Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Monitoraggio delle Denunce di Sinistri 2015

Rapporto Annuale

Novembre 2016

agena.s. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 Roma
Tel. 06-427491
Fax: 06-42749488
www.agenas.it

Monitoraggio delle Denunce di Sinistri 2015

Rapporto Annuale

Novembre 2016

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Via Puglie, 23 - 00187 Roma
Tel. 06-427491
Fax: 06-42749488
www.agenas.it

SOMMARIO

INTRODUZIONE 1
1. METODOLOGIA 7
2. PROCEDURA 11
3. I MODELLI ADOTTATI DALLE REGIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO RCT/O 13
3.1 Gli obiettivi, l'approccio metodologico e gli strumenti 13
3.2 Le fasi della ricerca 15
3.3 I risultati della ricerca 16
3.3.1 I sistemi regionali di gestione sinistri: gestione assicurativa, diretta e mista: caratteristiche 19
3.3.2 Le Regioni che hanno adottato un sistema di gestione diretta del rischio 20
3.3.3 Le Regioni che hanno adottato un sistema di gestione assicurativa 34
3.3.4 Le Regioni che hanno adottato un sistema di gestione mista 37
3.3.5 Le Regioni caratterizzate da pluricità di modelli aziendali 53
3.4 La trasparenza dei dati relativi alle richieste di risarcimento. L'orientamento delle Regioni .100
ALLEGATO – QUESTIONARIO DI INDAGINE DEI MODELLI REGIONALI 106
4. RISULTATI DEL MONITORAGGIO 111
4.1 Premessa 111
4.2 Limiti di qualità del dato 116
4.3 Indicatori di monitoraggio delle denunce di sinistri 119
4.3.1 INDICE DI SINISTROSITÀ REGIONALE 119
4.3.2 PERCENTUALE DI SINISTRI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA 123
4.3.3 INDICE DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER LESIONI PERSONALI E DECESSI 125
4.3.4 COSTO MEDIO DEI SINISTRI LIQUIDATI 130
4.3.5 SINISTRI PER TIPOLOGIA DI DANNO 133
4.3.6 SINISTRI PER TIPO DI PRESTAZIONE 136
4.3.7 COSTO MEDIO SINISTRI LIQUIDATI PER TIPO DI DANNO 139
4.3.8 PERCENTUALE DI SINISTRI LIQUIDATI NELL'ANNO 143
4.3.9 COSTO PRESUNTO SINISTRI 145
4.3.10 GIORNI MEDI PER L'APERTURA DI UNA PRATICA 147
4.3.11 GIORNI MEDI PER LA CHIUSURA DI UNA PRATICA 149
4.3.12 SINISTRI PER CONTESTO DI RIFERIMENTO 152
4.3.13 SINISTRI PER TIPO DI PROCEDIMENTO 155

4.3.14 SINISTRI PER TIPOLOGIA TRAMITE 158
4.3.15 PERCENTUALE SINISTRI CHIUSI IN VIA STRAGIUDIZIALE ENTRO L'ANNO 161
4.3.16 COSTO PRESUNTO SINISTRI PER TIPO DI DANNO 163
4.3.17 SINISTRI PER SESSO (DEL DANNEGGIATO) 165
4.3.18 RAPPORTO TRA IMPORTI LIQUIDATI E SOMME PREVENTIVATE 168
4.3.19 SINISTRI PER ETÀ (del danneggiato) 171
4.3.20 SINISTRI PER TIPOLOGIA DI DANNEGGIATO 174
4.3.21 MASSIMO/MINIMO IMPORTO LIQUIDATO PER TIPO DI DANNO 177
CONSIDERAZIONI FINALI 181
IL GRUPPO DI LAVORO 184
BIBLIOGRAFIA 187
APPENDICE. SCHEDE SINTETICHE MODELLI REGIONALI 190

INTRODUZIONE

Il monitoraggio dei dati relativi alle denunce di sinistri rientra nella funzione di Osservatorio Nazionale Sinistri e Polizze Assicurative attribuita ad Agenas dall'Intesa Stato – Regioni del 20 marzo 2008[1] e dal successivo Decreto Ministeriale dell'11/12/2009 (10A00120), recante l'istituzione del SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità). Il DM 11/12/2009 prevede che le Regioni e le Province Autonome mettano a disposizione del Ministero della Salute le informazioni relative agli eventi sentinella e a disposizione di Agenas i dati inerenti le denunce di sinistri ("Agenas ha completo accesso al sistema informativo SIMES per le elaborazioni finalizzate al monitoraggio delle denunce dei sinistri" - art. 6 comma 2 DM 11.12.2009)

La trasmissione annuale delle informazioni relative alle denunce dei sinistri, a cura delle Regioni e Province Autonome, deve adempiersi entro il 31 gennaio[2] dell'anno successivo al periodo di riferimento (articolo 2 comma 3 DM 11/12/2009). Il Ministero, congiuntamente ad Agenas e al Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente[3], procede a cadenza annuale, alla verifica e all'aggiornamento dei contenuti informativi del SIMES (art. 2 comma 6). A partire dal 1 gennaio 2011 il conferimento dei dati al SIMES è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato Regioni il 23 marzo 2005 e successive integrazioni e modifiche (art. 5 comma 1 DM 11.12.2009).

La necessità di rilevare e monitorare le informazioni inerenti le denunce di sinistri presentate nei confronti delle strutture sanitarie viene avvertita con crescente urgenza a tutti i livelli (aziendale, regionale e nazionale) sia per le implicazioni di carattere economico connesse al volume e alle caratteristiche del contenzioso, che per la rilevanza che dette informazioni possono avere nella definizione di strategie di gestione del rischio clinico e nella messa a punto e successiva valutazione di adeguati modelli organizzativi per la gestione dei sinistri.

[1] Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131
[2] Agenas ed il Ministero della Salute hanno accolto la proposta avanzata dalle Regioni di posticipare la scadenza della trasmissione annuale delle informazioni relative alle denunce sinistri al 28 febbraio dell'anno successivo al periodo di riferimento (anziché 31 gennaio previsto dall'art.2 comma 3 del Decreto Ministeriale 11/12/2009)
[3] Organo tecnico della Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni

Risultano a tal proposito interessanti i risultati del tavolo di lavoro dedicato al tema "Gestione diretta e gestione assicurativa dei risarcimenti" organizzato nell'ambito della prima Convention Nazionale dei Clinical Risk Manager[4], a cui hanno preso parte oltre 150 risk manager provenienti da tutte le Regioni e P.A. Detto tavolo di lavoro, composto da broker, avvocati aziendali, avvocati del libero foro, assicuratori e medici legali, ha affrontato con un approccio multi-prospettico, interdisciplinare e multiprofessionale l'analisi (tramite la tecnica SWOT) dei tre principali modelli di gestione dei sinistri (Gestione diretta, gestione assicurativa, gestione mista) e il tema della individuazione dei dati/informazioni necessari per la scelta e la valutazione in itinere dei modelli.

