscana che ha previsto la costituzione, all'interno di ogni Azienda, di un Comitato Gestione Sini-

stri, costituito da medico legale, referente affari generali, *clinical risk manager* e referente della Direzione Sanitaria, che seguono l'intera istruttoria della denuncia di sinistro.

È rimasto in uso l'indice di sinistrosità riferito alla sicurezza, cioè numero di sinistri annui aventi tra le cause morte o danno al paziente, sul numero di ricoveri annuali (dimissioni ospedaliere x 10 mila) calcolato per ciascuna Azienda.

Questo indicatore viene misurato distintamente per le strutture ospedaliere e territoriali, utilizzando al denominatore, nel primo caso, il numero dei ricoveri, nel secondo caso, il numero dei residenti nella Provincia.

Si continua a utilizzare anche l'indice di sinistrosità generale, cioè il numero totale di sinistri annui per Azienda e complessivo (indicatore non pesato), pubblicato poi nella pagina *web Siamo tutti pazienti*.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** sono stati resi disponibili alcuni indicatori periodicamente elaborati. Nel corso degli ultimi anni la Provincia Autonoma ha aderito a iniziative di *benchmarking*, in particolare fornendo i dati al *broker* dell'Azienda sanitaria unica, consentendo un confronto dei dati relativi ai sinistri con quelli di altre Regioni.

Il sistema della Regione **Veneto** è attualmente in fase sperimentale, a oggi non sono state sviluppate modalità di valutazione dei processi.

C. LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI DEL SISTEMA

In **Emilia Romagna** obiettivo del sistema è quello di consentire una chiara e precisa gestione dei sinistri abilitando i decisori politici a riflessioni consapevoli rispetto allo sviluppo di nuove politiche assicurative.

L'analisi dei dati a livello regionale si articola secondo le seguenti dimensioni:

- distribuzione regionale dei sinistri;
- tipologia di persona danneggiata e tipologia di danno;
- analisi degli eventi;

- stato dei sinistri (aperti o chiusi) e variabili temporali di interesse (distanza temporale tra accadimento e apertura sinistro e distanza temporale tra apertura e chiusura);
- analisi dell'impatto economico (importi richiesti, riservati, liquidati).

All'interno della Regione **Lazio** attualmente si procede a un monitoraggio inerente il carico dei sinistri nel sistema. È stata ufficialmente richiesta ai *risk manager* l'istituzionalizzazione di una relazione semestrale sui dati inseriti, relazione che dovrà contenere eventi e sinistri con particolare attenzione a quelli della stessa tipologia, emblematici di criticità, per vagliare possibili soluzioni. Alcune perplessità sono sorte circa gli indicatori di risultato: nelle Aziende della Regione non si rileva un inserimento di sinistri uniforme da cui consegue difformità di risultato tra le varie realtà. Per una coerente omogeneizzazione dei risultati gli indicatori dovrebbero essere definiti solo a seguito di studi e rilevazioni delle molteplici realtà aziendali anche in considerazione del lavoro svolto dai *risk manager* che si trovano a operare in contesti alquanto differenziati.

In **Lombardia** è stato osservato il *trend* da un anno all'altro nelle Aziende della Regione, secondo gli indicatori stabiliti, al fine di verificarne miglioramento o diminuzione nel rispetto della media regionale. Nella Regione **Piemonte** non state definite modalità di valutazione dei risultati del sistema.

Il sistema della Regione **Siciliana** è attualmente in fase sperimentale; non sono ancora state sviluppate modalità di valutazione del sistema.

In **Toscana** i risultati del sistema vengono valutati principalmente attraverso gli indicatori di *performance* calcolati e pubblicati ogni anno dal Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa. È stato introdotto un indicatore per valutare la sinistrosità sul territorio e altri, volti alla misurazione dei tempi di gestione amministrativa delle pratiche, sono in via di definizione.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** non è stata definita alcuna modalità di valutazione dei risultati del sistema.

Il sistema della Regione **Veneto** è attualmente in fase sperimentale; non sono ancora state sviluppate modalità di valutazione del sistema.

D. LE INFORMAZIONI RACCOLTE TRAMITE IL SISTEMA MAGGIORMENTE RILEVANTI AI FINI DI OPERARE DECISIONI IN MATERIA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE RAPPORTI/CONTRATTI ASSICURATIVI

In **Emilia Romagna** le informazioni raccolte dal sistema regionale di gestione sinistri, in particolar modo quelle inerenti la descrizione dell'evento, vengono utilizzate per analisi decisorie in materia di sicurezza del paziente unitamente ad altri sistemi informativi di interesse (Urp, *incident reporting*, flussi informativi *ad hoc* – es. rete SOS net di utilizzo della *check list* operatoria). Rispetto alle politiche assicurative le informazioni più importanti sono quelle riferite alle variabili economiche, ossia agli importi richiesti, riservati e liquidati, nonché alle variabili temporali connesse ai sinistri (accadimento evento, data di richiesta risarcimento, data di liquidazione e di chiusura del sinistro).

In **Friuli Venezia Giulia** le informazioni di maggior rilevanza raccolte tramite il sistema sono:

- la dinamica con cui si è verificato il sinistro;
- l'analisi del percorso che ha determinato l'eventuale danno al paziente;
- la tempistica.

La referente regionale evidenzia la necessità di effettuare una distinzione tra il danno al paziente, legato a negligenza/imperizia/imprudenza, e il diritto al risarcimento per complicità legate a errori tecnici. Nelle Aziende si dovrebbero poter valutare efficacia ed efficienza e lavorare ai correttivi in grado di limitare il ripetersi di eventi critici.

Il referente della Regione **Lazio** sostiene l'efficacia di un futuro inserimento nel sistema di un campo in grado di descrivere il flusso informativo da/verso il *risk manager* relativo al verificarsi del sinistro/evento. Prassi assolutamente difformi a livello aziendale si sono difatti riscontrate anche in detto ambito. Un protocollo interno potrebbe

condurre a un corretto ed efficace flusso informativo verso il *risk manager*, fornendo alle sezioni delle Aziende adeguate informazioni in materia di rischio clinico.

In **Lombardia** nei rapporti con le compagnie assicuratrici le verifiche vengono eseguite preventivamente su importi liquidati e riservati e, successivamente, su tempi di liquidazione e numero sinistri. Ne consegue una coerente capacità di valutazione circa l'offerta di polizze assicurative sul mercato. Per la valutazione del rischio viene effettuata una verifica per specialità: quanto più gli importi sono significativi, tanto più dati analizzati diventano determinanti.

Nella Regione **Piemonte** le informazioni ritenute significative sono le seguenti:

- restituzione delle informazioni alle Aziende tramite *report* regionale;
- *benchmark* delle singole Aziende;
- confronto tra il dato del contenzioso e il dato degli eventi sentinella.

Il dato per la Regione **Siciliana** non è attualmente disponibile poiché il sistema è ancora in fase sperimentale.

Il cambiamento nel modello organizzativo di gestione sinistri adottato dalla Regione **Toscana** si fonda su un'analisi che ha evidenziato rilevanti differenze annuali tra riservato e risarcito nonché lunghi tempi per l'indennizzo. Nel nuovo modello è da sottolineare che la presenza del *risk manager* e/o della Direzione Sanitaria all'interno del CGS ha reso possibile individuare eventuali criticità presenti nei percorsi clinici e predisporre le necessarie azioni di miglioramento per il contenimento del rischio. Tale attività permette di superare alcuni limiti operativi del SRGS i cui dati non consentono di approfondire le cause degli eventi e di gestire il rischio clinico.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** raccolta ed elaborazione sistematica dei sinistri rendono possibile l'accertamento del ripetersi di eventi della stessa tipologia concentrati nelle Unità Operative consentendo, in tal modo, l'adozione di misure idonee a evitare il ripetersi di eventi avversi.

Il dato per la Regione **Veneto** non è attualmente disponibile poiché il sistema è ancora in fase sperimentale.

E. GLI INDICATORI PIÙ RILEVANTI IN MATERIA DI SICUREZZA DEL PAZIENTE E GESTIONE DEI RAPPORTI ASSICURATIVI
Nella Regione **Emilia Romagna**, in materia di sicurezza del paziente e rapporti assicurativi, sono stati evidenziati i seguenti indicatori:

- variabili che descrivono l'evento (tipologia evento, ambito in cui è avvenuto, tipologia di prestazione erogata, disciplina coinvolta);
- variabili che descrivono la tipologia di persona danneggiata e il danno rilevato.

Per quanto riguarda la gestione dei rapporti assicurativi, sono rilevanti i dati economici da analizzare unitamente alle informazioni relative alle polizze assicurative.

In **Friuli Venezia Giulia** dalla precedente indagine gli indicatori più rilevanti risultavano essere i seguenti:

- informazioni inerenti le modalità di accadimento dei fatti denunciati;
- modalità di gestione delle procedure (es. acquisizione consenso ai trattamenti sanitari).

Tali informazioni risultano particolarmente utili nel sollecitare le Aziende a porre in atto strategie e azioni di miglioramento.

Il referente della Regione **Lazio** tra gli indicatori di maggior rilievo evidenzia i seguenti:

- numero di eventi;
- numero di sinistri;
- ripetizione del medesimo sinistro/evento.

Partendo dalla premessa che tutti gli eventi/sinistri (100% del totale) siano caricati nel sistema, il numero diventa rilevante per la rilevazione delle criticità volta a una tempestiva azione preventiva.

Il referente della Regione **Lombardia** individua in quello economico il dato di maggiore significatività. Ad esempio, nel reparto di ostetricia e ginecologia viene valutato ogni singolo sinistro, mediante verifica aziendale o col gruppo di rischio regionale, per individuare le azioni di mi-

grioramento. In questa specialità i livelli di liquidazione arrivano fino ai 3/4 milioni di euro. Ne consegue che per l'Azienda anche il singolo sinistro diventa fondamentale nel rapporto con la compagnia assicurativa.

Nella Regione **Piemonte** gli indicatori rilevati sono i seguenti:

- tasso di rischio clinico rispetto ai posti letto medi attivi;
- numero di ricoveri;
- numero di bambini nati;
- numero di accessi in pronto soccorso;
- tasso di rischio da risarcimento danni per cadute accidentali;
- tasso di rischio da danni a cose;
- valutazione economica dei costi del rischio per posto letto e per singolo ricovero a livello generale e delle principali specialità quali Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia e Ostetricia e Ginecologia.

Per la Regione **Siciliana** il dato non è attualmente disponibile poiché il sistema è ancora in fase sperimentale.

In **Toscana** gli indicatori di maggior rilevanza sono i seguenti:

- rapporto tra sinistri (richieste di risarcimento) e popolazione residente;
- indice di richieste di risarcimento Regione (indicatore di rischio clinico);
- indice di richieste di risarcimento strutture ospedaliere (indicatore di rischio clinico).

Nella Provincia Autonoma di **Trento** gli indicatori più rilevanti risultano essere la concentrazione di sinistrosità e il loro ammontare suddiviso per Unità Operative (soprattutto quelle tradizionalmente più esposte al rischio).

In **Veneto** a livello regionale non sono stati determinati indicatori, il calcolo dei quali non viene effettuato in relazione al singolo sinistro, ma mediante rappresentazione descrittiva del debito informativo caricato a partire dal secondo semestre 2009, con l'obiettivo di monitorare, per una corretta valutazione in materia di rischio clinico, quanti tra gli eventi sentinella diventino sinistri.

I principali dati rilevati vengono analizzati per evidenziare l'entità del fenomeno. L'elaborazione annuale viene inviata alle singole Aziende per confermare o eventualmente modificare/integrare i dati caricati.

Gli indicatori riguardano per lo più:

- statistiche relative alla numerosità assoluta del sinistro per anno, in base alla data di apertura della pratica;
- tipologia di sinistro in base al danno contestato;
- eventuale tipologia di errore;
- analisi dei dati economici: valori complessivi annui dei risarcimenti, riserve, costi totali (spesso sono assenti il dato di richiesta risarcimento danni, e quello di liquidato e riserva).

F. OBIETTIVI PREFISSATI, RAGGIUNTI

E MODALITÀ DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Dalla precedente indagine 2009 risultava che i principali obiettivi che si era inteso raggiungere in **Emilia Romagna** con l'istituzione del sistema regionale fossero quelli di creare una consapevolezza circa la rilevazione dei sinistri, un linguaggio comune mediante condivisione di un glossario, nonché diffondere raccolta e trattamento dei dati delle Aziende su base informatica ai fini di una elaborazione a livello regionale; tra gli obiettivi anche quello di confrontare i dati del sinistro con segnalazioni Urp e *incident reporting*.

A oggi in Regione si rileva che il primo obiettivo sia stato pienamente raggiunto in 4 anni (dal 2004). L'adesione delle Aziende al sistema è stata completata nel 2007 (adesione volontaria); il secondo obiettivo è raggiungibile nel lungo periodo e il terzo è appena stato definito.

Riguardo alle modalità di valutazione dei risultati, l'adesione delle Aziende è stata di facile definizione; indicatori per la valutazione dei risultati futuri non sono ancora stati definiti poiché il sistema, finora, ha funzionato sostanzialmente quale osservatorio.

Gli obiettivi che si era preposta la Regione **Friuli Venezia Giulia** consistevano nel:

- rendere più efficienti gestione e liquidazione si-

nistri, garantendo un cospicuo risparmio di spesa al sistema;

- avere informazioni di dettaglio sui sinistri ai fini di tempestive azioni preventive o di miglioramento della gestione del rischio clinico.

Tali obiettivi si ritengono raggiunti. Il sistema regionale si è dimostrato particolarmente efficiente: si è registrato un risparmio superiore al 30% rispetto ai regimi precedenti. I tempi di gestione sinistri sono stati notevolmente ridotti e il Servizio sanitario regionale può ora conoscere dettagliatamente i dati concernenti i sinistri denunciati a partire dall'anno 2006. Il sistema di gestione regionale è sottoposto a periodica valutazione da parte degli enti consorziati e della Regione. La definizione di un'efficace metodologia di elaborazione e diffusione dati è prioritaria tra gli obiettivi per l'anno in essere. Si è raggiunto un consistente risparmio di tipo economico in relazione alle quote messe a riserva e di quelle realmente impiegate. L'obiettivo, a oggi, è quello di sensibilizzare gli operatori in materia di richiesta di risarcimento danni. Procedendo a una comparazione dei dati, il numero dei sinistri negli ultimi anni è rimasto stabile e, come risulta da indagini prospettiche Ania, si evince inoltre che i sinistri siano legati più alle strutture che all'attività sanitaria.

I risultati attesi dalla Regione **Lazio** sono i seguenti:

- una fonte di informazione unica e disponibile per tutte le Aziende circa i dati su sinistri e polizze;
- abilitazione delle attività di monitoraggio e verifica per l'implementazione di strategie di controllo del rischio e contenimento dei costi assicurativi;
- pieno funzionamento del sistema e omogeneizzazione del trattamento dei dati mediante ottimizzazione del lavoro del *risk manager*, il cui ruolo non è sempre riconosciuto nell'organizzazione aziendale.

Indicatori di esito sono ancora in via di definizione insieme al Tavolo dei *risk manager* e nell'ambito dell'Osservatorio Regionale Rischio Clinico.

In **Lombardia** nel corso della precedente indagine sono stati rilevati i seguenti obiettivi:

- possibilità per le Aziende di strutturare il piano annuale di *risk management* sia sulla base dei sinistri verificatisi, sia sulle particolari situazioni di rischio meritevoli di intervento;
- consolidamento delle attività di gestione e monitoraggio sinistri;
- possibilità per le Aziende di sfruttare, in sede di gara per la copertura assicurativa, conoscenza delle condizioni aziendali di rischio e quanto implementato e pianificato per la gestione dello stesso.

I tre suddetti obiettivi sono stati raggiunti.

La Regione **Piemonte** ha prefissato i seguenti obiettivi:

- economicità dei contratti ed efficienza gestionale complessiva;
- omogeneità di coperture e garanzia assicurativa;
- gestione professionale dei sinistri nell'interesse del Fondo Regionale e delle Asr;
- responsabilizzazione di Aziende e operatori circa il processo gestionale dei sinistri.

I primi tre obiettivi sono stati pienamente raggiunti. I lavori sono in itinere relativamente all'ultimo obiettivo, in osservanza della Dgr n. 35-9620 del 15 settembre 2008.

La valutazione dei risultati è in *re ipsa* e oggettivabile nelle formalizzazioni contrattuali vigenti (polizze aggiudicate e premi versati, contratti di *loss adjusting*) e regolamentari *in itinere* (linee guida per la gestione dei sinistri a opera dei costituenti Comitati di gestione dei sinistri delle Asr).

Per la Regione **Siciliana** dal 2005 l'impegno maggiore inerente il *risk management* è nel progetto regionale di JCI, cui partecipa il broker regionale Willis. Sono stati definiti un sistema di indicatori e uno informativo, quanto prima disponibili in piattaforma, con l'obiettivo di definire un doppio sistema di valutazione regionale basato sull'autovalutazione, da parte dei referenti aziendali, sugli standard e sulla valutazione esterna dei referenti JCI. Gli standard, che

da anni si cerca di rendere operativi, sono inerenti a:

- raccomandazioni;
- procedure;
- linee guida;
- *international patient safety*;
- qualità della cartella clinica;
- gestione infezioni ospedaliere;
- gestione del personale;
- utilizzo del sistema di valutazione delle competenze dei medici anche tramite lo standard dei *privilege*.