Poiché considerate utili ai fini del presente lavoro, si riportano a seguire le conclusioni del tavolo:

È assolutamente necessario valutare i dati inerenti le denunce di sinistri preliminarmente alla scelta del modello di gestione dei risarcimenti ed in itinere (rivalutazione semestrale ed in coincidenza con cambiamenti organizzativi importanti quali fusioni, chiusura presidi, attivazione nuove linee attività).
In accordo con le prassi assicurative per la determinazione del premio, la valutazione dei dati finalizzata alla individuazione del modello più adeguato deve avere una profondità storica di almeno 5 anni.
Con riferimento al data set comune e disponibile per tutte le Regioni/aziende (indicatori SIMES/DS), gli indicatori ritenuti più utili sono:

- *Indice di sinistrosità;*
- *Costo medio dei sinistri liquidati (livello aziendale);*
- *Giorni medi per l'apertura di una pratica;*
- *Giorni medi per la chiusura di una pratica;*
- *Max e min liquidato per tipo di danno e specialità;*
- *Sinistri per disciplina/assistenza;*
- *Sinistri per tipo di danno;*
- *Costo medio dei sinistri per disciplina;*
- *Importi posti a riserva[5]/accantonati*

Per una corretta valutazione del modello, è necessario integrare i suddetti con le seguenti informazioni:

- *Premio annuo;*
- *Importo e tipo franchigia;*
- *SIR;*
- *Massimale*

È necessaria anche la valutazione dell'assetto organizzativo e della capacità di adeguare l'organizzazione al modello di gestione sinistri risultato adeguato dall'analisi dei dati

[4] Evento nazionale promosso dal Coordinamento tecnico per la Gestione del Rischio Clinico della Regione Puglia e dal Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana, in collaborazione con il Ministero della Salute e il Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza dei Pazienti (Bari, luglio 2015)
[5] Risultanti dalla valutazione medico - legale

Anche a livello internazionale la raccolta e il monitoraggio delle informazioni relative al contenzioso sanitario è percepito come priorità; si cita, a titolo di esempio, l'urgenza avvertita dal sistema assicurativo tedesco che ha richiesto al governo di adottare misure affinchè i professionisti sanitari segnalino gli incidenti e che venga istituito un database centrale e trasparente che raccolga tutte le denunce presentate contro i medici (N. Stafford – Hamburg German insurers call for central database of complaints against doctors - BMJ 2016; 353:i2815 doi: 10.1136/bmj.i2815. Published 18 May 2016)

In quest'ottica è da intendersi l'attività dell'Osservatorio Nazionale Sinistri. A partire dal 2015 Agenas produce un report annuale sul monitoraggio delle denunce di sinistri all'interno del quale vengono presentati i dati relativi alle denunce di sinistri riferiti all'anno precedente a quello di pubblicazione.

Con riferimento ai contenuti dei report periodici dell'Osservatorio, si rileva a partire dal 2014 un graduale miglioramento della qualità dei dati. L'implementazione, nel 2014, di 22 nuovi indicatori, risultanti dal processo di verifica ed aggiornamento dei contenuti informativi, realizzato in stretta collaborazione con le Regioni e con il Ministero della Salute, ha reso necessaria la trasmissione obbligatoria della maggior parte delle informazioni rilevate dal SIMES a partire dai dati relativi alle denunce di sinistri 2014.

La situazione rappresentata nel presente report descrive lo stato dell'arte delle denunce presentate alle strutture sanitarie pubbliche nel periodo compreso tra il il primo gennaio e il 31 dicembre 2015 e trasmesse al SIMES entro il 28 febbraio 2016[6].

Oggetto del report sono i sinistri di RCT/O (Responsabilità Civile verso Terzi/Operatori) rilevati dalle strutture pubbliche di 20/21[7] Regioni e Province Autonome che hanno conferito al SIMES i dati secondo una delle tre modalità previste per la trasmissione dei contenuti informativi all'NSIS (GAF, PORTA DI DOMINIO o UTILIZZO INTERATTIVO del sistema[8]) .

[6] Nella fase di verifica dei dati con le singole Regioni si è provveduto ad aggiornare la situazione di alcune Regioni per le quali risultavano disallineamenti con le informazioni presenti in SIMES alla data del 28 febbraio
[7] La Regione Friuli Venezia Giulia non partecipa alla rilevazione.
[8] GAF: Gestione Accoglienza Flussi, ovvero invio di flussi informatici in formato XML per le Regioni che utilizzano il proprio sistema informativo per la raccolta delle informazioni;
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;

REGIONE	MODALITÀ DI TRASMISSIONE DATI
ABRUZZO	UTILIZZO INTERATTIVO
BASILICATA	UTILIZZO INTERATTIVO
CALABRIA	UTILIZZO INTERATTIVO
CAMPANIA	UTILIZZO INTERATTIVO
EMILIA ROMAGNA	GAF WEB
LAZIO	GAF WEB
LIGURIA	GAF WEB
LOMBARDIA	GAF WEB
MARCHE	GAF WEB
MOLISE	UTILIZZO INTERATTIVO
PIEMONTE	GAF WEB
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	UTILIZZO INTERATTIVO
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	GAF WEB
PUGLIA	UTILIZZO INTERATTIVO
SARDEGNA[9]	UTILIZZO INTERATTIVO
SICILIA	UTILIZZO INTERATTIVO
TOSCANA[10]	PORTA DI DOMINIO
UMBRIA	UTILIZZO INTERATTIVO
VALLE D'AOSTA	UTILIZZO INTERATTIVO
VENETO	GAF WEB

Risulta necessario evidenziare che, in discontinuità con il report pubblicato nel 2015, nel quale per alcuni indicatori erano riportate le elaborazioni dati riferite all'intero dataset SIMES contenente le informazione riferite sia a tutte le strutture pubbliche sia ad alcune strutture private, nel presente rapporto sono presentati unicamente i dati delle denunce di sinistri delle strutture pubbliche (cfr. paragrafo Limiti di qualità del dato).

UTILIZZO INTERATTIVO DEL SIMES/DS: adottato dalle Regioni che non dispongono di un proprio sistema informativo per la raccolta delle informazioni relative alle denunce sinistri.

[9] La Regione Sardegna, alla data di stesura del presente rapporto ha effettuato i test per l'utilizzo della Porta Di Dominio (PDD) pertanto, si presume, che la rilevazione delle denunce 2016 sarà effettuata con tale modalità.

[10] La Regione utilizza un proprio sistema di rilevazione e gestione delle denunce dei sinistri di cui è in corso la messa a punto della trasmissione dei dati al SIMES tramite Porta Di Dominio

Le informazioni (censimento e analisi) relative alle denunce sinistri 2015 vengono riportate nel presente lavoro in forma aggregata e senza alcun riferimento a dati sensibili.

Al fine di contestualizzare la lettura dei risultati in considerazione dei diversi modelli di gestione del rischio RCT/O adottati dalle singole Regioni, il presente rapporto include i risultati dell'indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze assicurative realizzata nel primo semestre 2016.

1. METODOLOGIA

L'oggetto della rilevazione dell'Osservatorio Nazionale Sinistri è rappresentato da:

- Le richieste di risarcimento danni pervenute alle strutture sanitarie pubbliche[11] nell'anno 2015 per eventi accaduti anche in anni antecedenti e che hanno interessato Pazienti, Lavoratori o Terzi;
- Le denunce cautelative effettuate dalle strutture sanitarie pubbliche nell'anno 2015;
- Le notifiche di atti giudiziari civili e penali avanzate nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche.

Le suddette informazioni vengono trasmesse al SIMES in accordo alla modalità individuata dalla singola Regione e Provincia Autonoma, riportata nel paragrafo precedente.

Le informazioni trasmesse al SIMES/DS vengono elaborate attraverso 22 indicatori definiti in collaborazione con le Regioni e il Ministero della Salute - Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica.