Nel *software* è stato inserito un estratto degli standard sopra elencati, quelli in grado di influenzare incisivamente le valutazioni da parte delle compagnie assicuratrici. L'obiettivo specifico del progetto con la Willis è quello di rendere effettive e operative le autovalutazioni come da metodologia JCI e giungere a un'adeguata implementazione del sistema. Nella stesura dei prossimi bandi si dovrebbe tenere conto dell'utilizzo degli standard nei rapporti con le compagnie e nella quantificazione del premio assicurativo, con l'obiettivo di consentire alle Aziende di trattenere il rischio alla fonte, autogestendo la propria quota e demandando una sola parte alle assicurazioni.

L'obiettivo generale della Regione **Toscana** consiste nell'accrescere la sicurezza dei pazienti fornendo supporto alle strategie di intervento attraverso:

- disponibilità di elementi conoscitivi sulla dimensione – anche economica – degli eventi avversi e sulle aree prioritarie di intervento;
- valutazioni di *benchmarking*.

L'obiettivo si ritiene pienamente raggiunto anche se l'applicativo Sistema Regionale Gestione Sinistri va adeguato alle esigenze informative e di gestione: si rende necessario lo sviluppo di un sistema che oltre alla rilevazione consenta la gestione delle denunce di sinistro permettendo l'identificazione delle strutture ove accaduto l'evento.

La Provincia Autonoma di **Trento** si è preposta i seguenti obiettivi:

- gestione centralizzata della banca dati sinistri RCT/RCO;
- condivisione con il *broker* dei dati relativi ai sinistri, ivi compresi quelli provenienti dai liquidatori delle assicurazioni;
- possibilità di produrre la reportistica richiesta dai vertici e dal Comitato aziendale per la sicurezza dei pazienti a fini di *risk management*.

Attualmente sono stati pienamente raggiunti il primo e il terzo obiettivo; in relazione al secondo, sta per essere definita dal SSI una modalità che consenta al *broker* di riversare nel sistema i dati che pervengono periodicamente sullo stato dei sinistri in trattazione, anziché inserirli manualmente; per il raggiungimento del terzo obiettivo, l'evoluzione delle iniziative programmate a livello aziendale per la gestione dei rischi richiederà, probabilmente, un adeguamento del sistema in riferimento all'eventuale produzione di reportistica direttamente dagli utenti del sistema, preventivamente abilitati.

Per la Regione **Veneto** primario obiettivo è la sensibilizzazione delle strutture al concetto di danno e sinistro così che, una volta che le stesse saranno chiamate alla gestione diretta della responsabilità in tema di sinistri, si possa arrivare a maturare il contenimento del rischio e l'apprendimento di strategie preventive.

2.3.3 Condivisione dei sistemi

All'**Emilia Romagna** non sono pervenute richieste di trasferimento del sistema da parte di altre Regioni. Si conferma la disponibilità a rendere fruibile il sistema per chi se ne mostrasse interessato.

La Regione **Friuli Venezia Giulia** non ha ricevuto formali richieste di condivisione, ma inviti nel contesto di eventi formativi e convegni a oggetto un confronto sul sistema. Il referente regionale dichiara di ricevere alcune richieste informative telefoniche. La Regione si rende disponibile alla condivisione del sistema, ritenendolo un valido momento di confronto. La disponibilità è assoluta e in forma gratuita. Il Friuli al

momento dell'implementazione ha acquisito a sua volta informazioni da altre Regioni.

La Regione **Lazio** non ha a oggi ricevuto alcuna richiesta di condivisione del sistema, si dichiara altresì assolutamente disponibile a condividerne metodologia e contenuti con Regioni che ne facessero richiesta.

La Regione **Lombardia** dichiara di non aver ricevuto richieste di condivisione del sistema da parte di altre Regioni. Si esprime comunque l'assoluta disponibilità alla condivisione del sistema qualora richiesto.

La Regione **Piemonte** ha ricevuto richiesta di condivisione nel contesto di eventi formativi. Numerose Regioni infatti mostrano interesse per i sistemi implementati in altre realtà territoriali principalmente a causa della difficoltà del trasferimento del rischio sanitario (cosiddetta fuga del mercato assicurativo sanitario) che ha indotto, ormai da un decennio, ad analisi approfondite e accurate su sistemi alternativi per la copertura e gestione dei rischi sanitari. Il modello piemontese, operativo ormai dal 1° gennaio 2005, costituisce un punto di riferimento per alcune delle Regioni che stanno cercando di individuare un percorso di implementazione a livello di sistema. In particolare, la Regione Liguria ha definito il suo programma assicurativo Asr sulla base di quello piemontese. Anche la Regione Lazio ha acquisito informazioni dalla Regione Piemonte per ridefinire le modalità di gestione dei sinistri e delle polizze. Il Piemonte si rende comunque disponibile a condividere il proprio sistema, a livello informativo.

La Regione **Siciliana** dichiara la sua disponibilità alla condivisione del sistema pur sostenendone la precocità considerato che il sistema è ancora in fase di sviluppo.

Nella Regione **Toscana** le richieste di condivisione da parte di Regioni quali Emilia Romagna, Marche, Liguria e Lazio, hanno riguardato il modello di gestione diretta; in considerazione dell'attuale situazione del mercato sono difatti state ricercate valide alternative alla gestione assicurativa.

Non è previsto alcun corrispettivo per le attività di supporto a meno che non comportino un impegno prolungato e fuori sede per gli operatori. La Regione Toscana si rende disponibile a rendere fruibile il proprio sistema di gestione dei sinistri in base alle norme per il riuso di applicativi informatici della pubblica amministrazione.

La Provincia Autonoma di **Trento** non ha ricevuto formale richiesta di condivisione da parte di altre Regioni, si rende comunque disponibile a fornire un supporto qualora richiesto.

La Regione **Veneto** afferma che il sistema possa essere trasferito con la procedura del riuso secondo normativa e in forma gratuita; eventuali costi saranno riferibili esclusivamente a personalizzazioni o manutenzioni evolutive. Le personalizzazioni andranno valutate economicamente con il fornitore, mentre il costo delle manutenzioni evolutive, se condivise, potrebbe essere spartito.

2.3.4 La diffusione delle informazioni

In **Emilia Romagna** non sono ancora state definite puntuali modalità di diffusione dei dati raccolti tramite il sistema di gestione sinistri. Nel 2011 è stato presentato e diffuso alle Aziende il *report* relativo all'analisi dei dati per il triennio 2008-2010 (dati analizzati sia in forma aggregata che disaggregata per Azienda). Tuttora sono al vaglio la possibilità e le eventuali modalità di diffusione pubblica dei dati. Il governo regionale viene comunque relazionato in merito ai dati sui sinistri.

Nella Regione **Friuli Venezia Giulia** attualmente le informazioni fornite alle singole Aziende sono le seguenti:

- richiesta di risarcimento danni o procedimenti penali in corso;
- apertura e chiusura sinistri con relativi risultati;
- ammontare delle riserve.

Sono dati economico-finanziari e risultati delle determinazioni delle cause.

Nel **Lazio** non è stata definita una diffusione dei dati verso l'esterno. Internamente la Regione è in

possesto dei dati a partire dai mesi di febbraio-marzo 2012. Per l'anno in corso è in previsione la stesura di una relazione finale da sottoporre alla struttura commissariale con l'obiettivo di potenziare il lavoro dei *risk manager* col periodico invio di elaborazioni critiche sui singoli eventi. Il Ministero della Salute è già in possesso dei dati e il governo regionale viene relazionato in merito ai sinistri.

In **Lombardia** vengono divulgati alle Aziende *report* annuali, con i dati aggregati per Regione e *report* contenenti i soli dati aziendali cui è legato un *benchmarking* Azienda/Regione, e indicatori di rischio per specialità. La cadenza dei *report* è sempre annuale, ma la diffusione avviene in trimestri diversi. I dati sono aggregati per Regione e per singola Azienda. La prima condivisione avviene col gruppo dei *risk manager* che opera all'interno della Regione con i quali sono state definite le modalità di implementazione e diffusione dei dati. Successivamente alla condivisione della metodologia impiegata si è proceduto, con le stesse modalità, alla pubblicazione del *report*, accessibile dal sito della Regione Lombardia.

Nella Regione **Piemonte** è stata definita una modalità di diffusione curata con la collaborazione del *broker* regionale attraverso la stesura di un *report* annuale. Viene effettuato un *benchmarking* sul sistema sanitario piemontese contenente indicatori di *performance*. Il *benchmarking* viene diversamente gestito a seconda che siano analizzate le Aziende sanitarie locali o le Aziende Ospedaliere. Il *broker* regionale, Marsh, coincide attualmente con il *broker* delle Aziende sanitarie. L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista - Molinette di Torino è infatti delegata dalla Regione per la gestione e lo sviluppo del programma assicurativo regionale. Tutte le Aziende, con il coordinamento dell'Azienda delegata, hanno partecipato a incontri aventi a oggetto il programma assicurativo. Il *report*, illustrato e diffuso dal *broker* distinguendo tra Aziende sanitarie e Ospedaliere e raggruppando per trienni, come impone il sistema piemontese, riassume:

- richieste di risarcimento danni;
- analisi di frequenza;
- analisi per tipologia di rischio.

I *report* sono a disposizione della Direzione Regionale e forniti agli attori del sistema, cioè alle Aziende sanitarie e pubblicati successivamente su quotidiani specializzati. La procedura di diffusione prevede l'invio dei *report* alle Direzioni Generali delle Aziende che divulgano le informazioni internamente. La modalità di diffusione è stata condivisa, accettata e gradita, il *report* è difatti un documento di interesse che riassume efficacemente le caratteristiche del sistema, fornendo utili aggiornamenti sui programmi di *risk management*. Sono stati realizzati momenti di formazione e informazione per le Aziende, basati sui contenuti dei *report* che forniscono indicatori di *performance* e possono essere utilizzati per analisi approfondite sulle condizioni aziendali. L'utilizzo dei *report* è utile anche per la ricerca del posizionamento della polizza sul mercato assicurativo, perché in grado di fornire validi elementi all'assicuratore circa l'analisi dell'andamento del rischio in ambito sanitario relativo al triennio precedente il periodo di riferimento.

In vista di un'efficiente ed efficace gestione dei sinistri e dell'integrata qualità dell'assistenza, la Regione **Siciliana**, procederà con il *feedback* informativo alle Aziende, quindi alla diffusione tramite reportistica. Un ritorno informativo ai Comitati Valutazione dei Sinistri (CAVS), che includono i referenti del rischio e non unicamente legali o *claim manager*, si renderà indispensabile, poiché saranno presenti in ogni Azienda per l'applicazione dei correttivi in termini di gestione sinistri. Il Comitato è coordinato da un *claim manager*, solitamente figura amministrativa, gestore della pratica per il quale si sta procedendo alla formazione professionale. Anche se ancora in fase sperimentale è sicuramente in previsione un sistema di diffusione dei dati.

In **Toscana** la Delibera della Giunta Regionale n. 1234 del 2011 ha previsto che i dati possano essere divulgati e comunicati alle Aziende sanitarie.

La diffusione pubblica dei dati relativi ai sinistri rientra nella diffusione dei risultati di *performance* delle Aziende toscane a cura del Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna. In questa occasione i referenti della Regione, prima della presentazione, chiedono alle Aziende ulteriore verifica e convalida dei dati sui sinistri sui quali viene successivamente operato un confronto interaziendale.

La diffusione avviene tramite pubblicazione dell'indice di sinistrosità delle singole aziende sul sito *web Siamo tutti pazienti* e sul sito di valutazione della *performance* del Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Ogni anno viene predisposta una relazione dal Centro GRC sulla gestione dei sinistri e sul contenzioso e forniti i dati economici sui risarcimenti.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** viene periodicamente prodotta una reportistica, successivamente analizzata e discussa a livello aziendale nell'ambito del Comitato sulla Sicurezza dei Pazienti e altre strutture (in particolare il Comitato Valutazione Sinistri). Periodicamente si procede a sistematica diffusione: i dati, aggregati, sono pubblicati su giornali e sezioni dedicate al Bilancio di missione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia Autonoma di Trento (è stato eliminato l'*intranet*, dove al momento il *report* non viene pubblicato, ma finisce a stralci sul bilancio di missione aziendale). Il Governo regionale è informato tramite reportistica al momento della diffusione rivolta all'esterno (stampa, bilanci sociali).

Nella Regione **Veneto** non sono state formalizzate modalità di diffusione delle informazioni relative ai sinistri e di diffusione pubblica dei dati i quali, alla fine dell'anno e una volta elaborati, vengono inoltrati alle singole Aziende per conferme o integrazioni. Il Governo regionale viene puntualmente informato in merito ai dati sui sinistri. Una delibera del 2008 sancisce la costituzione di un coordinamento regionale del rischio il quale, nel corso dell'incontro annuale, viene messo a conoscenza del *report*.

2.3.5 L'utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze e del monitoraggio nazionale

Secondo il referente regionale dell'**Emilia Romagna**, l'Osservatorio Nazionale dovrebbe essere in grado di reperire, nel lungo periodo, dati di buona qualità dalle Regioni. L'Osservatorio dovrebbe farsi promotore dell'utilizzo di terminologie e strumenti di analisi condivise. La sezione relativa alle assicurazioni dovrebbe essere dettagliatamente analizzata sul piano nazionale con l'obiettivo di costanti confronti e aggiornamenti in un settore in cui le informazioni sono spesso strumentali alla spettacolarizzazione della *malpractice* e alle strategie finanziarie assicurative.

Il referente della Regione **Friuli Venezia Giulia** ritiene che l'intervento dell'Osservatorio potrebbe essere utile nella scelta delle polizze assicurative. Si rileva difatti la grande difficoltà per i professionisti nell'individuare le caratteristiche di una buona polizza e reperirla sul mercato. L'Osservatorio, ottenuto il pieno possesso dei dati, potrebbe fungere da supporto e guida per una valutazione reale del rischio.

Il referente della Regione **Lazio** ritiene che attualmente il rischio di sovrapposizione di ruoli e incarichi sia elevato. Risultando a oggi le definizioni vaghe e indefinite si auspica un'azione di coordinamento tra Regione, Ministero, Agenzia e Aziende sanitarie. Controllo accentratore e definizione dei contenuti potrebbero assicurare coerenza e omogeneità nei comportamenti.

Fanno attualmente parte della Regione Lazio circa 24 Aziende sanitarie, ognuna con sue peculiarità; si rendono perciò necessarie un'azione di coordinamento e un nucleo di regole fondamentali e vincolanti anche per i *risk manager*, il cui ruolo dovrebbe essere istituzionalizzato e l'operato sottoposto a costante valutazione mediante periodica stesura di relazioni.

Il referente della Regione **Lombardia** vede nell'Osservatorio un valido strumento per la divulgazione e il confronto dei dati a livello nazionale. I dati devono essere stabili e raffrontabili per la definizione di *report* o indicatori fruibili da tutte le Regioni.

La conoscenza è infatti fondamentale per l'individuazione dei dati impiegati nella definizione dei sistemi regionali e per la comprensione degli effetti delle diverse strategie.

Il referente regionale del **Piemonte** sostiene l'utilità di un modello di riferimento nazionale mediante la stesura di linee guida provenienti dall'Osservatorio sulla base delle informazioni contenute nei *database*, modello che potrebbe consentire l'elaborazione di nuove strategie regionali e spunti di utilità per le Regioni che tentano il passaggio a una gestione mista di trasferimento rischio su polizza – gestione dei sinistri con un fondo regionale. Il monitoraggio nazionale è di grande utilità per i dati di dettaglio, per quelli analitici, per le tipologie di rischio, per le specialità che sono interessate dalle richieste risarcitorie. Consentirebbe inoltre, attraverso un *benchmark*, la verifica degli obiettivi di ciascuna Regione rispetto all'andamento nazionale e la verifica dei risultati e l'ottimizzazione delle metodiche di *risk management*. Potrebbe riscontrarsi utilità anche nell'indizione di una nuova procedura di gara per il trattamento del rischio e un suo trasferimento sull'assicuratore attraverso un corrispettivo di premio congruo, in grado di ridimensionare le pretese degli assicuratori che, affermando mancanza o scarsa intelligibilità/confrontabilità dei dati, non concorrono alle gare pubbliche per garantire i rischi sanitari. Il monitoraggio nazionale consentirebbe in ultimo la determinazione di un premio congruo: la Regione potrebbe dimostrare, in base a dati rappresentabili, di attestarsi positivamente rispetto alla media nazionale, perché in linea con i dati di riferimento delle Regioni virtuose.

Il referente della Regione **Siciliana** ritiene il ruolo dell'Osservatorio di grande utilità in una prospettiva Nazionale poiché in grado di fornire una visione d'insieme dei diversi modelli di gestione sinistri. Rendere obbligatorie le variabili potrebbe dimostrarsi efficace operazione in grado di consentire agli operatori di accedere alle informazioni utili nei rapporti con le compagnie assi-

curatrici in vista di una maggior tutela delle Regioni.

Per il referente della Regione **Toscana** l'utilità di un monitoraggio nazionale è quella di consentire la conoscenza del fenomeno e il confronto tra Aziende del Ssn. L'Osservatorio potrebbe inoltre svolgere controlli a campione su correttezza e completezza dei dati.

Il referente della Provincia Autonoma di **Trento** afferma di non avere ancora riscontrato un'effettiva utilità nel monitoraggio nazionale. Nella Regione il sistema provinciale e aziendale di gestione del rischio clinico sono ancora in fase organizzativa.

Nella Regione **Veneto** sono ritenute di grande utilità le attività svolte dall'Osservatorio Nazionale e il *feedback* fornito alle Aziende. Il monitoraggio a livello nazionale assume un ruolo rilevante in considerazione della crisi del mercato assicurativo. Le compagnie si stanno progressivamente ritirando dal mercato con conseguenti gravi disagi. È stato rilevato un forte incremento dei premi, raddoppiati nella Regione nel corso degli ultimi 4 anni; valutato in perdita quello sanitario non è più un mercato appetibile per le compagnie assicurative. È auspicabile un monitoraggio ai fini di un controllo del fenomeno a livello nazionale. Le politiche di prevenzione della gestione del rischio sono inoltre fondamentali elementi per il contenimento dei premi, utili per il reinserimento delle compagnie nel mercato. In quest'ottica l'Osservatorio potrebbe adoperarsi a un dialogo tra Regioni e compagnie nella definizione di utili strategie mediante specifici focus centrati sugli aspetti assicurativi.

2.3.6 I modelli di gestione/trasferimento del rischio RCT/RCO

In **Emilia Romagna** attualmente tutte le Aziende sono provviste di copertura assicurativa ed è stata condotta una gara per le tre Aree Vaste in cui è suddivisa la Regione:

- Area Vasta Emilia Nord, composta da 7 Aziende (Usl, Aziende Ospedaliere Universitarie e un'A-

zienda Ospedaliera pura), si estende da Piacenza fino a Modena;

- Avec, Area Vasta Emilia Centro, composta da 6 Aziende delle quali 2 Aziende Ospedaliere Universitarie e Usl, di varie dimensioni (quella di Bologna è una Usl metropolitana comprendendo tutta la provincia di Bologna);
- Area Vasta Romagna.

In quest'ultima Area il livello della copertura è regionale: tutte le Aziende sono dotate di copertura assicurativa. Per l'individuazione del *broker* e delle compagnie assicurative la gara è stata gestita a livello di Area Vasta. A seguito di negoziazione nell'Area Vasta Romagna, è stato selezionato sul territorio un *broker* unico, Marsh, e diverse compagnie assicurative. Il *broker* opera all'interno delle Ati, Associazioni temporanee di impresa, presenti in ogni Area. Per la determinazione del premio si ritiene che l'elemento di maggiore influenza sia l'andamento del mercato. A oggi non si ritiene efficace la consulenza dei *broker*. La normativa attribuisce loro scarse responsabilità rispetto alle compagnie operanti, da cui conseguono negative esperienze, come quella con Faro o City Insurance. La preventiva e necessaria autorizzazione da Londra causa difetti comunicativi coi responsabili e una difficoltosa liquidazione dei sinistri sopra soglia per i quali, nel periodo medio di tre anni di copertura assicurativa, si stima non sia stato liquidato alcun sinistro. Per i sinistri sotto soglia le quote sono anticipate dall'assicurazione, ma rimborsate dall'Azienda, che le ha in carico perché in franchigia. Non si perviene al rimborso di quei sinistri che richiederebbero repentina liquidazione per via di procedimenti penali in corso o di problemi comunicativi di tipo mediatico. Le assicurazioni sostengono che il valore del premio sia aumentato in considerazione dell'elevata sinistrosità e dei conseguenti svantaggi in cui incorrono le compagnie. Ormai da anni la stabilità numerica si è attestata in quasi tutte le Regioni d'Italia. Il reale aumento è relativo al valore del risarcimento: non al numero dei sinistri quindi, ma al valore di ciascun sinistro, ag-

gravato da dilatamento dei tempi e mancate possibili soluzioni stragiudiziali. Le compagnie, soprattutto straniere, non giudicano questo un mercato d'interesse; il funzionamento del sistema giudiziario italiano ha delle peculiarità non assimilabili a quelle di altri Paesi e le compagnie straniere non lo comprendono appieno, avendo come riferimento il modello anglosassone di *common law*. Quello attualmente impiegato all'interno della Regione è ritenuto un modello assolutamente insoddisfacente proprio in considerazione delle numerose problematiche sorte con le compagnie assicurative. È stato definito perciò un progetto di gestione diretta con una ripartizione in tre fasce di rischio:

- prima fascia fino a 100 mila euro a gestione esclusivamente Aziendale;
- seconda fascia, da 100 mila a 1,5 milioni di euro, a co gestione aziendale-regionale, con un nucleo di valutazione a supporto dell'Azienda;
- terza fascia a partire da 1,5 milioni di euro, in co gestione tra Azienda, Regione e assicurazione.

In considerazione della soglia elevata si auspica di riuscire a reperire compagnie affidabili e, al fine di risolvere le criticità riscontrate, ottenere dati nazionali affidabili e interlocutori competenti.

In Friuli Venezia Giulia fino al 31 dicembre 2005 ogni Azienda del Ssr era dotata di propria polizza RCT/RCO con costi, franchigie e condizioni contrattuali diverse poiché facenti capo a svariate compagnie assicuratrici. A partire dal 1° gennaio 2006 è stato adottato un sistema assicurativo basato sull'acquisizione di una polizza per rischi catastrofali e sulla creazione di un fondo regionale presso il Centro Servizi Condivisi (ora Dipartimento Servizi Condivisi), finanziato dalla Regione Friuli Venezia Giulia in relazione alla liquidazione dei sinistri ricadenti in franchigia (attualmente pari a 500 mila euro). Al fondo aderiscono 11 enti sanitari regionali (6 Aziende territoriali, 2 Aziende Ospedaliere-universitarie, 1 Azienda Ospedaliera, 2 Irccs). Per i sinistri sopra soglia provvede direttamente la compagnia assicuratrice.

Presso il DSC è stato inoltre istituito un ufficio gestione sinistri. Le Aziende del Ssr segnalano al DSC le richieste di risarcimento pervenute. Il Dipartimento provvede quindi a contattare la controparte e a richiedere a essa e all'Azienda coinvolta la documentazione necessaria ai fini dell'istruttoria. In particolare dall'Azienda si acquisisce la perizia medico-legale che, nei casi più complessi, può essere affiancata da una perizia di secondo livello richiesta ai professionisti convenzionati. Completata l'istruttoria, qualora emergesse la sussistenza di responsabilità in capo all'Azienda interessata, sarà il Dipartimento stesso ad avviare la transazione con la controparte che, in caso positivo, sarà posta al vaglio dell'Azienda.

Se l'Azienda fosse concorde nell'avallare la proposta di definizione, il DSC procederà all'invio della quietanza alla controparte nonché alla liquidazione del sinistro. Nel caso di mancato accordo transattivo con la controparte, il DSC valuterà l'opportunità di proporre all'Azienda l'invio di un atto di quietanza al danneggiato (da far valere nell'ipotetico giudizio futuro).

Tale proposta viene posta al vaglio dell'Azienda e comunicata alla controparte.

Completata l'istruttoria, qualora venisse esclusa la responsabilità in capo all'Azienda coinvolta, il DSC proporrà la reiezione della richiesta risarcitoria che, a seguito di avallo dell'Azienda, sarà comunicata alla controparte.

Nel caso in cui l'Azienda segnalasse al Dipartimento Servizi Condivisi una richiesta risarcitoria di valore potenzialmente superiore alla franchigia contrattuale, si procederà alla denuncia del medesimo alla compagnia assicuratrice la quale provvederà a contattare la controparte e a richiedere a essa e all'Azienda coinvolta la documentazione necessaria ai fini dell'istruttoria.

Completata l'istruttoria, qualora emergesse la sussistenza di responsabilità in capo all'Azienda, la compagnia assicuratrice, ascoltati Azienda e DSC, avvierà la transazione con la controparte che, se raggiunta, sarà posta al vaglio dell'Azienda.

A seguito dell'istruttoria, se fosse esclusa ogni re-

sponsabilità in capo all'Azienda coinvolta la compagnia assicuratrice, previa informazione all'Azienda e al DSC, comunicherà la reiezione alla controparte.

Il DSC nella redazione del capitolato relativo all'appalto per l'acquisizione della polizza RCT/RCO a gestione centralizzata è supportato dal lavoro del *broker* il quale collabora con Assicuratore e Dipartimento anche nella gestione dei sinistri di valore superiore alla franchigia contrattuale.

Nella Regione **Lazio** alcune Aziende sono a oggi dotate di coperture assicurative reperite anni fa e altre che ne sono del tutto sprovviste poiché non sono riuscite a reperirle sul mercato. È stato per questo deliberato, nell'anno 2011, il passaggio all'autoassicurazione. Per quanto riguarda le Aziende provviste di copertura non sono state fornite indicazioni contenutistiche a livello regionale. È il Direttore Generale a fissare il contenuto minimo di garanzie al momento dell'indizione della gara. La funzione di coordinamento è affidata invece alla Centrale Acquisti alla quale, come stabilito dai provvedimenti commissariali, le Aziende devono chiedere preventiva autorizzazione prima della gara. Sarà quindi la Centrale a valutare l'eventuale opportunità dell'indizione di una gara centralizzata o rivolta alla singola Azienda, procedendo a una prescrizione minimale di accorgimenti. Si rileva la mancata uniformità a livello di polizze; la Regione sta per questo procedendo, gradualmente ma uniformemente, all'adozione di un sistema auto assicurativo.

Per ciò che attiene alla determinazione del premio il recepimento degli orientamenti giurisprudenziali è sicuramente elemento determinante. Dimostrare la responsabilità medico-professionale all'interno delle aule è oggi più agevole. Si riscontra un irrigidimento della giurisprudenza sulla definizione di un *quantum*. Bisogna tenere in considerazione l'orientamento della Corte dei Conti poiché scarsa è l'inclinazione delle Aziende a definire i propri sinistri in via stragiudiziale. Infatti la Corte dei Conti non riuscendo a transigere in via stragiudiziale tende ad

attribuire al medico responsabilità immediata. Più agevole pervenire a un accordo tra privati, evitando una causa, un giudizio e conseguentemente costi aggiuntivi.

Nella Regione **Lombardia** è previsto il ricorso a polizze assicurative. Le Aziende Ospedaliere, cioè gli enti di produzione, fino al 2011 hanno proceduto tramite negoziazione diretta delle polizze con le compagnie assicurative. Nel giugno 2012 è stata pubblicata una gara a livello regionale con una prima negoziazione attraverso la Centrale di Committenza di Regione Lombardia (Centrale Regionale Acquisti). Sono stati omogeneizzati i capitoli di base, quotate le condizioni contrattuali, definito l'accordo quadro che seleziona le compagnie assicurative che parteciperanno all'appalto e strutturata la documentazione a supporto della gara. Attraverso questo modello si è inserita una SIR (*Self Insured Retention*) per sinistro di 250 mila euro. Le Aziende gestiscono in proprio i sinistri sotto soglia; quelli sopra soglia sono invece trasferiti al mercato. La gara, attualmente in corso e i cui risultati saranno valutabili solamente in seguito, si pone i seguenti obiettivi:

- individuare *partner* affidabili in grado di gestire, in modalità condivisa con le Aziende sanitarie e nel lungo periodo, la responsabilità medica verso terzi;
- considerare l'incremento costante dei premi e individuare la giusta ritenzione del rischio. Si è voluto perciò creare un modello regionale omogeneo per tutte le Aziende Ospedaliere.

Per la gara in corso ci si è avvalsi del supporto del *broker* regionale, AON, e della Centrale Regionale Acquisti della Regione Lombardia, che ha effettuato una propedeutica verifica del mercato, della fornitura e di tutta la struttura organizzativa di gestione del rischio all'interno dell'Azienda.

L'efficacia della collaborazione con AON è dovuta alla grande esperienza costruita insieme nella gestione del *database* delle informazioni. La sua attività prevalente è quella di *brokeraggio* e di collegamento con le compagnie assicurative, grazie

alla maturata esperienza in materia di rischio clinico in ambito sanitario. Il *broker* negozia la polizza e interloquisce con le compagnie così che risulti chiaro il capitolato in ogni sua parte; lavora per reperire le migliori offerte sul mercato suggerendo validi modelli di gestione di *risk management*.

In **Piemonte** è stato definito un programma assicurativo misto costituito da un Fondo regionale (copertura sinistri compresi tra 5 mila e 500 mila euro) e 2 polizze assicurative (polizza *Primary* copre sinistri eccedenti 500 mila euro e polizza *Excess* per rischi catastrofali).

Si è svolta un'apposita gara, unica e regionale, per l'individuazione delle compagnie assicuratrici. La gestione delle polizze viene condotta attualmente tramite Azienda Ospedaliera delegata dalla Regione. Il modello è misto e prevede un sistema di autogestione del rischio (auto-ritenzione del rischio sanitario) attraverso la costituzione, risalente al 2005, di un fondo speciale regionale, al finanziamento del quale le Aziende sanitarie partecipano e concorrono e che attualmente è pari a 26 milioni di euro annui. Tale fondo è eroso da sinistri di valore fino a 500 mila euro. Per gli eventi da risarcire relativi all'area ostetrico-ginecologica e agli eventi sentinella, la franchigia per sinistro sale a 1 milione di euro.

Il sistema è di autogestione e auto-ritenzione, curato attraverso un sistema gestionale articolato e complesso che prevede l'attività di comitati di gestione sinistri costituiti in aree di coordinamento sovra-zonale, composti da professionalità legali e medico-legali, dipendenti e dirigenti delle singole Aziende, che offrono quindi prestazioni professionali a costo zero per il sistema regionale. I sinistri per importi compresi tra i 30 mila euro fino ai 500 mila euro sono invece affidati contrattualmente a un gestore professionale individuato con gara pubblica (si noti che 30/50 mila euro sono valori importanti, ma il numero dei sinistri è assolutamente marginale rispetto all'enorme frequenza caratterizzante le richieste fino a 7 mila euro).

Il trasferimento sull'assicuratore riguarda invece i livelli a partire da 500 mila euro a sinistro che diventano pari a 1 milione di euro per l'area ostetrico-ginecologica attraverso il trasferimento del rischio mediante cosiddetta polizza *Primary*. L'attuale assicuratore per la polizza *Primary* è il Lloyd - New line. Il secondo livello, che comprende eventi catastrofali e sinistri in serie, è compreso nella polizza *Extra layer* che fino al 2013 sarà in capo alla Zurig.

La gestione del programma assicurativo a livello regionale ha consentito, sulla base dell'analisi effettuata dal *broker*, una riduzione dei costi. La Regione, dal 2008, ha affidato all'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista - Molinette la gestione del sistema che comprende l'indizione di gare a evidenza pubblica per il trattamento delle polizze *Primary* ed *Extra layer*, nonché l'indizione delle gare per l'individuazione del gestore dei sinistri di valore più significativo (inerenti il livello compreso tra i 30 e i 500 mila euro).

La sinistrosità è il fattore che più incide sulla determinazione del premio per la definizione del quale sono stati indicati programmi di *risk management* per le Aziende e garantita disponibilità agli assicuratori che volessero effettuare sopralluoghi e visionare i documenti pre-gara al fine di una preventiva analisi sul livello di rischio. Sono sempre a disposizione *report* e *benchmark* con indicatori del sistema di valutazione della *performance* toscano, indicatori di *performance* inerenti il triennio di riferimento della gara, nonché statistiche di rischio. Il sistema della Regione Piemonte è ormai operativo dal 2005; quasi 8 anni di statistiche sono quindi a disposizione.

A livello regionale e aziendale è prevista la consulenza del *broker* il cui lavoro risulta fondamentale soprattutto nella fase di omogeneizzazione della normativa al fine di un puntuale aggiornamento nella stesura dei bandi e nella definizione degli elementi da inserire nei capitolati di gara.

Il *broker* regionale, che nello specifico caso coincide con quello delle Aziende, è Marsh SpA. L'Azienda San Giovanni Battista di Torino è dal 2008

delegata alla gestione del sistema regionale e si avvale del *broker* Marsh; le altre Aziende hanno fatto adesione alla medesima aggiudicazione. È opportuno evidenziare che il modello prevede un livello di *brokeraggio* regionale e un livello di *brokeraggio* aziendale. Ogni Azienda può avvalersi del *broker* mediante procedura di gara singola o mediante adesione alla gara principale.