Per il monitoraggio 2015 è stato introdotto un ulteriore indicatore, Percentuale di sinistri per tipologia di struttura, ritenuto utile per una più completa descrizione del fenomeno, definito e calcolato a cura di Agenas. Esso intende rappresentare la distribuzione della frequenza delle richieste di risarcimento tra le diverse tipologie di strutture pubbliche:

- Aziende Ospedaliere
- Presidi Ospedalieri
- Aziende Ospedaliere Universitarie/Policlinici Universitari
- IRCCS e fondazioni pubblici
- Strutture territoriali pubbliche
- Aziende Sanitarie Locali

Nella rilevazione effettuata per l'anno 2015 permangono le criticità già riscontrate per alcuni indicatori; nello specifico si fa riferimento ad alcuni campi del SIMES/DS che, pur obbligatori,

[11] Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta (Fonte: rapporto SDO 2015)

non sono risultati correttamente valorizzati e ad alcuni contenuti non ritenuti adeguati a rappresentare, nello specifico, le cause degli eventi esitati in denunce di sinistri. Al fine di proporre una lettura omogenea della situazione del contenzioso nelle Regioni italiane, non risultano inclusi nel report i seguenti indicatori:

- ✓ Sinistri per disciplina;
- ✓ Sinistri per assistenza;
- ✓ Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno e assistenza;
- ✓ Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno e disciplina;
- ✓ Sinistri per causa

Vengono pertanto presentati nel paragarafo 4 dedicato ai risultati, i dati elaborati in accordo agli indicatori di seguito elencati[12]:

1. Indice di sinistrosità regionale (report Business Objective[13]);
2. Percentuale di sinistri per tipologia di struttura (indicatore Agenas);
3. Indice di richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi (report Business Objective);
4. Costo medio dei sinistri liquidati (report Business Objective);
5. Sinistri per tipologia di danno (report Business Objective);
6. Sinistri per tipo di prestazione (report Business Objective);
7. Costo medio sinistri liquidati per tipo di danno (report Business Objective);
8. Percentuali di sinistri liquidati (report Business Objective);
9. Sinistri per contesto di riferimento (report Business Objective);
10. Sinistri per causa (report Business Objective);

[12] In continuità con il report 2015 non sono stati utilizzati i due indicatori SIMES (1.Localizzazione Geografica delle denunce, 2. Dimensione Temporale della pratica di sinistro), poiché di scarso valore informativo ulteriore rispetto ai report BO

[13] Reportistica Web Intelligence implementata nel sistema informativo SIMES

11. Percentuale sinistri chiusi in via stragiudiziale entro l'anno (report Business Objective);
12. Sinistri per tipo di procedimento (report Business Objective);
13. Sinistri per tipologia di danneggiato (report Business Objective);
14. Costo presunto sinistri per Regione - P.A. (report Business Objective);
15. Rapporto tra importi liquidati e somme preventivate (report Business Objective);
16. Giorni medi per l'apertura di una pratica (report Business Objective);
17. Giorni medi per la chiusura di una pratica (report Business Objective);
18. Costo presunto sinistri per tipo di danno (report Business Objective);
19. Sinistri per tipologia tramite (report Business Objective);
20. Sinistri per sesso (report Business Objective);
21. Sinistri per età (report Business Objective)

Per ciascuno di essi viene riportata la scheda tecnica di supporto al calcolo.

Come ampiamente descritto nel rapporto 2015, i suddetti indicatori, definiti attraverso un complesso lavoro di condivisione con le Regioni nell'ambito del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, risultano in linea con quanto riportato nella letteratura internazionale edita in materia (cfr. Report 2015).

Rimane quale elemento di riflessione per future revisioni e aggiornamenti del sistema di reportistica la possibilità di computare nel calcolo del costo dei sinistri le spese legali e amministrative sostenute dalle strutture sanitarie per la gestione delle denunce di sinistri (Karcz A. et al. 1996; Harvey H. B et al. 2015; Cohen D. et al. 2012). Il suddetto elemento verrà proposto per la discussione nell'ambito del gruppo inter-regionale che è stato ricostituito all'interno al Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, che in linea con quanto previsto dall'art. 2 comma 6 del decreto di isituzione del SIMES lavorerà alla verifica e all'aggiornamento dei contenuti informativi del SIMES/DS. Il gruppo di lavoro è costituito da

esperti delle seguenti Regioni, autocandidatesi all'interno del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente: Basilicata, Emilia Romagna, Lombardia, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Veneto, oltre che dal Ministero della Salute -Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Obiettivo del lavoro sarà la risoluzione di alcune criticità e l'aggiornamento dei contenuti e delle procedure previste per il monitoraggio delle denunce sinistri. Si riporta a titolo di esempio, un elenco non esaustivo delle questioni che saranno trattate all'interno del gruppo di lavoro:

- Definizione dell'ambito di azione del monitoraggio (strutture pubbliche o anche private);
- Riclassificazione delle "cause" di sinistro;
- Verifica, con riferimento all'indicatore "Sinistri per età", della possibilità di inserire anche valori minori dell'anno di nascita del danneggiato (es: casi in cui il sinistro sia avvenuto nella fase diagnostico/prenatale);
- Rianalisi dell'indicatore "indice di sinistrosità regionale";
- Verifica della possibilità di abilitare la doppia selezione per il tipo di procedimento.

2. PROCEDURA

Al fine di garantire la significatività delle informazioni diffuse dall'Osservatorio Nazionale Sinistri, i dati trasmessi dalle Regioni al SIMES/DS vengono verificati e consolidati in accordo alla seguente procedura, condivisa con le Regioni e Province Autonome:

Entro il 28 febbraio di ogni anno	**Le Regioni e P.A. conferiscono i dati al SIMES/DS, in accordo alla modalità di trasmissione da esse individuata (GAF; PORTA DI DOMINIO; UTILIZZO INTERATTIVO)**
1 marzo – 31 maggio	**Agenas verifica i dati con le singole Regioni e P.A. (conferma ed eventuale rettifica dei dati)**
1 giugno – 29 settembre	**Agenas procede all'elaborazione del rapporto annuale**
1 settembre – 30 ottobre	**Agenas condivide con le Regioni e P.A. i contenuti del rapporto,le modalità e il livello di diffusione pubblica**
Novembre	**Trasmissione del rapporto al Ministro della Salute e alla Commissione Salute**
Entro il 30 Novembre	**Pubblicazione del rapporto annuale**

A cadenza biennale, il rapporto annuale sul monitoraggio delle denunce sinistri viene integrato con un aggiornamento dell'indagine sui modelli regionali per la gestione dei sinistri e delle polizze assicurative.

Per quanto attiene le modalità di diffusione delle informazioni rilevate dall'Osservatorio Nazionale Sinistri, in analogia alla procedura definita e condivisa in occasione del precedente monitoraggio, il report viene trasmesso in chiaro al Ministro della Salute. Per l'anno in corso, in accordo al processo di graduale disclosure discusso nell'ambito del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, il rapporto viene trasmesso in chiaro (dati aggregati a

livello regionale) anche alla Commissione Salute e, previo assenso delle singole Regioni, pubblicato nella stessa forma sul sito Agenas.

Ciò in considerazione del percorso, già condiviso con le Regioni, di progressivo ampliamento della diffusione dei contenuti del monitoraggio, in un'ottica di piena trasparenza, e della adeguata contestualizzazione dei dati presentati nel rapporto, che contiene anche dettagliata descrizione dei modelli adottati dalle Regioni per la gestione del rischio RCT/O. Ulteriori stimoli alla disclosure e alla trasparenza ci giungono dalle previsioni del DDL 2224 sulla responsabilità professionale che all'articolo 4.3 dello schema approvato dalla Camera dei Deputati contempla "*Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario*".

3. I MODELLI ADOTTATI DALLE REGIONI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO RCT/O

3.1 Gli obiettivi, l'approccio metodologico e gli strumenti

L'obiettivo principale che attraverso l'indagine condotta dall'Osservatorio Sinistri e Polizze Assicurative di Agenas si è inteso raggiungere è stato quello di aggiornare le informazioni relative ai modelli adottati dalle Regioni e P.A. per la gestione dei sinistri, rilevate e rese disponibili alle Regioni stesse e agli stakeholder tramite gli analoghi lavori realizzati nel 2009 e nel 2012/2013. In considerazione dell'attualità e del dibattito aperto dal Disegno di Legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario, si è ritenuto inoltre di interesse integrare detta indagine, con la rilevazione degli orientamenti delle Regioni rispetto a quanto previsto dal DDL in tema di trasparenza dei dati.

Come per gli analoghi lavori realizzati nel 2009 e nel 2012/2013, lo studio è stato improntato all'approccio metodologico della ricerca qualitativa, dimostratosi strumento adeguato ed efficace per la rilevazione e la descrizione dei modelli regionali di gestione sinistri.

Anche per la presente indagine Agenas ha utilizzato lo strumento del questionario, aggiornato e integrato (Allegato) rispetto alle versioni precedenti, dimostratosi valido ai fini dell'acquisizione delle informazioni richieste. Il questionario è stato articolato in quattro Aree (A, B, C e D) ciascuna contenente quesiti di interesse variabili a seconda del modello di gestione del rischio RCT/O adottato dalle Regioni:

- gestione diretta (nessuna polizza assicurativa);
- gestione assicurativa (polizza assicurativa per la copertura del rischio RCT/O);
- gestione mista (polizza assicurativa per danni catastrofali o franchigia/SIR a partire da € 500.000,00).

1. L'area A contiene quesiti generali rivolti a tutte le Regioni e P.A.;
2. L'area B contiene quesiti rivolti alle Regioni/P.A. che hanno adottato il modello di gestione assicurativo o misto;

3. L'area C contiene quesiti rivolti alle Regioni/P.A. che hanno adottato un modello di gestione diretta del rischio;
4. L'area D contiene i quesiti relativi al Disegno di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario.

La suddivisione dei modelli di gestione del RCT/O in tali categorie, nonché la traccia dei quesiti contenuti all'interno del questionario, sono stati preventivamente condivisi con i membri del gruppo di lavoro inter-regionale (cfr. paragrafo 1 Metodologia) prima dell'invio dello stesso ai referenti del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente.

Il questionario è stato inviato singolarmente, per posta elettronica, a ciascun referente regionale al quale è stata anche fornita una breve sintesi circa lo stato dell'arte del modello di gestione della propria regione riferito alla precedente indagine. Ciascun referente regionale ha potuto inviare un feedback tramite restituzione del questionario compilato o mediante intervista telefonica.

Nella prima parte del documento vengono sinteticamente descritti obiettivi, metodologia e strumenti utilizzati per definire lo stato dell'arte dei modelli per la gestione dei sinistri attualmente adottati dalle Regioni e P.A.

Nella seconda parte sono riportati i risultati dell'indagine 2016:

- Analisi dei modelli/sistemi regionali di gestione sinistri;
- Rilevazione degli orientamenti delle Regioni e P.A. rispetto a quanto previsto dal D.D.L. sulla responsabilità professionale in tema di trasparenza dei dati.

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

3.2 Le fasi della ricerca

FASE 1: Analisi dell'evoluzione dei sistemi precedentemente sviluppati e descritti nel rapporto relativo all'indagine del 2012/2013 e analisi dei sistemi regionali implementati successivamente.

Obiettivo specifico 1.1 –

- Rilevare eventuali revisioni apportate ai sistemi implementati antecedentemente al 2012 con particolare attenzione a modelli di riferimento per la gestione del rischio RCT/O.
- Acquisire informazioni di carattere generale con riferimento alla organizzazione dell'Ufficio Gestione Sinistri e alla collaborazione tra quest'ultimo, l'Ufficio Legale e il Risk Manager a livello aziendale.

Obiettivo specifico 1.2 –

- Inquadrare ciascuna Regione e P.A. all'interno di uno dei tre modelli di gestione del rischio RCT/0 (gestione diretta, gestione assicurativa, gestione mista).
- Evidenziare gli elementi caratterizzanti i modelli di gestione sinistri implementati a livello regionale, individuandone punti di forza e debolezza.
- Approfondire gli aspetti assicurativi per le Regioni e P.A. che abbiano adottato un modello di gestione assicurativa o misto.

Si specifica che per maggiore facilità di lettura e al fine di presentare i risultati in maniera omogenea e non frammentaria, le Regioni che non adottano una politica unitaria per tutte le aziende nelle strategie di gestione del rischio RCT/O sono state inserite all'interno di un apposito paragrafo.

FASE 2: *Obiettivo specifico* - Rilevare gli orientamenti delle Regioni e P.A. rispetto a quanto previsto dal D.D.L. 2224 sulla responsabilità professionale in tema di trasparenza dei dati.

L'obiettivo riveste interesse poiché è stato oggetto di acceso dibattito anche nel corso dei periodici incontri del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente. Mediante alcuni quesiti si sono voluti rilevare gli orientamenti delle Regioni rispetto a quanto previsto dal D.D.L. in tema di trasparenza dei dati e alle indicazioni che saranno eventualmente fornite, a livello regionale, sulle informazioni che potranno essere pubblicate all'interno dei siti aziendali qualora il DDL ottenesse l'approvazione del Senato. Questo con l'obiettivo di uniformare le informazioni fornite ai cittadini/pazienti in ottemperanza alle previsioni di trasparenza dei dati per tutte le Regioni e P.A.

3.3 I risultati della ricerca

Si riportano di seguito i risultati dell'indagine realizzata nel 2016 suddivisi in fasi, in accordo alla metodologia sopra descritta.

2.1 I risultati della FASE 1 - Analisi dell'evoluzione dei sistemi sviluppati negli anni precedenti e descritti nel rapporto relativo all'indagine del 2012/2013 e analisi dei sistemi regionali implementati successivamente alla suddetta data.

Obiettivo specifico 1.1 - Rilevare eventuali revisioni apportate ai sistemi implementati antecedentemente al 2012/2013, con particolare attenzione ai modelli di riferimento e acquisire informazioni di carattere generale relativamente alla organizzazione dell'Ufficio Gestione Sinistri e alla collaborazione tra quest'ultimo, l'Ufficio Legale e il Risk Manager.

Attraverso i quesiti contenuti all'interno dell'**Area A**, è stato richiesto a ciascuna Regione e P.A. se, rispetto alla precedente rilevazione, fossero state apportate modifiche al modello di gestione del rischio RCT/O.

Si riporta di seguito (Tabella n. 1) la tabella relativa ai modelli regionali di gestione del rischio RCT/O quale sintesi delle informazioni rilevate nel corso della precedente indagine (2012/2013).