Essendo quello della Regione **Siciliana** un sistema in fase di sperimentazione, viene espressa la necessità di procedere ad aggiudicazione di gara e implementazione del sistema che, ereditato da quello precedente, è attualmente gestito dalle compagnie assicuratrici. Il modello è dunque in prospettiva e non ancora operativo. Nel corso del 2009 è stata riscontrata un'assoluta mancanza di unitarietà a livello aziendale causata da polizze stipulate con diverse società di *brokeraggio* e compagnie assicurative. Nel 2011 è stata aggiudicata la gara a un'unica compagnia di *brokeraggio*, la Willis, che ha lavorato per allineare i diversi livelli aziendali pubblicando un bando, con esito positivo nella maggior parte dei casi, per attivare le polizze scadute, nella prospettiva dell'indizione di una gara unica in capo all'anno 2012. Attualmente si sta selezionando l'Azienda capofila che, anche per conto della Regione, bandirà la gara unica, come fatto in precedenza per la società di *brokeraggio*. L'obiettivo, finora, è stato quello di allineare le scadenze di tutte le polizze al 2011 per partire, dal 2012, con gara e polizza unica regionale. L'auspicio è quello di riuscire a individuare una sola compagnia. In progetto vi è anche la creazione di un fondo unico da destinare alla gestione dei premi assicurativi e alla liquidazione dei sinistri, previa valutazione dei CAVS, che si stanno contestualmente attivando.

Nella Regione **Toscana** le motivazioni che hanno condotto la Regione ad adottare l'attuale modello di gestione del rischio RCT/RCO sono riconducibili:

- alla riflessione che il completo trasferimento del rischio alle compagnie di assicurazioni può comportare un affievolimento dell'attenzione verso il controllo e la gestione degli eventi av-

versi e della sinistrosità e un crescente distacco nel rapporto con il paziente/cittadino;

- alla constatazione che l'aumento delle richieste di risarcimento e il mutato orientamento giurisprudenziale in tema di responsabilità civile e penale, hanno modificato notevolmente il mercato assicurativo, determinando una progressiva crescita dei premi non accompagnata da una riduzione dei tempi di pagamento dei risarcimenti ai cittadini, che a oggi superano nel 65% dei casi i cinque anni, con conseguente deterioramento del rapporto di fiducia del cittadino verso il Servizio sanitario regionale;
- all'andamento stabile della sinistrosità e del contenzioso rilevato dal sistema regionale di gestione sinistri (dati raccolti a partire dal 2003);
- agli effetti positivi in termini di diffusione della cultura della sicurezza, contenimento della sinistrosità e conseguenti minori esborsi per sinistri, evidenziati da sperimentazioni di nuove forme di gestione assicurativa svolte in alcune Aziende sanitarie;
- all'analisi dei dati raccolti negli anni precedenti che evidenzia che, a fronte di un costo annuo per polizze sinistri di oltre 44 milioni di euro, cui vanno aggiunti i costi per i sinistri sotto franchigia, stimabili in circa 9 milioni all'anno, le liquidazioni mediamente effettuate ogni anno dalle compagnie di assicurazione non superano i 5/6 milioni di euro.

La Delibera 1203 del 2009 ha previsto il passaggio alla gestione diretta dei sinistri per le Aziende sanitarie, a partire dal 1° gennaio 2010 (nel corso del 2010 erano in scadenza le polizze assicurative di quasi tutte le Aziende sanitarie), abbandonando il ricorso al trasferimento del rischio sulle compagnie di assicurazioni. Per quanto attiene invece la copertura della responsabilità per colpa grave del personale sanitario, essa rimane garantita, per coloro che intendono attivarla, da specifiche polizze a carico del personale stesso. Con la medesima delibera la Regione Toscana ha incaricato l'Estav Nord Ovest di svolgere gli atti necessari all'individuazione, per conto delle Aziende sanita-

rie, con procedura di evidenza pubblica, di un unico soggetto che predisponga, con il supporto tecnico-scientifico del Centro Gestione del Rischio Clinico, un applicativo informatico per la gestione integrata amministrativa e di valutazione delle *performance* aziendali e delle attività connesse al rischio clinico.

Il modello toscano di gestione del rischio RCT/RCO si fonda sull'attività dei Comitati Gestione Sinistri (CGS). In ogni Azienda sanitaria è costituito un CGS per la trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri in via transattiva, questo è costituito dalle seguenti figure professionali:

- il responsabile della gestione amministrativa e legale dei sinistri;
- il responsabile aziendale della gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure;
- il responsabile della medicina legale;
- un esperto nella liquidazione dei danni (se necessario);
- il personale addetto all'istruttoria;
- un membro della Direzione Sanitaria.

Tale Comitato potrà essere potenziato con professionalità di area clinica o tecnica provenienti anche da altre Aziende sanitarie e ospedaliere dell'Area Vasta, nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali. Il Comitato potrà essere eventualmente interaziendale, costituito cioè da operatori appartenenti a diverse Aziende mediante specifici accordi tra le stesse. Per il monitoraggio della sinistrosità a livello di Area Vasta o nel caso di *second opinion* su casi particolarmente rilevanti, il CGS si avvale di analogo Comitato Gestione Sinistri di Area Vasta i cui componenti sono designati, con le medesime professionalità sopra indicate, dal Comitato dei Direttori Generali di Area Vasta.

La Delibera 1234 del 2011 ha istituito il Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS) per casi di particolare entità economica o gravità (che si prevede comportino un onere superiore a 500 mila euro) e per favorire modalità condivise e uniformi di valutazione dei risarcimenti mediante una supervisione dell'attività svolta dai Comitati Aziendali di Gestione dei Sinistri.

La summenzionata delibera prevede che di tale comitato, ai cui membri non è dovuto alcun compenso, facciano parte, oltre al direttore del Centro Gestione del Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente e al dirigente del Settore Affari legali della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale, o suo delegato, i seguenti esperti: un medico specialista in medicina legale di provata esperienza per Area Vasta, un dirigente aziendale di area amministrativa con specifiche competenze in materia per Area Vasta e che i suddetti professionisti vengano individuati, su designazione dei coordinamenti di Area Vasta, dalla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale. Per il monitoraggio del fenomeno e dei flussi informativi, e per un corretto e aggiornato *data entry*, è fatto obbligo alle Aziende di provvedere alla regolare alimentazione del Sistema Regionale Gestione Sinistri. Tale sistema contiene tutte le informazioni necessarie all'espletamento delle funzioni proprie dei Comitati (registrazione del sinistro, atti istruttori, documentazione sanitaria ed eventuale liquidazione del singolo caso, eventuale contenzioso, etc.) Per tutti i sinistri per i quali sia stata accertata la responsabilità dell'Azienda, ogni CGS aziendale deve provvedere a:

- a. iscrivere prontamente nel *database* regionale la richiesta risarcitoria acquisita al protocollo aziendale e presentata dall'utente o suo legale, in via stragiudiziale o giudiziale;
- b. convocare il richiedente per una prima analisi del caso e la presa in carico della pratica medesima entro 15 giorni lavorativi dall'acquisizione della pratica al protocollo aziendale;
- c. pervenire alla proposta di liquidazione dell'indennizzo entro 6 mesi a decorrere dalla convocazione del richiedente, accertata la responsabilità, fatta eccezione per particolari e complessi casi che richiedono tempi di istruttoria maggiori, ma comunque non superiori ai dodici mesi.

La gestione diretta del rischio pone a carico della Regione, tramite il Fondo sanitario regionale, i costi relativi alla responsabilità civile circa i sini-

stri sanitari. Pertanto, il Fondo sanitario regionale garantisce la copertura degli esborsi che le Aziende dovranno effettuare, nel corso di ciascun anno, per ciascun sinistro liquidato. Ai fini della liquidazione, le Aziende comunicano alla Regione le valutazioni fatte relativamente agli esborsi che prevedono di effettuare nel corso dell'anno affinché, nell'assegnazione del Fondo Sanitario, siano ricomprese le risorse per la copertura.

Il Centro Gestione del Rischio Clinico è incaricato della manutenzione ordinaria e straordinaria del sistema regionale informatico per la gestione dei sinistri.

Nella Provincia Autonoma di **Trento** è previsto il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO. Il livello di gestione è Aziendale (Azienda unica, corrispondente al servizio Provinciale) e ritenuto assolutamente efficace. È un sistema centralizzato, che non presenta grandi criticità. Si evidenzia la necessità di procedere a un monitoraggio per le strutture accreditate comparabile a quello del pubblico. L'ammontare degli importi riservati e non ancora liquidati da parte della compagnia assume rilievo per la determinazione del premio. La quantificazione delle riserve viene decisa unicamente dalla compagnia senza preventivo confronto con l'Azienda.

L'Azienda unica si avvale della collaborazione di Marsh, ritenuta di grande efficacia. La presenza del *broker* non ha costi aggiuntivi essendo gli oneri a carico della compagnia assicuratrice.

La Regione **Veneto** è attualmente in attesa dell'implementazione del nuovo modello di gestione diretta dei sinistri entro l'importo di 500 mila euro da parte delle Aziende sanitarie. Le stesse risultano assicurate integralmente, senza franchigia, per i sinistri di RCT/RCO, che vengono dunque gestiti direttamente dalle singole compagnie assicuratrici. È prevista la consulenza del *broker* per ogni Azienda. Nel momento in cui il Centro Regionale Acquisti dovesse procedere all'aggiudicazione della gara, interverrebbe la clausola *broker*, il quale sarebbe automaticamente individuato dalla polizza regionale. Il criterio gestionale prevede

che le singole Aziende, in gruppo di aggregazione di Area, possano inizialmente avvalersi di figure esperte e qualificate nella liquidazione del danno, poiché attualmente assente uno specifico profilo professionale competente nell'attività di liquidazione. La collaborazione col *broker* si ritiene strumento di grande utilità essendo questo professionista di grande esperienza circa il mercato assicurativo e le condizioni generali/specifiche dei modelli assicurativi.

2.4 I RISULTATI DELLA FASE 4. RILEVAZIONE E ANALISI DEI MODELLI ADOSSATI DALLE REGIONI PER LA GESTIONE DEI RAPPORTI CON LA CORTE DEI CONTI

Con la quarta fase dell'indagine si è inteso indagare e analizzare le modalità individuate dalle Regioni per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti in relazione ai risarcimenti effettuati e agli impegni di spesa assunti per le transazioni da *malpractice* dalle Aziende sanitarie.

L'obiettivo specifico (proposto dal Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente) è stato quello di individuare esperienze regionali in materia e fornire indicazioni a quelle Regioni in fase di individuazione di un modello organizzativo. Dal quadro d'insieme, delineato con l'analisi dei questionari compilati dai referenti regionali, risultano ancora poche le Regioni che abbiano adottato provvedimenti atti a regolare le modalità di segnalazione alla Sezione Regionale della Corte dei Conti dei sinistri RCT/RCO con esborso a carico dell'Azienda. Indicazioni utili arrivano dalla Regione Lombardia che, nell'ambito del Progetto Assicurativo Regionale, ha prodotto linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri e ha effettuato considerazioni sugli aspetti di responsabilità amministrativo-contabile circa il contenzioso sanitario, relativo alla necessità di segnalare alla Corte dei Conti i danni liquidati a terzi. La Circolare prot. 37881/DB2000

del 20 ottobre 2009 e successiva integrazione con nota prot. 6509/DB2000 del 23 febbraio 2010 della Direzione Sanità Piemonte, reca indirizzi operativi alle Aziende sanitarie regionali in merito alle segnalazioni alla Procura Regionale della Corte dei Conti circa gli esborsi sostenuti nell'ambito della gestione dei sinistri, di cui al programma assicurativo regionale. In Basilicata le Aziende sanitarie, nel recepire la Dgr 938/2012, istituiscono il "Dipartimento Interaziendale per la gestione diretta dei sinistri nella sanità lucana – Approvazione intesa", a seguito della quale è stato adottato un comune regolamento attuativo, valido dal 1° luglio 2012, che stabilisce che in tutti i casi i sinistri liquidati, con cadenza semestrale, debbano essere trasmessi dall'Azienda alla Corte dei Conti per il competente giudizio di responsabilità. In Valle d'Aosta invece la Regione ha fornito alcune indicazioni in merito, ma le procedure sono state concordate in sede aziendale essendovi una sola Asl sul territorio.

Per le restanti Regioni non sono stati adottati provvedimenti al riguardo o sono stati messi a punto ma non ancora perfezionati; ne risulta nel complesso un quadro in via di definizione.

Anche in relazione al quesito relativo all'adozione di protocolli d'intesa con la Sezione Regionale competente o comunque alla definizione, in accordo con quest'ultima, di modalità di trasmissione e contenuti delle segnalazioni, unicamente la Regione Piemonte ha risposto in maniera affermativa specificando, inoltre, che sono state definite, con la Sezione Regionale competente della Corte dei Conti, modalità di comunicazione e contenuti delle segnalazioni. Nella Provincia Autonoma di Bolzano, suddivisa in due comprensori sanitari, solamente quello di Bressanone ha concordato con la procura della Corte alcune modalità di trasmissione dei contenuti, come anche nella Regione Emilia Romagna dove non sono stati adottati protocolli d'intesa, ma concordate modalità e contenuti delle comunicazioni. In merito al quesito relativo all'eventuale supporto tecnico fornito dalle Aziende pubbliche

per supportare il personale nel reperire coperture assicurative per colpa grave è risultato che la Provincia Autonoma di Bolzano ha richiesto alle organizzazioni sindacali di provvedere alle proposte

del personale iscritto e che gli uffici amministrativi incaricati di seguire le polizze forniscano, su richiesta, informazioni circa le compagnie che propongono tale copertura sul mercato.

Tabella 6 Le risposte delle Regioni nella gestione dei rapporti con la Corte dei Conti

	Abruzzo	Basilicata	P.A. Bolzano	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friulia Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche
1 Adozione di provvedimenti per regolare la segnalazione alla Sezione Regionale della Corte dei Conti dei sinistri RCT/RCO con esborso a carico dell'Azienda	NO	SI*	NO	NO	-	NO*	NO*	NO	*	SI*	-
2 Adozione di protocolli d'intesa con la Sezione Regionale competente/ accordo su modalità di trasmissione e contenuti segnalazioni	NO	NO	SI* (comprensorio di Bressanone)	NO	-	NO*	NO*	NO	*	NO	-
3 Richieste di documentazione da parte della Sezione Regionale della Corte dei Conti	NO	SI	NO	NO	-	SI	SI	NO	*	SI	-
4 Aumento del numero delle richieste negli ultimi 5 anni	NO	Dato costante	NO	-	-	SI	NO	NO	*	SI In maniera rilevante	-
5 Indicazioni della Regione alle Aziende per spiegare, nell'ambito del giudizio civile instaurato dal presunto danneggiato nei confronti di Azienda e operatore, domanda di rivalsa nei confronti di quest'ultimo in caso di soccombenza	NO	NO	NO	NO	-	NO	NO*	SI*	*	NO*	-
6 Promozione di procedimenti per malpractice dalla Corte dei Conti negli ultimi 5 anni	NO	SI*	SI*	NO	-	NO	NO	Non noto*	*	SI*	-
7 Presenza di polizze miste con copertura della colpa grave a fronte di un premio pagato dal dipendente per le Aziende, nonostante la disposizione della Legge finanziaria 2008	Adesione volontaria e prelievo del premio dalla busta paga	SI*	NO*	NO	-	NO	NO	NO	*	*	-
8. Supporto tecnico fornito dalle Aziende pubbliche per aiutare il personale a reperire coperture personali per colpa grave	SI	SI*	Non direttamente*	NO	-	SI* Informali	SI*	SI	*	SI*	-

Nella Regione Lombardia sono attive convenzioni con compagnie assicurative che offrono copertura per colpa grave; è l'Azienda che, direttamente o tramite il supporto del *broker*, fornisce il

servizio. Il professionista medico si occupa, invece, di reperire direttamente la propria polizza.

Nella Regione Piemonte le Aziende forniscono puntuali informazioni e aggiornamenti al perso-

segue **Tabella 6**

		Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	P.A. Trento	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
1	Adozione di provvedimenti per regolare la segnalazione alla Sezione Regionale della Corte dei Conti dei sinistri RCT/RCO con esborso a carico dell'Azienda	NO	SI*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI ma a livello aziendale	NO
2	Adozione di protocolli d'intesa con la Sezione Regionale competente/ accordo su modalità di trasmissione e contenuti segnalazioni	NO	SI*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3	Richieste di documentazione da parte della Sezione Regionale della Corte dei Conti	NO	SI	Non noto	Non verificato presso aziende	NO	SI	SI	SI	SI	NO
4	Aumento del numero delle richieste negli ultimi 5 anni	NO	SI	Non noto	Non verificato presso aziende	NO	SI	SI	SI*	SI	NO
5	Indicazioni della Regione alle Aziende per spiegare, nell'ambito del giudizio civile instaurato dal presunto danneggiato nei confronti di Azienda e operatore, domanda di rivalsa nei confronti di quest'ultimo in caso di soccombenza	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6	Promozione di procedimenti per <i>malpractice</i> dalla Corte dei Conti negli ultimi 5 anni	NO	SI*	Non noto	In attesa di dati	SI	SI*	SI	SI*	SI	NO
7	Presenza di polizze miste con copertura della colpa grave a fronte di un premio pagato dal dipendente per le Aziende, nonostante la disposizione della Legge finanziaria 2008	SI*	NO*	NO*	In attesa di dati	*	-	NO	NO	NO	NO*
8.	Supporto tecnico fornito dalle Aziende pubbliche per aiutare il personale a reperire coperture personali per colpa grave	NO	SI*	NO*	NO	SI*	-	SI*	NO	SI*	NO

nale sulle soluzioni assicurative offerte dal mercato per la copertura della responsabilità civile per colpa grave professionale. Le modalità di informazione e supporto tecnico sono numerose: consulenza diretta da parte delle strutture aziendali competenti; pubblicazione di notizie e informazioni sulla *home page intranet* aziendale; organizzazione di *workshop*, seminari, riunioni in Azienda aperte e rivolte al personale.