(http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/14_indagine_sui_modelli_regionali_sinistri.pdf)

Tabella n. 1

Ricorso a polizze assicurative – indagine 2012/2013

	Ricorso a polizze assicurative	Livello di gestione
Abruzzo	SI	AZIENDALE
Basilicata	NO	AZIENDALE
P.A. Bolzano	SI	AZIENDALE
Calabria	SI	AZIENDALE
Campania	SI	AZIENDALE
Emilia Romagna	SI	AZIENDALE
Friuli Venezia Giulia	SI	REGIONALE
Lazio	SI	AZIENDALE
Liguria	NO	GESTIONE DIRETTA AZIENDALE
Lombardia	SI	AZIENDALE
Marche	SI	AZIENDALE
Molise	SI	AZIENDALE
Piemonte	SI	REGIONALE
Puglia	NO	AZIENDALE
Sardegna	SI	AZIENDALE
Sicilia	SI	REGIONALE
Toscana	NO	GESTIONE DIRETTA
P.A. Trento	SI	AZIENDALE
Umbria	SI	AZIENDALE
Valle D'Aosta	SI	AZIENDALE
Veneto	SI	AZIENDALE

Dall'indagine 2016 la situazione risulta quella rappresentata nella seguente tabella (Tabella n. 2):

Tabella n. 2

Modelli di gestione del rischio RCT/O – Indagine 2016

	Gestione assicurativa	Gestione diretta	Gestione mista	Livello di gestione
Abruzzo	X		X	**AZIENDALE**
Basilicata		X		**REGIONALE**
P.A. Bolzano	X			**REGIONALE**
Calabria	X			**REGIONALE**
Campania	X	X		**AZIENDALE**
Emilia Romagna		X		**REGIONALE**
F.V.G.[14]			X	**REGIONALE**
Lazio	X	X	X	**AZIENDALE**
Liguria		X		**REGIONALE**
Lombardia	X			**REGIONALE**
Marche	X	X		**AZIENDALE**
Molise	X			**REGIONALE**
Piemonte			X	**REGIONALE**
Puglia	X	X	X	**AZIENDALE**
Sardegna	X	X	X	**AZIENDALE**
Sicilia[14]		X		**REGIONALE**
Toscana		X		**REGIONALE**
P.A. Trento	X			**REGIONALE**
Umbria			X	**REGIONALE**
Valle D'Aosta	X			**REGIONALE**
Veneto			X	**REGIONALE**

[14] Per le Regioni Friuli Venezia Giulia e Sicilia che non hanno partecipato all'indagine 2016 si riportano le informazioni acquisite nell'ambito della precedente indagine (2012-2013)

3.3.1 I sistemi regionali di gestione sinistri: gestione assicurativa, diretta e mista: caratteristiche

Nel corso della precedente indagine 2012/2013 sono stati individuati tre principali modelli di gestione del rischio RCT/O le cui caratteristiche sono state condivise, preliminarmente, con i referenti del gruppo di lavoro ristretto ricostituitosi in seno al Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente.
Con riferimento ai tre modelli si era inteso quanto segue:

- **Gestione diretta**: non è previsto il ricorso ad alcuna polizza assicurativa e l'intera gestione del rischio è in capo all'Azienda/Regione;
- **Gestione assicurativa**: è in essere una polizza assicurativa per la copertura del rischio RCT/O;
- **Gestione mista**: è in essere una polizza assicurativa per danni catastrofali o franchigia/SIR (Self Insurance Retention) uguale o superiore a € 500.000,00.

  Con riferimento al modello di gestione mista, si rileva inoltre la ulteriore distinzione tra polizza assicurativa con franchigia e polizza con SIR, con riguardo al differente peso in termini di responsabilità gestionale in capo all'Azienda Sanitaria, condiviso con la compagnia nel primo caso ed esclusivamente aziendale in caso di SIR.

I suddetti criteri di classificazione sono stati rivisti, su base empirica, nel corso della conduzione dell'indagine, allineando ai modelli a quanto dichiarato da ciascuna Regione e P.A.
Nel paragrafo seguente vengono pertano rappresentati i modelli adottati dalle Regioni nell'ambito della seguente classificazione:

- **Gestione diretta**: non è previsto il ricorso ad alcuna polizza assicurativa la gestione del rischio è in capo all'Azienda/Regione;
- **Gestione assicurativa**: è in essere una polizza assicurativa per la copertura del rischio RCT/O; non sono previste franchigie e SIR;
- **Gestione mista:** contempla il ricorso a polizza assicurativa per la copertura del rischio RCT/O con previsione di franchigia o SIR

3.3.2 Le Regioni che hanno adottato un sistema di gestione diretta del rischio

REGIONE BASILICATA

La Regione **BASILICATA**, ha adottato a regime dal 2012 un modello di gestione diretta dei sinistri, internalizzando tutte le fasi di gestione. Sono state però apportate alcune modifiche relativamente alle fasi di processo accertativo/valutativo/decisionale; in particolare, è stata introdotta la fase di acquisizione della "second opinion" medico legale ad opera di una struttura pubblica terza (esterna al SSR), a garanzia di terzietà rispetto a quanto già accertato in fase istruttoria medico legale interna a ciascuna Azienda Sanitaria della Regione e in fase collegiale in seno al Dipartimento Interaziendale Gestione Sinistri (DIGS). L'acquisizione della "second opinion" è stata formalizzata attraverso la delibera aziendale n. 832 del 14.97.2014, prodotta dall'Azienda Sanitaria di Matera, capofila nell'ambito del predetto Dipartimento interaziendale.

La Regione BASILICATA: Il modello di gestione e l'organizzazione per la gestione del sinistro

La DGR n. 893/2012 ha permesso l'adozione un modello di gestione diretta dei sinistri con l'istituzione di una struttura complessa interaziendale e con la istituzione del Comitato Interaziendale per la Valutazione dei Sinistri, organismo terzo cui compete la decisione finale in ordine alla quantificazione dei risarcimenti. Sono in via di ridefinizione le competenze della figura del "loss adjuster" originariamente prevista dalla DGR sopracitata, attraverso la neoistituita funzione di "second opinion" e il Comitato Interaziendale di Valutazione Sinistri (CIVS) che dovrebbe analizzare le risultanze per valutare la possibilità di soccombenza e valutare definitivamente il danno. Un apposito fondo è istituito in capo alla Regione e garantisce la copertura degli esborsi; tale fondo è posto in bilancio dalle singole aziende sulla base degli importi dei risarcimenti mediamente erogati nel corso degli ultimi cinque anni. Per ciascuna richiesta di risarcimento danni, pervenuta all'azienda di riferimento, viene avviata una pratica istruttoria dal competente settore amministrativo aziendale attraverso la richiesta

all'interessato di produzione di consenso scritto per il trattamento dei dati personali e di eventuale documentazione sanitaria rilevante per la valutazione del caso, con contestuale comunicazione di apertura del sinistro al pertinente settore medico legale aziendale. Ad avvenuta acquisizione della documentazione di cui sopra, il settore di medicina legale competente procede con l'ottenimento della documentazione, in copia conforme, di pertinenza della propria Azienda Sanitaria integrata da una relazione sui fatti lamentati nella richiesta di risarcimento, rilasciata dal direttore della U.O. coinvolta. Quindi si procede, se del caso e previa convocazione, a visita medica dello stesso con la facoltà di effettuare approfondimenti clinici e/o strumentali, se utili per la migliore definizione del caso. A conclusione dell'istruttoria medico legale e/o amministrativa interna a ciascuna Azienda, il singolo caso viene discusso collegialmente in seno al DIGS e, al termine della discussione, viene redatto un verbale di valutazione congiunto medico legale e amministrativo sul caso esaminato. Tale valutazione viene trasmessa, unitamente a tutta al documentazione reperita in fase istruttoria, attraverso il sistema telematico dedicato, alla struttura terza convenzionata per il DIGS e incaricata per la "second opinion", per il rilascio del suo parere. Il sistema telematico assegna ciascuna pratica all'Istituto di Medicina Legale dell'Università degli studi di Foggia oppure a quello dell'Università La Sapienza di Roma. Successivamente all'acquisizione del parere di "second opinion", l'intero fascicolo di risarcimento danni viene esaminato in sede collegiale dal CIVS costituito dai direttori sanitari e dai direttori amministrativi di ciascuna Azienda del SSR che, con l'eventuale supporto del DIGS, definiscono il singolo caso in valutazione, rimettendo le proprie conclusioni al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria interessata per la propria deliberazione finale.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