Nella Regione Siciliana viene offerto un supporto mediante l'ausilio del *broker* regionale e nella Provincia Autonoma di Trento le Aziende offrono ausilio tecnico mediante l'organizzazione di incontri formativi tematici. In Valle d'Aosta l'Azienda informa circa la mancata copertura della polizza RCT/RCO aziendale per colpa grave e della necessità di reperire la stessa sul mercato, rivolgendosi a compagnie di fiducia e aderendo a convenzioni stipulate dalle organizzazioni sindacali o dal *broker* aziendale, in quest'ultimo caso in forma autonoma e senza coinvolgimento delle Aziende. Nella Regione Veneto, infine, le Aziende si limitano a fornire informazioni alla luce della vigente normativa.

Le rimanenti Regioni dichiarano che le Aziende non forniscono alcun supporto tecnico in aiuto del personale per il reperimento di polizze assicurative per colpa grave.

Come rappresentato nella Tabella 6 riportata nelle pagine precedenti, risultano ancora poche le Regioni che abbiano definito specifiche modalità per la gestione dei rapporti con la Corte dei Conti e si ritengono dunque utili le informazioni rilevate al fine di intraprendere un percorso per la definizione di un modello organizzativo condiviso tra le Regioni.

* Basilicata

1. Dgr 938/2012 *Istituzione del Dipartimento Interaziendale per la gestione diretta dei sinistri nella sanità lucana – Approvazione intesa.*

Il Dipartimento ha sede presso l'Azienda sanitaria di Matera, che sentite le altre Aziende sanitarie regionali provvede a costituirlo formalmente.

Le Aziende sanitarie regionali nel recepire il deliberato regionale hanno adottato un comune regolamento attuativo, valido dal 1° luglio 2012.

In caso di dolo e colpa grave accertata con sentenza, l'Azienda esercita il diritto di rivalsa nei confronti del dipendente. Qualora, in corso di istruttoria ne fossero ravvisati gli estremi, il Comitato Interaziendale di Valutazione sinistri comunica al professionista l'esito dell'istruttoria per consentire allo stesso la denuncia sulla polizza personale, eventualmente sottoscritta per la colpa grave.

In ogni caso tutti i sinistri liquidati, con cadenza semestrale, vengono trasmessi dall'Azienda alla Corte dei Conti, per il competente giudizio di responsabilità.

La segnalazione da parte delle Aziende è moderatamente dettagliata e completa di documentazione giudiziaria, contabile e messa in mora dei dipendenti; viene inviata in formato cartaceo e inoltrata direttamente dalle Aziende.

5. Azienda sanitaria di Potenza (Asp): 0;

Azienda sanitaria di Matera (Asm): 1;

Irccs/CROB: 0;

AOR San Carlo: 3.

6. I dipendenti possono aderire a polizze per colpa grave le cui modalità vengono fornite mediante specifiche informative.

7. I dipendenti possono rivolgersi agli uffici amministrativi per chiarimenti su polizze per colpa grave o confronti in ordine alle condizioni contrattuali.

* Provincia Autonoma di Bolzano

1. Non la Provincia, ma autonomamente l'Azienda sanitaria relativamente ai 2 Comprensori sanitari su 4 che, nel periodo compreso tra il 2006 e il 2009, fossero in possesso di un contratto assicurativo con franchigia di 200 mila euro annua aggregata (Bressanone e Brunico). I 2 Comprensori (Bolzano e Merano) a oggi non hanno avuto franchigie per lesioni personali, ma solo per danni a cose dal 2002 al 2005.

In tal caso hanno provveduto unicamente a effettuare segnalazioni per liquidazione della franchigia. Vengono segnalati i sinistri in franchigia dal 2006 al 2009 e le liquidazioni di sinistri in franchigia e/o autoassicurazione indipendentemente dal fatto che siano emersi profili di colpa grave.

La segnalazione da parte dell'Azienda è molto dettagliata, completa della documentazione sanitaria e di messa in mora del personale dipendente, viene inoltrata in formato cartaceo direttamente dal comprensorio sanitario di Bressanone o Brunico.

2. Il comprensorio sanitario di Bressanone ha concordato con la procura della Corte dei Conti modalità di trasmissione e contenuti.
6. È stato promosso un procedimento giudiziario davanti alla Corte dei Conti per *malpractice* su un totale di 26 segnalazione di denuncia in franchigia.
7. Non vengono offerte polizze assicurative miste (civile e amministrativa) per la colpa grave da responsabilità amministrativa. Soltanto la copertura della colpa grave civile facoltativa e volontaria del personale per proprio conto con versamento/trattenuta del premio individuale mensile.
8. È stato richiesto alle organizzazioni sindacali di provvedere alle proposte del personale iscritto. Talvolta gli uffici amministrativi che seguono le polizze assicurative su richiesta forniscono informazioni circa compagnie che propongono la copertura di tale responsabilità sul mercato e sul fatto che per l'Azienda è vietata la stipulazione della copertura.

* Emilia Romagna

1. Non ancora, state messe a punto ma devono ancora essere perfezionate per l'invio alle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna. L'indicazione sarà di segnalarle tutte, sistematicamente, in quanto la valutazione della colpa grave in termini di responsabilità amministrativo-contabile è propria della Corte dei Conti.

La segnalazione è in un primo momento sintetica; su richiesta della Procura regionale viene approfondita, dettagliata e corredata da eventuale relazione medico-legale. È presente la documentazione sanitaria se richiesta, messa in mora e nominativi dei dipendenti coinvolti, quando individuabili. Attualmente la segnalazione viene inviata in formato cartaceo (in futuro inviata tramite Pec) e inoltrata direttamente dalle Aziende.

3. Non rientra nelle facoltà della magistratura contabile sottoscrivere protocolli d'intesa; sono state concordate, in linea di massima, modalità e contenuti delle comunicazioni (contenute in gran parte nelle indicazioni operative messe a punto dalla Regione e che saranno a breve trasmesse alle Aziende).

* Friuli Venezia Giulia

- 1/2. Il DSC, pur non avendo concordato con la Corte dei Conti una specifica modalità per la segnalazione delle liquidazioni relative ai sinistri RCT/RCO denunciati alle Aziende del Ssr, ogni anno procede all'invio di un *report* contenente l'indicazione di tutti i sinistri liquidati da quando è stato istituito il sistema di gestione centralizzata del rischio RCT/RCO. Tale *report* elenca tutte le liquidazioni (sia quelle relative a sinistri il cui ammontare è totalmente ricompreso nella franchigia contrattuale, sia quelle il cui ammontare è superiore) indipendentemente dal fatto che siano emersi o meno profili di colpa grave. Tale *report*, consistente in una tabella formato *Excel* in cui sono riportati, in forma sintetica, tutti i dati principali caratterizzanti i vari sinistri, viene trasmesso in formato cartaceo a mezzo raccomandata a/r alla Procura della Corte dei Conti Regionale.
5. Le Aziende forniscono indicazioni ai dipendenti.
8. La compagnia che copre le Aziende relativamente alla responsabilità civile, propone, altresì, una polizza colpa grave per il personale sanitario che può liberamente aderire pagandone il relativo premio.

*** Lazio**

5. Con nota dell'area giuridica normativa istituzionale.
6. Gli eventuali atti pervengono alle Aziende senza passare dalla Regione.

*** Liguria**

- 1/8. La Regione Liguria non ha formulato, al momento, indicazioni di carattere generale in materia di rapporti con la Corte dei Conti. La questione è peraltro oggetto di discussione con le Aziende sanitarie e sarà sottoposta all'attenzione del Comitato Regionale Sinistri di prossimo insediamento.

*** Lombardia**

1. Nell'ambito del Progetto assicurativo regionale sono state inviate delle linee di indirizzo per armonizzare i sinistri; sono state effettuate considerazioni sugli aspetti di responsabilità amministrativo-contabile nell'ambito del contenzioso sanitario relative alla necessità di segnalare alla Corte dei Conti i danni liquidati a terzi. Riguardo alle modalità previste per la segnalazione viene lasciata a discrezione della singola Azienda. Di norma avviene in maniera sintetica, in formato cartaceo ed è direttamente inoltrata dalle Aziende.
5. È responsabilità dell'ente procedere con la segnalazione alla Corte dei Conti per aprire la procedura di rivalsa verso il medico.
6. 90 casi nel 2012, 41 nel 2011, 8 nel 2008.
7. Nel programma per le polizze attivate non è prevista copertura per colpa grave.
8. Convenzioni attive con compagnie assicurative che offrono copertura per colpa grave. L'Azienda direttamente o tramite il *broker* assicurativo fornisce il servizio. Il medico attiverà la polizza direttamente.

*** Molise**

7. L'Asrem ha dato facoltà ai propri dipendenti di assicurare il rischio per colpa grave. Il premio è a totale carico del dipendente e

viene versato alla compagnia previa documentazione mensile sul salario.

*** Piemonte**

1. Circolare prot. n. 37881/DB2000 del 20 ottobre 2009 e successiva integrazione con nota prot. n. 6509/DB2000 del 23 febbraio 2010 della Direzione Sanità della Regione Piemonte. Nella Regione Piemonte è attivo dal 2005 un programma assicurativo regionale per i rischi di responsabilità civile delle Aziende sanitarie regionali. Le circolari di cui sopra recano indirizzi operativi alle Aziende sanitarie regionali in merito alle segnalazioni alla Procura Regionale della Corte dei Conti degli esborsi sostenuti nell'ambito della gestione dei sinistri, di cui al programma assicurativo regionale. Oggetto di segnalazione sono tutte le liquidazioni di sinistri in franchigia e/o gestiti in autoassicurazione ad erosione del fondo speciale di cui al programma assicurativo regionale.

Per ogni pratica di liquidazione di sinistro dev'essere presentata una segnalazione sintetica con il corredo, per ciascun sinistro liquidato, di una scheda illustrativa dei dati principali dell'evento produttivo di danno e dell'importo corrisposto al danneggiato. Nella scheda sono riassunti i dati del fatto produttivo di danno e le circostanze in fatto e in diritto, i riferimenti dei dipendenti interessati (qualora individuabili), le valutazioni istruttorie e peritali medico-legali acquisite, le motivazioni di opportunità dell'eventuale transazione, l'importo della liquidazione rimasto a carico dell'Azienda, comprensivo di interessi e ogni altra spesa. Le circolari regionali allegavano *fac-simile* della scheda. Le segnalazioni sono inviate in formato cartaceo e inoltrate direttamente dalle Aziende.

2. La Regione ha definito con la Sezione Regionale Competente della Corte dei Conti le modalità di comunicazione e i contenuti delle segnalazioni di cui alla scheda tipo.

6. Il dato non è disponibile.
7. Le polizze assicurative di cui al programma assicurativo regionale per i rischi di responsabilità civile delle Asr non prevedono la copertura della colpa grave.
8. Coerentemente con le vigenti disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro in materia di servizi e tutele assicurative dei dipendenti, le Aziende forniscono puntuali informazioni e aggiornamenti al personale sulle soluzioni assicurative offerte dal mercato per la copertura della responsabilità civile per colpa grave professionale. Le modalità di informazione e supporto tecnico sono varie: consulenza diretta da parte delle strutture aziendali competenti; pubblicazione di notizie e info sulla *home page intranet* aziendale; organizzazione di *workshop*, seminari, riunioni in Azienda aperte/rivolte al personale.

* Puglia

- 7/8. Il quadro per la Regione Puglia da questo punto di vista appare quanto mai diversificato: vi sono Aziende con copertura RCT/RCO con franchigia e Aziende passate a un sistema autoassicurativo, che è ormai la tendenza regionale. Le Aziende, in virtù del dettato normativo richiamato, non possono autonomamente stipulare contratti per copertura di colpa grave dei dipendenti. Dove è presente copertura assicurativa, generalmente il *broker* fornisce, anche mediante autonomi contratti sottoscritti espressamente dai dipendenti, la copertura per colpa grave in alcun modo però riferibile al contratto all'Azienda.

* Regione Siciliana

7. Attualmente la gara per la polizza unica regionale è in corso ed è prevista la copertura aggiuntiva della colpa grave a fronte di un premio pagato dal dipendente.
8. È previsto il supporto tecnico del *broker* regionale.

* Toscana

4. Poiché le polizze assicurative non ci sono o sono con franchigia.
6. Due.

* Provincia Autonoma di Trento

8. Mediante incontri formativi tematici.

* Umbria

4. In alcune Aziende. Le risposte sono state fornite dalle singole Aziende poiché non esiste un momento di raccolta/confronto a livello regionale.
- 6.22. Anche in questo caso le risposte sono state fornite dalle singole Aziende.

* Valle d'Aosta

1. Poiché esiste un'unica Asl, la Regione non ha fornito indicazioni in merito, ma le procedure sono state concordate in sede aziendale. La segnalazione viene indicata per la liquidazione dei sinistri in franchigia per i quali non si possono escludere a priori profili di responsabilità e al di sopra di un valore concordato e contiene i fatti, l'accertamento tecnico e l'indicazione delle somme corrisposte. Non è comprensiva di documentazione sanitaria e di messa in mora dei dipendenti coinvolti. La segnalazione avviene direttamente da parte delle Aziende e in formato cartaceo.
6. Due.
8. L'Azienda informa circa la mancata copertura della colpa grave da parte della polizza RCT/RCO aziendale e della necessità di reperire tale copertura sul mercato, o rivolgendosi a compagnie di fiducia o aderendo a convenzioni stipulate dalle organizzazioni sindacali o dal *broker* aziendale, in quest'ultimo caso in forma autonoma e senza coinvolgimento dell'Azienda.

* Veneto

7. Può talvolta essere la stessa assicurazione ma con contratti diversi.
8. Si limitano a fornire informazioni in merito, alla luce della normativa vigente.

Conclusioni

Il lavoro descritto nei capitoli precedenti, avviato con l'obiettivo di aggiornare lo stato dell'arte dei sistemi regionali di gestione sinistri e polizze assicurative, ha offerto, nel corso della sua realizzazione, numerosi e ampi spunti di approfondimento e focalizzazione su specifici aspetti direttamente e/o indirettamente collegati allo scopo della ricerca. Alcuni ambiti, seppur senza pretesa di esaustività, sono stati indagati; altri potranno essere oggetto di future analisi e approfondimenti. Si ritiene che ciò testimoni il forte interesse delle Regioni, e più in generale di tutti gli *stakeholder*, al governo delle denunce dei sinistri e ancor più ai modelli di gestione del rischio RCT/RCO. In un panorama nazionale che vede un progressivo aumento del numero delle Regioni che hanno intrapreso la via della gestione diretta dei sinistri, sarà interessante valutare tra qualche anno la *performance* di tali modelli organizzativi in termini di efficacia ed efficienza nonché operare un confronto con i risultati raggiunti in tal senso dai modelli fondati sul trasferimento del rischio o dai modelli misti.

Il metodo della ricerca qualitativa si è confermato un utile strumento di indagine della materia. La possibilità offerta dai questionari e dalle interviste di ampia descrizione dei modelli regionali, pur introducendo elementi di soggettività collegati al ruolo che i soggetti intervistati ricoprono all'interno delle organizzazioni, ha reso

possibile un'analisi critica dei sistemi fondata sull'esperienza degli stessi soggetti referenti/responsabili dei sistemi all'interno delle Regioni e P.A. Nelle schede contenute in Appendice 1 viene presentata una lettura verticale, per Regioni e P.A., delle informazioni presentate in maniera *comparativa* nel Paragrafo 2.3. *I risultati della Fase 3. Analisi dei modelli/sistemi regionali di gestione sinistri* (v. pp. 40-71).

Gli sviluppi futuri della ricerca non possono trascurare l'esigenza, manifestata direttamente da alcune Regioni e P.A. e indirettamente emersa dalla definizione di *sinistro* adottata da ciascuna Regione, di omogeneizzazione del glossario di riferimento. In Appendice 2 si riportano i glossari delle Regioni (Emilia Romagna, Regione Siciliana, Toscana, Veneto) che si sono rese disponibili a condividerli.

Certamente interessante potrà risultare l'analisi dei *report* (indicatori) – recentemente definiti e condivisi da tutte le Regioni e P.A. – delle informazioni relative alle denunce sinistri anche in collegamento ai modelli organizzativi adottati da ciascuna Regione e P.A.; ancora, di rilievo per l'individuazione di un modello organizzativo regionale potranno risultare utili le indicazioni scaturite dall'analisi delle modalità di gestione dei rapporti con la Corte dei Conti relativamente ai risarcimenti effettuati e agli impegni di spesa assunti per le transazioni da *malpractice* dalle Aziende sanitarie.

Si ringraziano ancora tutti i referenti regionali che hanno preso parte alla suddetta indagine e il cui prezioso contributo è stato fondamentale ai fini del lavoro che ci si augura possa essere un valido strumento a supporto di tutte le Regioni. L'obiettivo è quello di portare avanti l'analisi nel

corso dei prossimi anni al fine di garantire un puntuale aggiornamento in materia di gestione sinistri e polizze assicurative.

Allo scopo al suddetto lavoro sarà data ampia diffusione al fine di rendere i risultati della stessa quanto più noti e condivisibili con e tra le Regioni.

BIBLIOGRAFIA

- Bismark M. – Paterson R., *No-Fault Compensation in New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Health Affairs*, 25, no.1 (2006): 278–283 Accountability, and Patient Safety
- Bismark M., Spittal M. J., Gogos A. J. et al, *Remedies sought and obtained in healthcare complaints*, *BMJ Qual Saf* 2011 20:806–810
- Boothman R. C., Blackwell A. C., Darrell A. Campbell, Jr., Commiskey E., and Anderson S., *A Better Approach to Medical Malpractice Claims? The University of Michigan Experience*, *J. Health & Life Sci. L.*, January 2009, at 125
- Boothman R. C.; Imhoff S. J.; Campbell D. A., *Nurturing a culture of patient safety and achieving lower malpractice risk through disclosure: lessons learned and future directions*, *Frontiers of health services management* 2012; 28(3):13–28
- Essinger K., *Insurance and Malpractice*, Final Report of Hope's Sub-Committee on Co-ordination, Brussels, April 12, 2004
- Fenn P., Diacon S., Gray A., Hodges R., Rickman N., *Current cost of medical negligence in NHS hospitals: analysis of claims database*, *BMJ* 2000
- Fenn P., Hermans D., Dingwall R., *Estimating the cost of compensating victims of medical negligence*, *BMJ* 1994, 309:389–91
- Gallegos A., *Massachusetts hospitals launch patient apology program*, *American Medical News*, May 21, 2012. <http://www.ama-assn.org/amednews/2012/05/21/prsa0521.htm>
- Goodman D.N., *Apologizing for medical mistakes, saying 'sorry' is paying off for doctors at U. of Michigan*, *The Washington Examiner*. July 20, 2009
- Kohn L.T., Corrigan J., Donaldson M.S., *To err is human: building a safer health system*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press, 2000
- Layde P. M., Cortes L. M., Teret S. P., Brasel K. J., Kuhn E. M., & Mercy J. A., et al. (2002). *Patient safety efforts should focus on medical injuries*. *New England Journal of Medicine*, 287(15), 1993–1997
- Localio A. R., Lawthers A. G., Brennan, T. A., Laird N. M., Hebert L. E., & Peterson L. M., et al. (1991). *Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study III*. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 245–251
- Michelle M., Mello D., Hemenwa, *Medical malpractice as an epidemiological problem*, *Social Science & Medicine* 59 (2004) 39–46
- O'Reilly K. B., *"I'm sorry": why is that so hard for doctors to say?*, *American Medical News*, Feb. 1, 2010 <http://www.ama-assn.org/amednews/2010/02/01/prsa0201.htm>

- OECD, *Medical Malpractice. Prevention, insurance and coverage options*, Policy issue in Insurance n. 11, 2006
- Phillips R. L. Jr, Bartholomew L. A., Dovey S. M., Fryer G. E. Jr, Miyoshi T. J., Green L. A. *Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States*, Qual Saf Health Care 2004
- Raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati Membri sulla sicurezza del paziente e sulla prevenzione degli eventi avversi in sanità (2006)
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&Site=CM&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D383>
- Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (2009)
http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_it.pdf
- Riley G. F., *Administrative and claims records as sources of health care cost data*, Medical Care, July 2009
- Sack K., *Doctors Say 'I'm Sorry' Before 'See You in Court'*, New York Times. May 18, 2009
- Studdert D. M., Mello Michelle M., Gawande A. A., Brennan T. A. and Wang, Y. C., *Disclosure Of Medical Injury To Patients: An Improbable Risk Management Strategy*, Health Affairs, 26, no.1 (2007): 215-226
- Wennberg J. E., Roos N., Sola L., Schori A., Jaffe R., *Use of Claims Data Systems to Evaluate Health Care Outcomes*: JAMA. 1987
- Wojcieszak D., Banja J., Houk C., *The Sorry works! Coalition: making the case for full disclosure*, Journal on Quality and Patient Safety, vol. 32 n. 6, June 2006

SITOGRAFIA

- Accident Compensation Corporation <http://www.acc.co.nz>
- Agency for Healthcare Research and Quality <http://www.ahrq.gov>
- Clinical Negligence and Other Risk Indemnity Scheme <http://www.cnoris.co.uk>
- Commissions Régionales de conciliation et indemnisation <http://www.oniam.fr/crci/presentation>
- European Commission <http://ec.europa.eu/health>
- Institute for Healthcare Improvement www.ihi.org/ihi
- National Health Service Litigation Authority <http://www.nhs.uk/Pages/Home.aspx>
- National Patient Safety Agency <http://www.npsa.nhs.uk>
- National Reporting and Learning System <https://report.nrls.nhs.uk/nrlsreporting>
- ONIAM <http://www.oniam.fr>
- Organisation for Economic Co-operation and Development www.oecd.org
- Patient Insurance Association <http://www.patientforsikringen.dk/en.aspx>
- SHAM <http://www.sham.fr/Decouvrir-Sham/Presentation/Mission>
- State Claims Agency <http://www.stateclaims.ie/home.html>
- World Health Organization www.who.int/en

APPENDICI

Appendice I. Schede sintetiche Regioni intervistate



Adempimento al D.M. 11.12.2009	Adempienza dal secondo semestre del 2009.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	Disponibilità all'adempimento nel caso contemplato.
Oggetto della rilevazione	Richieste risarcimento danni; Attività relative al procedimento (es. Notifiche atti giudiziari penali/civili; citazioni, etc.).
Costi di sviluppo/gestione	Attività per il sistema (2002-2003): 100 mila euro. Adeguamento al sistema (2008): 50 mila euro. Costi di gestione: non quantificabili – Sistema ospitato sul <i>server</i> regionale. Costo manutenzione esterna: 5 mila euro.
Punti di forza	Il sistema permette un monitoraggio annuale dei sinistri e un controllo del fenomeno.
Punti di debolezza	Piccoli disallineamenti del sistema rispetto a SIMES.
Compatibilità con SIMES	Non si rilevano incompatibilità.
Sensibilizzazione degli operatori	Riunioni operative. Presentazione risultati dei dati inseriti e del D.M. 11.12.2009; aggiornamenti sugli invii al flusso SIMES.
Controllo qualità dei dati	Tramite campi obbligatori per chiudere il <i>data entry</i> e tempi per l'immissione di alcuni dati (all'apertura/chiusura del sinistro).
Valutazione dei processi	Valutazione tramite specifici indicatori rispetto alle aree monitorate per analisi adesione e qualità dati.
Valutazione dei risultati	Articolata secondo: • distribuzione regionale sinistri; • tipologia persona danneggiata/danno; • analisi degli eventi; • stato sinistri/variabili temporali di interesse; • analisi dell'impatto economico.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Variabili che descrivono l'evento. Variabili che descrivono tipologia di persona danneggiata e danno rilevato.
Obiettivi prefissati	Diffusione raccolta/trattamento dati delle Aziende su base informatica per elaborazioni a livello regionale; confronto dati sinistro con segnalazioni Urp e <i>incident reporting</i> .
Trasferimento del sistema	Richieste non pervenute. La Regione si rende disponibile alla condivisione del sistema.
Modalità di diffusione	Modalità di diffusione dati non definite, al vaglio le possibilità. Governo regionale relazionato in merito.
Trasferimento del rischio	Tutte le Aziende della Regione sono provviste di copertura assicurativa ed è stata condotta una gara per le tre Aree Vaste.
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurate e suo monitoraggio	Utilità in vista di linguaggio e strumenti condivisi e per analisi del settore assicurativo.



Adempimento al D.M. 11.12.2009	Inserimento dati con ritardo causato da un blocco di 2 anni. In corso provvedimenti per ovviare alla criticità.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	Dato non disponibile.
Oggetto della rilevazione	Il sinistro quale richiesta di risarcimento/iniziativa dell'Autorità Giudiziaria.
Costi di sviluppo/gestione	Costo <i>software</i> : 96 mila euro. Avviamento sistema/formazione operatori: 35 mila euro. Prevista spesa di 15 mila euro per adeguamento del sistema informatico. Canoni gestione annuale imputati sul totale generale della conduzione dei sistemi informatici.
Punti di forza	Gestione distribuita del <i>workflow</i> tra Aziende e CSC; adattabilità della base dati; gestione documentale.
Punti di debolezza	Non rilevati.
Compatibilità con SIMES	Non sono state evidenziate incompatibilità.
Sensibilizzazione degli operatori	Riunioni/corsi di aggiornamento in materia di mediazione; corsi formativi per Avvocatura regionale su gestione risarcimento danni; sensibilizzazione rivolta a uffici legali che supportano Aziende nella gestione dei sinistri.
Controllo qualità dei dati	Parametri non definiti; se ne valuta la possibilità.
Valutazione dei processi	Avviene dal nucleo centrale di gestione sinistri.
Valutazione dei risultati	Dato non disponibile.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Informazioni inerenti modalità di accadimento fatti denunciati. Modalità di gestione delle procedure.
Obiettivi prefissati	Definire una metodologia di elaborazione/diffusione dati. Informare gli operatori in materia di richiesta di risarcimento del danno.
Trasferimento del sistema	Non pervenute formali richieste. La Regione è disponibile al trasferimento del sistema.
Modalità di diffusione	Alle Aziende sono fornite informazioni sui dati economico-finanziari e sui risultati delle determinazioni delle cause.
Trasferimento del rischio	Gara rinnovata a livello regionale per acquisizione polizza rischi catastrofali (sinistro > 500 mila euro) che copre enti regionali. Creazione fondo regionale presso DSC finanziato dalla Regione per liquidazione sinistri in franchigia.
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	Utile per l'individuazione delle polizze assicurative per i professionisti e nel supporto alla reale valutazione del rischio.



Lazio

Adempimento al D.M. 11.12.2009	Pieno allineamento al Decreto.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	Disponibilità a rispettare l'adempimento nel caso contemplato.
Oggetto della rilevazione	Sinistri inseriti da Uffici Legali Aziende a seguito di notifica. Eventi avversi, eventi sentinella e <i>near misses</i> .
Costi di sviluppo/gestione	Dato non disponibile.
Punti di forza	Il sistema gestisce in modalità integrata le attività di gestione del rischio clinico.
Punti di debolezza	Modalità di doppio inserimento che genera disallineamenti.
Compatibilità con SITES	Non si riscontrano incompatibilità.
Sensibilizzazione degli operatori	Aggiornamento tramite riunioni e incontri tecnici.
Controllo qualità dei dati	Riflessione su nuove modalità di verifica dati per problematiche organizzative circa competenze su valutazione di coerenza del dato inserito.
Valutazione dei processi	Valutazione di <i>performance</i> . Copertura e utilizzo del sistema. Valutazione processi del <i>risk manager</i> .
Valutazione dei risultati	Monitoraggio su caricamento sinistri nel sistema. Richiesta ai risk manager di elaborare relazione semestrale.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Numero di eventi e numero sinistri. Ripetizione del medesimo sinistro/evento.
Obiettivi prefissati	Fonte di informazione unica, disponibile per le Aziende. Abilitazione attività monitoraggio per strategie di controllo rischio/contenimento costi assicurativi. Pieno funzionamento del sistema e omogeneizzazione trattamento dati col lavoro del <i>risk manager</i> .
Trasferimento del sistema	Non pervenute. La Regione è disponibile alla condivisione del sistema.
Modalità di diffusione	Diffusione dati verso l'esterno non prevista. Governo regionale relazionato in merito.
Trasferimento del rischio	Le Aziende stanno passando a un sistema autoassicurativo.
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	Utile per coordinamento ruoli e assicurare omogeneità/coerenza nei comportamenti e nella definizione dei contenuti dei controlli.



Adempimento al D.M. 11.12.2009	Pieno adempimento. Invio dati nei tempi previsti e senza problematiche di rilievo.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	Disponibilità all'adempimento previo congruo preavviso.
Oggetto della rilevazione	Sinistri RCT/RCO di AO, Asl e Fondazioni a partecipazione pubblica del Ssr. Dal 2008: infortuni al personale sanitario e cadute accidentali incorse a pazienti e visitatori.
Costi di sviluppo/gestione	Costi a carico del <i>broker</i> regionale, RVA – Rasini & Viganò SpA, che ha sviluppato il sistema.
Punti di forza	Completezza dati che permette analisi su <i>trend</i> storici rilevanti.
Punti di debolezza	Mancanza di reportistica e sistema di archiviazione evoluto.
Compatibilità con SIMES	Allineamento alla possibilità di una soluzione stragiudiziale della controversia.
Sensibilizzazione degli operatori	Riunione trimestrale coi <i>risk manager</i> e 200 addetti mediatori e legali che si occupano di assicurazioni.
Controllo qualità dei dati	Puntuale e preventiva verifica dei dati riservati e liquidati.
Valutazione dei processi	Aziende verificano attività e processi per ogni U.O., incrociando dati su sinistri con dati relativi ai DRG, prestazioni ambulatoriali, personale e ore lavoro. Negli ultimi due anni: definiti indicatori di rischio per specialità e comparati i risultati delle Aziende.
Valutazione dei risultati	Monitoraggio del <i>trend</i> per anno nelle Aziende secondo indicatori stabiliti.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Dato economico.
Obiettivi prefissati	Raggiungimento degli obiettivi rilevati nella precedente indagine. Non rilevati nuovi obiettivi.
Trasferimento del sistema	Non pervenute richieste di trasferimento; la Regione è disponibile alla condivisione se richiesta.
Modalità di diffusione	Divulgazione di: • <i>report</i> annuali alle Aziende con dati aggregati per Regione; • <i>report</i> con i soli dati aziendali cui è legato un <i>benchmarking</i> Azienda/Regione con indicatori di rischio per specialità.
Trasferimento del rischio	È previsto il ricorso a polizze assicurative. È in corso la gara regionale con prima negoziazione attraverso la Centrale Regionale Acquisti.
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	Utilità per la divulgazione dei dati nazionali e il confronto tra le Regioni.



Piemonte

Adempimento al D.M. 11.12.2009	La Regione risulta adempiente.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	
Oggetto della rilevazione	Caratteristiche quali-quantitative, dimensioni esposizione economica delle Aziende per rischi sanitari di responsabilità civile verso terzi e operatori di lavoro.
Costi di sviluppo/gestione	Nessun costo per lo sviluppo del sistema: parte <i>hardware</i> di proprietà del <i>loss adjuster</i> , il <i>broker</i> elabora dati con propri <i>software</i> .
Punti di forza	Centralità del sistema; il punto unico di raccolta informazioni. Sistema consolidato che permette risparmi economici.
Punti di debolezza	Difficoltà nel mantenere la comunicazione nel sistema. Mancata condivisione con le Aziende.
Compatibilità con SIMES	Risolve incompatibilità causate da rigidità di SIMES nell'accettare i dati. Allineamento codici informatici sui campi chiave.
Sensibilizzazione degli operatori	Iniziative su gestione sinistri in franchigia e su tecniche di quantificazione delle riserve.
Controllo qualità dei dati	Modalità raccolta dati tramite <i>loss adjuster</i> regionale e controllo del <i>broker</i> nella rielaborazione del flusso informativo inviato a SIMES.
Valutazione dei processi	Definite interfacce elettroniche e scambio dati qualitativi.
Valutazione dei risultati	Modalità non definite.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Tasso rischio clinico rispetto a posti letto medi attivi, numero ricoveri, bambini nati e accessi in pronto soccorso, tasso rischio da risarcimento danni da cadute accidentali e rischio da danni a cose, valutazione economica costi rischio per posto letto e singolo ricovero generale e per specialità.
Obiettivi prefissati	Economicità contratti/efficienza gestionale. Omogeneità copertura/garanzia assicurativa. Gestione sinistri professionale nell'interesse del Fondo Regionale e Asr. Responsabilizzazione Aziende e operatori circa processo gestionale sinistri.
Trasferimento del sistema	Richiesta di condivisione nel corso di eventi formativi. Disponibilità al trasferimento del sistema.
Modalità di diffusione	<i>Report</i> annuale elaborato col <i>broker</i> regionale.
Trasferimento del rischio	Programma assicurativo misto: fondo regionale e due polizze assicurative, <i>Primary</i> ed <i>Excess</i> .
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	Utilità per: stesura di linee guida comuni, per dati di dettaglio/analitici, tipologie di rischio e specialità interessate a richiesta risarcitoria, <i>benchmarking</i> .