In Regione Basilicata non è previsto un Ufficio gestione sinistri. La gestione è aziendale – Dipartimento Interaziendale Gestione Sinistri, ai sensi della DGR n. 983/2012, con sede presso l'Azienda Sanitaria di Matera e un responsabile. Tale Dipartimento coordina tutte le attività afferenti al sistema di autoassicurazione adottato dalla Regione Basilicata. Il DIGS, la cui direzione è in capo al dirigente amministrativo dell'Azienda Sanitaria di Matera, è costituito da un rappresentante per l'area di medicina legale e un rappresentate dell'area amministrativa di ciascuna Azienda del SSR. È facoltà del DIGS individuare, per le richieste di

risarcimento danni pervenute, un esperto della branca specialistica oggetto di valutazione, all'interno delle figure professionali di cui è dotata la regione Basilicata, figura terza rispetto a quella coinvolta nella richiesta di risarcimento dei danni, per le necessarie valutazioni specialistiche del singolo caso. Lo specialista, chiamato a supporto della valutazione, è esso stesso automaticamente componente del DIGS. Nelle Aziende Sanitarie è attiva la U.O. di Medicina Legale. Si rappresenta che, a seguito della recente riapprovazione degli atti aziendali, le Aziende AOR San Carlo di Potenza, l'Azienda Sanitaria di Potenza e l'IRCCS CROB di Rionero in Vulture hanno concordato la istituzione di una struttura complessa interaziendale di Medicina legale, in via di implementazione. In attuazione delle deliberazioni regionali per la gestione del rischio clinico e per la sicurezza del paziente, le aziende del SSR hanno deliberato a favore della costituzione della specifica Funzione aziendale dedicata, del Gruppo Aziendale di Coordinamento (GAC) e della Rete dei referenti aziendali. Della Funzione aziendale dedicata alla gestione del rischio clinico fanno parte, tra gli altri, il clinical risk manager e il medico legale, entrambi già coinvolti nelle attività del Dipartimento Interaziendale Gestione Sinistri.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Il modello garantisce una valutazione oggettiva e appropriata, in base al coinvolgimento delle necessarie competenze, delle richieste pervenute.

REGIONE EMILIA ROMAGNA

In Regione **EMILIA ROMAGNA,** secondo quanto riportato nei risultati dell'indagine 2012/2013, risultava che tutte le Aziende fossero provviste di copertura assicurativa gestita a livello regionale e che fosse stata condotta una gara per le tre Aree Vaste in cui è suddivisa la Regione:

- *Area Vasta Emilia Nord;*
- *AVEC, Area Vasta Emilia Centro;*
- *Area Vasta Romagna*.

Per l'individuazione del broker e delle compagnie assicurative la gara era stata gestita a livello di Area Vasta. A seguito di negoziazione era stato selezionato sul territorio MARSH come broker unico e diverse compagnie assicurative. Il broker operava all'interno delle ATI (Associazioni Temporanee di Impresa) presenti in ogni Area.

Questo modello veniva ritenuto assolutamente insoddisfacente proprio in considerazione delle numerose problematiche sorte con le compagnie assicurative. Era stato pertanto definito un progetto di gestione diretta con una ripartizione in tre fasce di rischio:

- Prima fascia, fino a € 100.000, a gestione esclusivamente aziendale;
- Seconda fascia, da € 100.000 a € 150.000, a cogestione aziendale - regionale, con un nucleo di valutazione a supporto dell'Azienda;
- Terza fascia, a partire da € 1.500.000, in cogestione tra Azienda – Regione - Assicurazione.

Come da successiva rilevazione, risulta che la Regione Emilia Romagna ha adottato a regime un differente modello di gestione diretta dei sinistri.

La Regione Emilia Romagna: Il modello di gestione e l'organizzazione per la gestione del sinistro

Dal gennaio 2014 all'interno della Regione sono state fissate due fasce economiche alla cui determinazione provvede la Giunta Regionale: una gestione aziendale fino a € 250.000 e una cogestione Azienda - Regione al di sopra la soglia di € 250.000. Non è più prevista alcuna forma di assicurazione. Nell'ambito della prima fascia gli enti provvedono direttamente ed esclusivamente con risorse del proprio bilancio a corrispondere i risarcimenti, provvedendo in via preliminare alla valutazione della sussistenza della responsabilità e alla determinazione del *quantum*; nell'ambito della seconda fascia la Regione e gli enti collaborano nella gestione dei sinistri. Gli enti provvedono alla liquidazione mediante il fondo regionale, fatto salvo l'importo definito per la prima fascia che resta a carico degli stessi. È stato elaborato pertanto un nuovo programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri, derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie. Tale programma si caratterizza proprio per la gestione diretta dei sinistri da parte del SSR, nella logica di una collaborazione tra Aziende Sanitarie e Regione Emilia Romagna mirando a garantire un

assetto unitario e omogeneo sul territorio nelle fasi di prevenzione, di valutazione della pretesa risarcitoria e di monitoraggio. Tale scelta è stata effettuata in considerazione dei dati relativi all'andamento del rischio negli ultimi cinque anni, quindi della entità media dei sinistri raggruppati per classi dimensionali. Unicamente l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, l'USL di Ferrara e l'Istituto Ortopedico Rizzoli non sono ricompresi in questo modello di gestione diretta. Hanno difatti in essere una polizza assicurativa con AM Trust con franchigie pari a € 250.000.

Il fondo regionale e gli accantonamenti aziendali per la gestione dei sinistri vengono determinati mediante una costante valutazione da parte delle Aziende su riserve e accantonamenti; quando viene superata la soglia se ne invia la comunicazione alla Regione. Vengono indetti dei Comitati di Valutazione Sinistri (CVS) appositamente per le valutazioni preliminari, con l'obiettivo di poter stabilire un ordine di grandezza del risarcimento. La metodologia seguita è similare a quella che viene effettuata dalla compagnia assicurativa, ma con una gestione molto attenta e oculata a livello regionale.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Le Aziende garantiscono l'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio e adottano ciascuna un proprio Programma Aziendale. È prevista l'obbligatorietà di alcune figure e organismi: medico legale interno, struttura legale e/o assicurativa, Comitato di Valutazione Sinistri. La struttura legale e/o assicurativa assume la gestione del caso, procede alla quantificazione del danno sulla base della valutazione medico - legale e della discussione in CVS e agisce direttamente nella fase di negoziazione. Le Aziende devono dotarsi di figure interne in possesso di abilitazione. Qualora all'interno dell'Azienda non siano presenti professionalità adeguate, è possibile ricorrere agli strumenti di integrazione previsti in ambito di Area Vasta (DGR n. 927/2011 – Direttive alle Aziende sanitarie per la regolamentazione delle relazioni in ambito di area vasta) o avvalersi, in via eccezionale, di collaborazioni o consulenze esterne. In ciascuna Azienda è presente il CVS che è deputato alla valutazione dei sinistri. La sua composizione è variabile e possono essere presenti diverse professionalità, quali il Risk Manager, il medico di Direzione Sanitaria e il Dirigente del Servizio Infermieristico, devono però farne parte un componente dell'Ufficio Legale e/o Assicurativo e il medico legale interno. È prevista una fase di istruttoria durante la quale viene

acquisito il parere medico - legale; successivamente, nel caso in cui il livello di gestione sia di tipo regionale, il tutto viene trasferito all'Ufficio Legale. Con riferimento alla gestione dei sinistri entro la soglia di € 250.000, su richiesta dell'Azienda, potrà essere previsto un intervento del Nucleo di Valutazione che consisterà in una forma di consulenza legale e medico - legale limitatamente alle posizioni per la quali sussistano difficoltà. Il Nucleo di Valutazione viene istituito quale organismo autonomo della Giunta Regionale e ha funzioni consultive in merito alle decisioni da assumere nella gestione dei sinistri di elevato impatto economico. Deve prevedere la presenza di professionalità esperte nel settore sanitario, medico legale e legale assicurativo. In relazione ai sinistri compresi nella seconda fascia, la Regione interviene in modo più pregnante nel rapporto Azienda/utente esprimendo, obbligatoriamente, un parere consultivo su sussistenza di responsabilità, identificazione delle voci di danno, quantificazione e liquidazione delle stesse, accollandosi l'onere finanziario conseguente, al netto dell'importo di prima fascia. L'Azienda Sanitaria esplica l'istruttoria preliminare e partecipa alla valutazione del sinistro, alla trattazione definitiva con il danneggiato dell'importo ritenuto equo. In seconda istanza, viene interessato il Nucleo Regionale. Tutto l'iter viene garantito da apposita procedura. Su richiesta del Direttore Generale dell'Assessorato Sanità e Politiche Sociali, il Nucleo Regionale può svolgere attività ispettiva e di indagine su eventi avversi di particolare rilevanza.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato Si ritiene che il modello utilizzato risponda in maniera efficace alle esigenze della Regione poichè ha permesso di ripristinare la relazione di fiducia tra il professionista e la struttura sanitaria. Il punto di forza è inoltre costituito dal totale coinvolgimento delle Aziende Sanitarie. Questo ha portato a una maggiore responsabilizzazione nei confronti della persona/paziente e della sua presa in carico. Dal punto di vista della umanizzazione è stato compiuto un grande passo avanti rispetto alla precedente gestione assicurativa. Lo scopo del programma implementato in RER è quello di conoscere le vere cause degli errori e intervenire per ridurre gli eventi avversi prevenibili. Dunque, la gestione del contenzioso viene ricompresa nell'ambito della più complessa attività di gestione del rischio.

La Regione **LIGURIA** già dalle precedenti rilevazioni risultava aver adottato un sistema di gestione diretta del rischio applicabile all'intero Servizio Sanitario Regionale, adottando la Legge n. 28 del 26 ottobre 2011 ad oggetto "Programma assicurativo per rischi da responsabilità civile delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale".

La Regione Liguria: Il modello di gestione e l'organizzazione per la gestione del sinistro

Il nuovo sistema è a regime dal 1 gennaio 2014; a partire dal 2012 sono entrate nel programma regionale anche le ASL 1, ASL 2, ASL 4, ASL 5 e due IRCCS (S. Martino - IST e Gaslini). Al fine di uniformare le modalità di attuazione del sistema, la Regione Liguria ha emanato linee di indirizzo relative sia alla formazione di appositi organi con funzione di coordinamento e gestione sia alla costituzione di appositi fondi adottando inoltre, con DGR 102/2014, l'attuale versione del "Protocollo Regionale di Gestione Sinistri".

Un apposito fondo in capo alla Regione garantisce la copertura degli esborsi che le Aziende dovranno effettuare nel corso di ciascun anno, per ciascun sinistro liquidato e delle spese di funzionamento del sistema. Al fondo sono ascritte le richieste danni pervenute nell'esercizio indipendentemente dalla data dell'evento occorso; da tale fondo sono attinte le risorse da liquidare. In bilancio regionale è stato previsto un apposito capitolo che per gli anni 2012 e 2013 ammontava a € 15.000.000 rispettivamente. Essendo il sistema a regime dal 2014, si è provveduto a parametrare nuovamente il fondo che è stato portato all'attuale cifra di € 25.000.000.

La Regione Liguria ha scelto di avvalersi di tale modello di gestione del rischio sia per ragioni di efficienza, sia per motivi di economicità e di mercato in considerazione della problematica delle gare per l'affidamento della copertura assicurativa sovente deserte.

Per quanto riguarda il calcolo del fondo, essendo la spesa collegata a variazioni del numero e del risarcimento medio dei sinistri, viene effettuato dal Loss Adjuster che, con calcoli di matematica attuariale e statistica, individua per ogni sinistro denunciato l'importo che presumibilmente potrebbe essere liquidato. Tale importo viene posto a riserva per garantire la liquidazione futura di ogni sinistro. In via cautelare, l'importo riservato, comprende anche

le posizioni per cui si procede a un rigetto, in considerazione della valutazione negativa circa la carenza di responsabilità dell'azienda o dell'ente interessato.

Tutti i sinistri comportano dunque una riserva; per una parte di essi si potrà poi procedere all'archiviazione definitiva - "sinistri senza seguito" - e all'azzeramento della riserva. Questo avviene trascorsi 24 mesi dalla data del respingimento senza riassunzione della pratica.

Con riferimento alla gestione del sinistro, ogni Asl/Ente del SSR è titolare dell'attività istruttoria correlata alle richieste danni di propria competenza e provvede alla istruttoria e alla gestione dei sinistri.

1- Sinistri stragiudiziali: al ricevimento della richiesta danni con protocollo aziendale la struttura competente prende in carico la pratica e provvede alla preliminare verifica dell'ammissibilità della richiesta risarcitoria. L'Asl/Ente, entro 20 giorni dal ricevimento della richiesta, notifica al danneggiato e al Loss adjuster, per conoscenza, l'apertura della pratica e richiede la documentazione medico-legale e/o sanitaria alla controparte, con un termine di 15 giorni. Contestualmente, l'Asl/Ente acquisisce tutta la documentazione necessaria alla istruttoria della pratica (cartella clinica, infermieristica, consenso informato ecc). Decorsi i 15 giorni, l'Asl/Ente chiede la stesura di dettagliata relazione medica ai Direttori della struttura coinvolta. Il Direttore della struttura è tenuto a informare del contenzioso i soggetti interessati che sottoscrivono la relazione. Terminata la fase istruttoria l'Asl/Ente provvede a inserire il fascicolo del sinistro nella procedura informatica del Loss Adjuster il quale registrerà la pratica di sinistro nel software operativo dedicato, acquisirà se necessario la perizia medico-legale, predisporrà la scheda tecnica del sinistro con indicazione della sussistenza di eventuale responsabilità e del *quantum.* Infine, convocherà e inoltrerà il fascicolo al Comitato Gestione Sinistri (CGS) che procederà alla disamina della pratica e alla restituzione del fascicolo al Loss Adjuster con le indicazioni in merito alla definizione del contenzioso. Come anticipato, nel caso in cui la proposta di transazione sia di valore uguale o superiore a € 150.000 o in casi di particolare complessità, il CGS può richiedere la trasmissione degli atti al Comitato Regionale Sinistri (CRS) per acquisirne parere formale in ordine alla definizione del sinistro. Tale parere sarà vincolante.