 Regione Siciliana

Adempimento al D.M. 11.12.2009	Adempienza al Decreto.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	Disponibilità all'adempimento nel caso.
Oggetto della rilevazione	Tipologie di sinistro, inteso ciò che attiene a una denuncia da parte di soggetto che si ritiene danneggiato dall'Azienda sanitaria.
Costi di sviluppo/gestione	Non previsto un costo per lo sviluppo del sistema: compreso nel contratto di <i>brokeraggio</i> con la Willis.
Punti di forza	Recupero in efficienza ed efficacia nella gestione sinistri.
Punti di debolezza	Asimmetria di informazioni tra Regione e assicurazioni.
Compatibilità con SIMES	Il sistema è in fase di sperimentazione. Creato in coerenza con SIMES, non dovrebbero manifestarsi incompatibilità.
Sensibilizzazione degli operatori	Il <i>broker</i> Willis ha reclutato l'Università Bocconi di Milano, per programma formativo della durata di 5 anni senza costi aggiuntivi per la Regione.
Controllo qualità dei dati	Sistema in fase di sperimentazione. Non è stato implementato un sistema di controllo dati.
Valutazione dei processi	Sistema in fase di sperimentazione. Non è stato implementato un sistema di valutazione processi.
Valutazione dei risultati	Sistema in fase di sperimentazione. Non è stato implementato un sistema di valutazione risultati.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Sistema in fase di sperimentazione. Non è stato implementato un <i>set</i> di indicatori.
Obiettivi prefissati	Impegno nel progetto di <i>management</i> JCI per renderne operativi gli standard (es. raccomandazioni, procedure, linee guida) e approdare a un doppio sistema: valutazione/autovalutazione.
Trasferimento del sistema	Disponibile a una futura condivisione del sistema.
Modalità di diffusione	Previsto <i>feedback</i> informativo ad Aziende e Comitati Aziendali di Valutazione Sinistri (CAVS) tramite reportistica.
Trasferimento del rischio	Sistema in fase sperimentale. Nel 2011 aggiudicata gara unica alla compagnia di <i>brokeraggio</i> Willis. In previsione gara unica per l'individuazione di una compagnia assicurativa unica.
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	Utilità nella prospettiva nazionale per una completa visione dei modelli di gestione sinistri a livello regionale.



Toscana

Adempimento al D.M. 11.12.2009	Piena adempienza al D.M.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	La Regione si renderebbe adempiente nel caso contemplato.
Oggetto della rilevazione	<i>Iter</i> relativo alla gestione delle richieste di risarcimento, apertura/chiusura del sinistro; identità del danno e struttura nella quale si è verificato; Importi richiesti, valutati (riservati) e liquidati; Tutto ciò che è inserito nel sistema in termini economici.
Costi di sviluppo/gestione	Costo di sviluppo: 50 mila euro. Costo di gestione: non quantificabile – Sistema ospitato sul <i>server</i> regionale.
Punti di forza	Dati analitici su sinistrosità.
Punti di debolezza	Assenza di uno strumento gestionale per le pratiche amministrative connesse al sinistro.
Compatibilità con SIMES	Difficoltà risolte tramite adeguamento del <i>software</i> regionale a SIMES.
Sensibilizzazione degli operatori	Scambio di informazioni tra referenti aziendali e regionali.
Controllo qualità dei dati	Verifica di coerenza/completezza delle informazioni inserite.
Valutazione dei processi	Valutazione mediante indicatori: • indice valutazione risarcimenti; • indice di sinistrosità relativo alla sicurezza; • indice di sinistrosità generale (totale sinistri annui/azienda e complessivo).
Valutazione dei risultati	Indicatori di <i>performance</i> del Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Rapporto sinistri (richieste di risarcimento) e popolazione residente. Indice richieste risarcimento Regione. Indice richieste risarcimento strutture ospedaliere.
Obiettivi prefissati	Sicurezza del paziente tramite supporto della Regione alle strategie di intervento.
Trasferimento del sistema	Disponibilità alla condivisione del sistema in base alle norme per il riuso.
Modalità di diffusione	La diffusione pubblica dei dati rientra nella diffusione dei risultati di <i>performance</i> del MeS.
Trasferimento del rischio	Gestione diretta del rischio fondato sull'attività dei CGS.
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	L'Osservatorio consente la conoscenza del fenomeno e il confronto tra Aziende sanitarie del Ssn.



Adempimento al D.M. 11.12.2009	Adempimento pienamente rispettato.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	Dati disponibili da subito con poche eccezioni.
Oggetto della rilevazione	Sinistri: a seguito di richieste di risarcimento pervenute alle strutture aziendali e per copertura spese di difesa in procedimenti penali a carico del personale dipendente.
Costi di sviluppo/gestione	Sviluppo sistema: pari a 3 mensilità di trattamento economico di un assistente tecnico/professionale (8 mila euro). Gestione sistema: valutato in un mese/uomo l'anno. Adeguamento a SIMES: pari al costo 15 giorni/uomo l'anno.
Punti di forza	Copiosità dati raccolti immessi nel sistema.
Punti di debolezza	Classificazione sinistri: non è sempre rilevata la supervisione medico-legale.
Compatibilità con SIMES	Non si rilevano incompatibilità.
Sensibilizzazione degli operatori	Attività formative durante implementazione e progettazione del sistema per uso del <i>software</i> .
Controllo qualità dei dati	Codificate, tabelle parametrizzate, numerose informazioni inserite (es. luogo accadimento)
Valutazione dei processi	Disponibili indicatori elaborati periodicamente. Adesione a iniziative di <i>benchmarking</i> ; forniti dati al <i>broker</i> dell'Azienda sanitaria unica.
Valutazione dei risultati	Non definite modalità di valutazione dei risultati.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Concentrazione di sinistrosità e loro ammontare suddiviso per Unità Operative.
Obiettivi prefissati	Gestione centralizzata banca dati sinistri RCT/RCO. Condivisione col <i>broker</i> dei dati su sinistri, compresi quelli provenienti dai liquidatori delle assicurazioni. Reportistica richiesta da vertici aziendali e Comitato Aziendale per la sicurezza dei pazienti ai fini di <i>risk management</i> .
Trasferimento del sistema	Nessuna formale richiesta di condivisione. Disponibilità a fornire supporto se richiesto.
Modalità di diffusione	Diffusa reportistica, analizzata e discussa dal Comitato sulla Sicurezza dei Pazienti e altre strutture. Il governo regionale informato con reportistica al momento della diffusione esterna.
Trasferimento del rischio	Ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/RCO con gestione aziendale.
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	Non si riscontra effettiva utilità del monitoraggio nazionale, si ritiene il suo sviluppo di grande potenziale utilità.



Adempimento al D.M. 11.12.2009	Pieno adempimento.
Adempimento al D.M. in caso di resa obbligatoria di tutti i campi	Si auspica estensione di obbligatorietà a tutti i campi di SIMES.
Oggetto della rilevazione	Sinistri correlati a paziente e operatore per danni personali e/o a cose.
Costi di sviluppo/gestione	169.420,00 euro, comprensivo di sviluppo modulo utilizzato da Centri Liquidazione Sinistri e periti di Medicina Legale per gestione pratiche; 5.405,40 euro annui da dicembre 2011 a novembre 2014.
Punti di forza	Conoscenza dati a livello regionale. Acquisizione flussi dall'esterno per le Ulss già informatizzate.
Punti di debolezza	Non riscontrati.
Compatibilità con SIMES	Non si rilevano incompatibilità.
Sensibilizzazione degli operatori	Formazione su utilizzo di SIMES. Call centre per problematiche informatiche e inserimento sinistri.
Controllo qualità dei dati	Analisi rappresentatività andamento sinistri. Dal punto di vista informatico: controlli sul ritorno di errori nel sistema caricamento dati Regione/Ministero. Statistiche: elaborazione annuale su dati globali forniti dalle Aziende.
Valutazione dei processi	Sistema in fase di sperimentazione. Non è stato implementato un sistema di valutazione processi.
Valutazione dei risultati	Sistema in fase di sperimentazione. Non è stato implementato un sistema di valutazione risultati.
Indicatori in materia di sicurezza del paziente e gestione dei rapporti assicurativi	Indicatori non determinati a livello regionale. Calcolo non per singolo sinistro. Statistiche numerosità assoluta sinistro/anno dalla data apertura pratica. Tipologia sinistro in base a danno contestato; tipologie di errore. Analisi dati economici.
Obiettivi prefissati	Sensibilizzare strutture al concetto di danno e sinistro; responsabilizzazione nella gestione di eventi per efficace prevenzione del rischio.
Trasferimento del sistema	Sistema trasferibile col riuso secondo normativa e in forma gratuita. Costi riferibili a personalizzazioni o manutenzioni evolutive.
Modalità di diffusione	Non sono previste modalità di diffusione pubblica dei dati, inoltrati annualmente ad Aziende per conferma/integrazione. Il Governo regionale è informato tramite reportistica.
Trasferimento del rischio	Attesa implementazione del modello gestione sinistri entro importo di 500 mila euro da parte delle Aziende (assicurate integralmente per sinistri RCT/RCO gestiti direttamente dalle singole compagnie).
Utilità dell'Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative e suo monitoraggio	Ruolo rilevante in considerazione della crisi del mercato assicurativo per un dialogo Regioni/compagnie.

Appendice 2. I glossari regionali

E stato richiesto alle Regioni se fosse stato elaborato un glossario inerente sinistri, gestione e procedure di gestione del rischio RCT/RCO per una possibile condivisione così da poter far uso di una terminologia di riferimento comune per tutti. Sebbene a oggi poche sono le Regioni ad aver dichiarato di avere elaborato lo strumento è stata garantita piena disponibilità alla condivisione dello stesso. Di seguito i glossari elaborati dalla Regione Emilia Romagna, dalla Regione Siciliana e dalla Regione Toscana.

I. EMILIA ROMAGNA

Apertura cautelativa Riguarda tutti i casi in cui si stabilisce di aprire una posizione assicurativa in via preventiva rispetto all'apertura vera e propria del sinistro.

Apertura sinistro Si stabilisce che il sinistro è aperto in seguito a presentazione di una formale richiesta di risarcimento danni o in seguito alla notifica di atti giudiziari (penali o civili).

Assicurazione L'assicurazione è il contratto con il quale l'assicuratore, verso il pagamento di un premio, si obbliga a tutelare l'assicurato entro i limiti convenuti, del danno a esso prodotto da un sinistro, ovvero a tenere indenne l'assicurato di quanto questi debba pagare a un terzo in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto.

Atto di citazione L'atto introduttivo del giudizio di cognizione può assumere la forma dell'atto di citazione o del ricorso. La forma nella quale si propone la domanda nel processo civile ordinario è la citazione (art. 163 c.p.c.), che è essenzialmente la chiamata in giudizio della parte contro la quale la domanda è proposta affinché il giudice decida sulla domanda stessa in suo contraddittorio (art. 101 c.p.c.). Tale chiamata ha un duplice contenuto: l'invito a comparire rivolto al convenuto (*vocatio in ius*) e la sommaria esposizione della domanda (*editio actionis*). In seguito alla notifica dell'atto di citazione si apre il processo civile.

Atto di querela La querela (art. 336 c.p.p.) è una dichiarazione con la quale il presunto danneggiato, personalmente o a mezzo di difensore, manifesta la volontà che si proceda nei confronti di un soggetto per un fatto previsto dalla legge come reato (in genere lesioni). In seguito alla querela si apre il procedimento penale.

Consulente Tecnico d'Ufficio Nell'ambito civile, l'esperto incaricato dal giudice è indicato come "C.T.U.", "Consulente Tecnico d'Ufficio", e la sua relazione, è indicata come "consulenza tecnica d'ufficio". Nell'ambito penale, l'esperto incaricato dal giudice è indicato come "perito" e l'attività da questi svolta, è indicata come "perizia".

Consulente Tecnico di Parte Ove l'esperto sia stato incaricato da una delle parti (nell'ambito civile, dal procuratore delle parti, attore o conve-

nuto; nell'ambito penale, dal Pubblico Ministero, dal difensore dell'imputato o dal rappresentante della persona offesa), egli sarà comunque indicato come "C.T.P.", ossia "Consulente Tecnico di Parte", e "consulenza" l'attività che egli avrà svolto e successivamente racchiuso in un'eventuale relazione.

Chiusura pratica (definizione) Si considera chiusa una pratica (sinistro) nel momento in cui tutte le procedure ivi collegate risultano avere uno degli esiti previsti. Si tratta comunque di una chiusura provvisoria, che consente di modificare i dati inseriti ove si verifichino ulteriori sviluppi (giuridici e non).

Consenso informato Si intende l'espressione della volontà dell'avente diritto che, opportunamente informato, autorizza il professionista a effettuare uno specifico trattamento sanitario. Con l'eccezione di talune condizioni normativamente previste, il consenso è indispensabile in quanto i trattamenti sanitari sono dalla legge garantiti in forma volontaria.

Evento Ogni accadimento che ha causato danno o ne aveva la potenzialità, nei riguardi di un paziente, visitatore od operatore, ovvero ogni evento che riguarda il malfunzionamento, il danneggiamento o la perdita di attrezzature o proprietà, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso. Nel *database* l'evento corrisponde a un fatto specifico accaduto ed è costituito dalla descrizione di quanto accaduto e dalla data nella quale è accaduto. A ogni evento è possibile associare più di una segnalazione cautelativa e più di un sinistro.

Grado di giudizio Indica la fase in cui si trova un giudizio: l'ordinamento italiano segue il principio del "doppio grado di giudizio" secondo il quale è ammesso un riesame della decisione emessa in primo grado. Si dice giudizio di primo grado, pertanto, quello in cui il giudice esamina e giudica una causa nel merito per la prima volta, di secondo grado (o in grado d'appello) quello in cui il giudice riesamina e si pronuncia sulla stessa causa per la seconda volta. È inoltre ammesso un

giudizio di legittimità, ossia di controllo sulla legalità dei precedenti gradi di giudizio, che si svolge avanti alla Corte di Cassazione (terzo grado).

Incidente probatorio È un istituto del diritto processuale penale con il quale il pubblico ministero e la difesa dell'indagato possono chiedere l'assunzione anticipata dei mezzi prova nelle fasi precedenti il dibattimento.

Informazione di garanzia Detta anche **Avviso di garanzia**, è un istituto previsto dall'art. 369 del codice di procedura penale, attraverso il quale una persona viene avvertita di essere sottoposta a indagini preliminari, ossia di quella fase processuale in cui si raccolgono elementi utili alla formulazione di un'imputazione.

Opposizione a richiesta di archiviazione La persona offesa nel processo penale si vede riconosciuto dall'ordinamento il diritto di essere informata della possibile richiesta di archiviazione presentata dal Pubblico Ministero al Giudice per le indagini preliminari e di formulare un'eventuale opposizione, indicando l'oggetto delle investigazioni suppletive e i relativi elementi di prova.

Prescrizione Secondo l'articolo 2946 del codice civile, i diritti si estinguono per prescrizione con il decorso di dieci anni, salvo nei casi in cui la legge dispone diversamente.

Richiesta risarcimento danni È la richiesta fatta dall'avente diritto e/o dal suo procuratore, circostanziata sui fatti, con la quantificazione dei danni subiti (non sempre esplicitata in termini monetari) e la richiesta formale di risarcimento.

Sinistro Indica l'evento avverso che colpisce la persona, i beni o il patrimonio di un soggetto, cagionando un danno.

Segnalazione cautelativa Riguarda quelle gestioni definite "particolari", che pervengono a conoscenza dell'ufficio contenzioso mediante le segnalazioni spontanee interne, le segnalazioni Urp o altre segnalazioni, anche da parte di presunti danneggiati, che non contengono una formale richiesta di risarcimento.

Sequestro cartella clinica È l'acquisizione della cartella clinica da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Transazione È un contratto (art. 1965 del codice civile) col quale le parti in conflitto pongono fine a una controversia già cominciata o preven- gono una controversia che può sorgere mediante reciproche concessioni, intese come un sacrificio di una delle parti sulle proprie pretese in favore dell'altra. La transazione porta alla chiusura del si- nistro, in quanto il danneggiato viene risarcito. La transazione è stragiudiziale quando l'accordo tra le parti interviene prima che si instauri un pro- cesso, è giudiziale qualora intervenga in corso di una causa e porta quindi all'interruzione e chiu- sura del processo (con sentenza).

2.REGIONE SICILIANA

Amministrazione o Azienda-Contrante Il sog- getto persona fisica o giuridica che stipula la polizza.

Azienda Aderente o Azienda Assicurata (di se- guito anche: **Azienda**) Ciascuna Azienda sanita- ria (Asp AO, AOU, Irccs, etc.) facente parte del Servizio sanitario della Regione Siciliana.

Assicurato Il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto:

- la Azienda Aderente;
- il Direttore Generale, il Direttore Amministra- tivo, il Direttore Sanitario e i Componenti del Collegio Sindacale, anche in qualità di legali rappresentanti della stessa;
- i componenti del Comitato Etico;
- i componenti del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere);
- tutti i dirigenti, i funzionari e i dipendenti della Azienda e tutti i soggetti anche non dipendenti che partecipano, a qualsiasi titolo, alle attività della Azienda quali indicate in questa polizza.

Assicurazione Il contratto di assicurazione So- cietà la compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto, ovvero se trat-

tasi di sindacati dei Lloyd's uno o più sottoscrit- tori e i relativi corrispondenti.

Broker Il Broker vigente, Rti - Willis Italia SpA/ Kensington Risk Management Srl.

Polizza Il documento, emesso e sottoscritto tra le Parti, che prova e regola l'assicurazione.

Premio La somma dovuta alla Società.

Liquidazione del danno La determinazione/ corresponsione della somma rimborsabile a titolo di risarcimento.

Risarcimento La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia La parte di danno che l'Assicurato tiene a proprio carico Rti - Willis Italia SpA/ Kensington Risk Management Srl.

Scoperto La parte dell'ammontare del danno espressa in percentuale che in caso di sinistro ri- mane a carico dell'Assicurato; laddove previsto, l'importo che rimane a carico dell'Assicurato in base alla applicazione della percentuale di sco- perto all'ammontare del danno non potrà essere, rispettivamente, inferiore o superiore agli im- porto a tale titolo indicati in polizza.

Massimale per sinistro L'importo massimo in- dennizzabile per ogni sinistro.

Massimale per sinistro in serie o serie di sinistri L'importo massimo indennizzabile per ogni sini- stro in serie.

Massimale per anno La massima esposizione della Società a titolo di risarcimento per uno o più si- nistri riferibili alla medesima annualità assicurativa.

Annualità assicurativa o Periodo assicurativo Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di sca- denza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.

Danno Qualsiasi pregiudizio subito da terzi su- scettibile di valutazione economica.

Danno corporale Il pregiudizio economico di natura patrimoniale e non patrimoniale conse- guente a lesioni o morte di persone.

Danno materiale La distruzione, il deteriora- mento, l'alterazione, la perdita, il danneggiamento

totale o parziale di cose, nonché i danni a essi conseguenti.

Danno patrimoniale / Danno patrimoniale puro Il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni corporali o materiali.

Cose Sia gli oggetti materiali che gli animali.

Sinistro La richiesta di risarcimento rivolta all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di durata dell'assicurazione e regolarmente denunciata alla Società nei termini stabiliti in polizza, in relazione alle responsabilità per le quali è prestata l'assicurazione.

Sinistro in serie o Serie di sinistri Tutti i sinistri provenienti da più soggetti e riconducibili a uno stesso evento o a uno stesso atto illecito o errore o omissione, oppure a più atti, errori o omissioni, che abbiano una causa comune.

Richiesta / Richiesta scritta di risarcimento Ogni inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato, o qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta con la quale un terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile dei danni subiti, oppure rivolge all'Assicurato una formale richiesta scritta di risarcimento dei danni subiti, o la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile, o la domanda di mediazione.

Fatto noto / Circostanze pregresse Ogni richiesta scritta di risarcimento come sopra definita, di cui sia venuto formalmente a conoscenza l'Ufficio Affari Legali o l'Ufficio Assicurazioni dell'Azienda antecedentemente alla decorrenza della presente copertura assicurativa.

Indennizzo La somma dovuta dalla Società in caso di uno o più sinistri rientranti nella presente polizza.

Limite di indennizzo I massimali stabiliti nella Scheda riepilogativa, che rappresentano il limite dell'obbligazione della Società per capitale, interesse e spese, e che è invalicabile in qualunque circostanza e a qualunque titolo, anche nel caso di corresponsabilità tra più persone assicurate con la presente polizza. Salvo quanto diversamente nor-

mato in polizza, la Scheda riepilogativa prevede, o può prevedere:

- un limite di indennizzo per ogni sinistro, che definisce il massimale al quale la Società è tenuta per ciascun sinistro;
- un limite di indennizzo per ogni serie di sinistri, che definisce il massimale al quale la Società è tenuta per ogni serie di sinistri;
- un limite di indennizzo annuale e/o per ciascuna Azienda, che definisce il massimale cumulativo per l'insieme di tutti i sinistri di pertinenza di un determinato periodo assicurativo per ciascuna Azienda, qualunque sia il numero dei danneggiati e dei soggetti assicurati coinvolti;
- un sottolimito di indennizzo per talune tipologie/voci di rischi il sottolimito di indennizzo può essere definito per sinistro e/o per periodo assicurativo (secondo le definizioni che precedono) o in altra forma se definita in polizza, e non deve intendersi in aggiunta al limite di indennizzo essendo esso una parte di quest'ultimo.

Scheda riepilogativa, Scheda di polizza La scheda allegata alla polizza, che identifica i sottolimiti di indennizzo e/o le franchigie e/o gli scoperti con i rispettivi importi minimo e massimo.

Dipendenti o Prestatori di lavoro Tutte le persone fisiche di cui, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, l'Assicurato si avvalga nell'esercizio della propria attività incluse quelle distaccate temporaneamente presso altre Aziende, anche qualora l'attività svolta sia diversa da quella descritta in polizza, nonché quelle per le quali l'obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'Inail ricada, ai sensi di legge, su soggetti diversi dall'Assicurato. Fermo restando che sarà cura del Contraente stabilire nelle apposite convenzioni/contratti con i Terzi ove opereranno dette persone fisiche, se queste ultime saranno assicurate a carico del Contraente stesso o del terzo ove presteranno la loro attività. Sono inoltre considerati "prestatori di lavoro": i medici a rapporto convenzionale, compreso il personale di strutture sanitarie convenzionate con l'Azienda aderente, i medici della

continuità assistenziale e i soggetti operanti presso altri enti/strutture sulla base di specifiche convenzioni, i soggetti che esercitano attività intramoenia, nonché gli specializzandi, i borsisti, i tirocinanti, gli allievi per il rilascio del diploma universitario, i contrattisti di ricerca ex art. 11 c. 2 D.Lgs. 288/2003, e ogni altro soggetto assimilabile, quando operano sotto la responsabilità o nell'interesse dell'Azienda.

Intra moenia L'erogazione di prestazioni di tipo ambulatoriale, di ricovero, di *day hospital* e/o *day surgery* in regime di attività libero professionale debitamente autorizzata dalla Azienda.

Retribuzioni Il cumulo delle voci che seguono, al lordo di ogni onere o contributo:

- l'ammontare degli stipendi e salari corrisposti a tutti i dipendenti di ogni ordine e grado, soggetti o non soggetti all'assicurazione Inail;
- il totale dei compensi corrisposti ai lavoratori parasubordinati;
- il totale dei compensi relativi alla attività *intra moenia*;
- il totale degli emolumenti riconosciuti ai componenti del Comitato Etico;
- il totale di quanto corrisposto alle ditte, regolarmente autorizzate, per lavoratori interinali o ai soggetti somministratori per la fornitura professionale di manodopera alla Azienda in qualità di utilizzatore.

3.TOSCANA

Autorizzazione / Accredитamento

1. Rilascio del *nulla osta* all'esercizio delle strutture sanitarie a seguito della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla legge. L'autorizzazione è presupposto per l'accreditamento della struttura nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.
2. Processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce e attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti.

■ **Accreditamento volontario** (detto anche **Accreditamento professionale tra pari**) Processo promosso autonomamente da gruppi professionali e da società scientifiche, al fine di garantire un costante adeguamento dei livelli professionali.

■ **Accreditamento istituzionale** Riconoscimento pubblico del possesso dei requisiti previsti dagli standard nazionali/regionali per i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale/regionale.

(Ministero della Salute)

Colpa (definizione giuridica) Nel Diritto civile è, oltre al dolo, l'elemento soggettivo che integra la fattispecie dell'atto illecito. Essa deriva dalla violazione dei doveri di diligenza, perizia o prudenza ovvero dall'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline nell'esercizio di un'attività. La colpa si sostanzia nella non volontarietà dell'evento che è cagionato da un comportamento negligente, imprudente o imperito. In relazione al grado di diligenza richiesto si distingue tra:

- colpa lieve, determinata dalla violazione della diligenza media;
- colpa grave, che deriva dalla inosservanza di quel minimo di diligenza che tutti dovrebbero avere;
- colpa lievissima, che si ha quando per legge o per accordo, si pretenda una diligenza superiore alla media.

Il danno cagionato da comportamento colposo è fonte di responsabilità. Nel Diritto penale, l'art. 43 c.p. prevede che il delitto è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline. (Regione Emilia Romagna)

Consenso informato Processo con cui il paziente o chi lo rappresenta (genitori, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno a un atto medico, fornisce il suo consenso alla esecuzione delle stesse. Per garantire il "consenso

informato” gli operatori debbono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere al paziente di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta, che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale).

(Ministero della Salute).

Danno (in termini assicurativi) Pregiudizio subito, in conseguenza di un sinistro, dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato. Il danno può tradizionalmente essere di natura patrimoniale, se incide sul patrimonio, oppure di natura non patrimoniale (danno morale), oppure biologico se arreca un pregiudizio alla salute (artt. 1882, 2043, 2056 e 2059 del codice civile).

(Ministero della Salute)

Danno biologico (alla salute) Configurazione di danno, indipendente dalle altre due configurazioni tradizionali (danno patrimoniale e danno non patrimoniale), elaborata dalla giurisprudenza e riscontrabile in qualsiasi pregiudizio arrecato all'individuo a titolo di lesione del diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione. Artt. 2043 del codice civile e 32 Cost., Sent. Corte Cost. n. 184 del 30 giugno 1986.

(Ministero della Salute)

Danno morale Danno di natura non patrimoniale risarcibile non solo se causato da un fatto illecito di rilevanza penale, ma anche nell'ipotesi in cui, in sede civile, la colpa dell'autore del fatto risulti da una presunzione di legge (Cassazione, sez. III civile, Sentenza 31 maggio 2003 n. 8828; Cass. n. 7281 e n. 7282 del 2003). Riguarda non il patrimonio, ma la sfera psichica, incidendo sulla stessa con dolori, ansie e paure per un fatto interessante la propria persona o la persona altrui (es. morte di un congiunto).

(Ministero della Salute)

Danno patrimoniale È l'incisione inferta dal fatto illecito alla sfera patrimoniale della vittima, attuale (danno emergente) o futuro (lucro cessante) (art. 2043 e 2056 del codice civile).

(Ministero della Salute)

Danno prevenibile Danno che avrebbe potuto essere evitato con una corretta pianificazione e/o corretta esecuzione di una azione.

(Ministero della Salute)

Errore (definizione giuridica) Nel Diritto Penale consiste in una falsa rappresentazione della realtà, cui è equiparata l'ignoranza che più propriamente è la mancanza di conoscenza. Si distingue in:

- **Errore sul divieto:** che si determina quando l'agente vuole e realizza un fatto perfettamente identico a quello vietato dalla norma penale, ma che per errore su questa, ritiene non essere reato (es. Tizio uccide un moribondo convinto per errore che la sua condotta non integri la fattispecie delittuosa dell'omicidio in quanto ritiene che nella nozione ivi delineata di uomo non rientri il moribondo);
- **Errore sul fatto:** che si determina quando il soggetto crede di realizzare un fatto diverso da quello penalmente sanzionato: in questo caso l'errore è scusabile salvo che derivi da colpa dell'agente, nel qual caso la punibilità non è esclusa ove il fatto sia preveduto dalla legge come delitto colposo.

(Regione Emilia Romagna)

Indennizzo / Risarcimento L'indennizzo è la somma dovuta dall'assicuratore a titolo di riparazione del danno subito da un proprio assicurato a seguito di un sinistro. Il risarcimento è la somma che il responsabile di un danno è tenuto a versare per risarcire il danno causato. Se il danneggiante è coperto da un'assicurazione della responsabilità civile, è l'assicuratore che, nei limiti del massimale convenuto, tiene indenne l'Assicurato del risarcimento dovuto.

(Ministero della Salute)

Mediazione È un processo formale attraverso il quale le parti in conflitto si incontrano alla presenza di un terzo neutrale (il mediatore) il cui compito è facilitare la comunicazione. L'obiettivo del mediatore è creare un canale di ascolto, affinché le parti si riconoscano reciprocamente, ristabiliscano un rapporto e infine, se lo desiderano, giungano da sole a un accordo. Il mediatore non

giudica, non suggerisce soluzioni, lavora sul piano dei sentimenti, delle emozioni, della relazione.

(Ministero della Salute)

Pericolo (reati di - definizione giuridica) Sono quei reati in cui la condotta posta in essere dall'agente pone soltanto in pericolo il bene interesse tutelato dalla norma, senza produrgli alcun danno. (Regione Emilia Romagna)

Responsabilità (definizione giuridica) Nel Diritto civile è: la conseguenza di un comportamento antigiuridico che comporta il dovere per il soggetto cui essa è attribuita di sottostare alla sanzione prevista dall'ordinamento. Conseguenza della violazione di un dovere giuridico nei rapporti inter privati è la nascita di un'obbligazione risarcitoria volta alla riparazione del pregiudizio economico subito dal danneggiato. La responsabilità può essere:

- Contrattuale: quando il mancato o inesatto adempimento dipende da cause imputabili al debitore questi è tenuto al risarcimento del danno. Presuppone l'esistenza di un rapporto giuridico (es. un contratto) tra responsabile e colui che ha subito il danno;
- Extracontrattuale: sorge in conseguenza dell'inosservanza del divieto del *neminem ledere* e comporta l'obbligo del risarcimento del danno.

Gli elementi dell'illecito extracontrattuale sono: un comportamento che può essere sia commissivo che omissivo; un danno, provocato da questo comportamento che sia qualificato ingiusto dall'ordinamento; un nesso di causalità tra comportamento e il danno. Presupposto della responsabilità extracontrattuale è la colpevolezza che può comprendere le due distinte ipotesi della colpa e del dolo. (Regione Emilia Romagna)

Rischio (definizione giuridica) Indica l'alea che generalmente si accompagna all'instaurazione di un rapporto contrattuale e che deriva dalla possibilità di perimento incolpevole dell'oggetto della prestazione, dall'incolpevole inadempimento, ovvero da un aumento della onerosità dello stesso. Nel diritto delle assicurazioni è l'evento possibile o probabile a cui è collegata la prestazione dell'assicuratore. (Regione Emilia Romagna)

4. VENETO

Gestione Diretta dei Sinistri Costituisce la modalità di assunzione diretta da parte dell'Azienda sanitaria/ospedaliera capoluogo dell'aggregazione provinciale del servizio di liquidazione delle vertenze stragiudiziali insorte con i danneggiati, applicabile a tutte le richieste di sinistro pervenute nella vigenza delle presenti linee guida per le quali l'indennizzo richiesto o presunto rientri, certamente o ragionevolmente, nell'importo di franchigia assoluta per sinistro.

Procedura stragiudiziale Attività istruttoria, transattiva e di liquidazione dei sinistri derivanti da RCT/RCO, per i quali non sia ancora stata avviata un'azione in sede giudiziale.

Sinistro Evento che ha causato un danno a terzi, di cui debba rispondere l'Azienda, secondo le regole dell'ordinamento giuridico.

Richiesta di risarcimento Qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni correlata allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda.

Terzi/Parte Persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti (a titolo esemplificativo: eredi, tutori, esercenti potestà genitoriale per il figlio minore).

Software di gestione sinistri Programma informatico gestionale di riferimento per l'imputazione dei dati riferiti ai singoli sinistri, alimentato dall'Ufficio Sinistri.

Ufficio Sinistri L'unità amministrativa aziendale istituita presso l'Azienda sanitaria/ospedaliera avente sede nel capoluogo di provincia, cui sono demandate le funzioni di gestione diretta dei sinistri delle aziende sanitarie dell'aggregazione provinciale. Tramite l'Ufficio Sinistri le parti possono comporre il conflitto regolandone le sorti attraverso un atto di autonomia privata (contratto di transazione ex art. 1965) che definisce le reciproche posizioni, sulla base di mutue concessioni. L'Ufficio Sinistri, per la trattazione della richiesta risarcitoria si avvale di specialisti in ambito di medicina legale, rischio clinico, o di altre professionalità in ragione della natura dell'evento dannoso.

Accertamento Medico-Legale Attività tecnico-professionale per la valutazione del nesso causale, della colpa professionale e dell'entità della lesione, a supporto dell'attività di accertamento, gestione e liquidazione dei danni che compete all'Ufficio Sinistri.

Aggregazione provinciale delle Aziende sanitarie L'insieme delle Aziende sanitarie/ospedaliere ricomprese in un ambito provinciale o sovra-provinciale, considerato unitariamente ai fini dell'applicazione delle presenti Linee

guida e delle attività che fanno capo all'Ufficio Sinistri.

Azienda sanitaria capoluogo dell'aggregazione provinciale L'Azienda sanitaria/ospedaliera, facente parte di una aggregazione provinciale, presso la quale è istituito l'Ufficio sinistri deputato alle funzioni individuate dalle presenti Linee guida.

Azienda sanitaria periferica Le restanti Aziende sanitarie ricomprese nella aggregazione provinciale.