All'esito delle determinazioni del CGS, nel caso di proposta transattiva il Loss Adjuster, entro 10 giorni dalla data di riunione del Comitato, emette quietanza a favore del beneficiario e inoltra l'atto di transazione e quietanza, sottoscritto dalla controparte, all'ASL/Ente; trasmette

poi all'ASL capofila e all'ASL/Ente competente il prospetto riepilogativo dei costi. In caso di reiezione del sinistro il Loss Adjuster, entro 10, giorni dalla data di riunione del Comitato predispone nota motivata. Se la proposta transattiva non va a buon fine il Loss Adjuster ripropone il riesame del sinistro al CGS per definire il contenzioso in via stragiudiziale.

2. Procedura di gestione vertenze civili: all'atto di notifica di un procedimento civile la struttura competente per la gestione del sinistro predispone deliberazione di conferimento di incarico ad un legale compreso nell'elenco predisposto dal Loss Adjuster su indicazione dell'Asl/Ente con tariffe predefinite.

3. Procedura gestione procedimenti penali: nel caso in cui al dipendente sia notificato un procedimento penale, l'Asl/Ente titolare propone al proprio dipendente la nomina di un legale penalista di cui all'elenco predisposto dal Loss Adjuster su indicazione dell'Asl/Ente con tariffe predefinite, facendo presente che la nomina è assolutamente fiduciaria.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Presso ogni Azienda/Ente è previsto un Ufficio competente per la gestione dei sinistri (Struttura Affari Legali, Struttura Affari Generali e Legali o struttura equivalente).

Per il suo funzionamento il sistema della Regione Liguria si avvale dei seguenti organi: Comitato Regionale Sinistri (CRS), Comitati Gestione Sinistri (CGS) di area ottimale[15]. È stata attribuita inoltre una funzione di coordinamento alla ASL n. 2 Savonese, in qualità di capofila con la funzione di gestire il fondo, formulare annualmente una proposta sul suo dimensionamento e fornire, trimestralmente, al Dipartimento Salute e Servizi Sociali e al Comitato Regionale Sinistri un report sui sinistri liquidati e sull'andamento delle partite in essere.

Il Comitato Regionale Sinistri (CRS) è costituto da:

- un esperto giuridico in qualità di Presidente;
- un medico legale, proposto dall'Ordine professionale di appartenenza;
- un esperto legale nella gestione dei sinistri, proposto dall'Ordine professionale di appartenenza;
- un esperto nella gestione del rischio clinico;

[15] la dimensione territoriale individuata come livello ottimale per la programmazione integrata dei servizi e per la gestione in forma unitaria di specifiche attività tecnico amministrative di livello interaziendale

- un Loss Adjuster individuato a livello regionale;
- un dirigente regionale (o un suo delegato) del Dipartimento Salute e Servizi Sociali;
- un dirigente regionale (o un suo delegato) della Direzione Centrale Risorse Strumentali Finanziarie e Controlli;
- un'unità di personale con compiti amministrativi.

Tale organo ha funzioni di coordinamento e indirizzo dei Comitati Gestione Sinistri di area ottimale (CGS) finalizzati a garantire il corretto funzionamento del sistema e la sua uniformità in ambito regionale, nonché il contenimento dei tempi di definizione dei sinistri; Esplica attività di "second opinion" per i sinistri la cui proposta di transazione da parte del CGS sia di valore uguale o superiore a 150.000 euro oppure, su richiesta dei CGS nei casi di particolare delicatezza e complessità. Svolge funzione di riferimento per il monitoraggio della sinistrosità e degli eventi avversi in collegamento con l'Agenzia Sanitaria Regionale e con la Commissione regionale per il rischio clinico. Propone inoltre attività formative.

I Comitati Gestione Sinistri di area ottimale (CGS) sono costituiti in ognuna delle tre aree ottimali (di cui all'art. 7 legge regionale n. 41/2006): Ponente (Aziende sanitarie locali 1 e 2), Metropolitana (area metropolitana genovese) e Levante (Aziende sanitarie locali 4 e 5). Tali comitati sono costituiti per la trattazione e definizione dei sinistri in via transattiva e sono costituiti da:

- un loss adjuster;
- un responsabile della medicina legale;
- un responsabile della gestione amministrativa e legale dei sinistri;
- un responsabile della gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure;
- un membro della direzione sanitaria;
- personale amministrativo.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Il programma adottato dalla Regione Liguria ha avuto ragioni di efficienza e di economicità oltreché di mercato, in considerazione della sempre più rilevante problematica della difficoltà di reperire polizze sul mercato e delle gare deserte. Tale programma regionale permette inoltre di pervenire tempestivamente alla definizione dei sinistri in via stragiudiziale e a garantire risarcimenti congrui e in tempi rapidi.

Dalle precedenti rilevazioni risultava che la Regione **TOSCANA,** con Delibera 1203 del 21-12-2009 "Gestione diretta del rischio per responsabilità civile Servizio Sanitario Toscano – linee di indirizzo", avesse introdotto la gestione diretta del rischio per responsabilità civile verso terzi, con l'istituzione dei Comitati Gestione Sinistri (CGS) in tutte le aziende del Servizio Sanitario Toscana (SST). Il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente (CRGRC), in ottemperanza alla suddetta delibera, aveva realizzato all'interno delle tre aree vaste un corso di formazione per i membri dei CGS al fine di sviluppare e uniformare le competenze in materia di responsabilità civile, valutazione del danno e risarcimenti.

La Regione Toscana: Il modello di gestione e l'organizzazione per la gestione del sinistro Il modello toscano di gestione del rischio RCT/O non ha subito sostanziali modifiche. Si fonda sull'attività dei Comitati Gestione Sinistri costituiti all'interno di ogni Azienda Sanitaria per la trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri in via transattiva.
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 un analogo Comitato Gestione Sinistri di Area Vasta, i cui componenti sono designati dal Comitato dei Direttori Generali di Area Vasta.
Con Delibera 1234 del 2011, è stato istituito il Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS) obbligatorio per tutti i sinistri per i quali l'Azienda Sanitaria prevede un risarcimento di entità uguale o maggiore a € 500.000 e discrezionale da parte dell'Azienda Sanitaria per quelli superiori a € 100.000 .
Per tutti i sinistri per i quali sia stata accertata la responsabilità dell'Azienda, ogni CGS aziendale deve provvedere a:
a) Iscrivere nel data base 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 gg. 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.

Al fine di consentire una più compiuta acquisizione degli elementi conoscitivi dell'evento avverso, mediante l'applicativo regionale "Sistema Integrato per la Gestione del Rischio Clinico", tutti gli eventi avversi con richiesta di risarcimento o per i casi per i quali è prevedibile, sono disponibili al sistema di gestione del rischio clinico, in particolare al referente aziendale per la gestione dei rischio clinico e al responsabile degli affari legali. Il Sistema informativo Regionale per la Gestione dei Sinistri (SRGS) rappresenta la banca dati di riferimento per il monitoraggio e l'analisi della sinistrosità come previsto dalla DGR 297/2008. Il Centro Gestione del Rischio Clinico, è incaricato della manutenzione ordinaria e straordinaria del sistema informatico regionale per la gestione dei sinistri e adotta al suo interno un regolamento che contiene indicazioni inerenti il funzionamento del Comitato e le modalità di relazione con e per le aziende. Tali indicazioni devono essere approvate dai Comitati di Area Vasta.

La gestione diretta del rischio pone a carico della Regione, tramite il Fondo Sanitario Regionale, i costi relativi alla responsabilità civile circa i sinistri sanitari. Pertanto, il Fondo Sanitario Regionale garantisce la copertura degli esborsi che le Aziende devono 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. Viene data evidenza dei sinistri aperti i quali vengono valutati come "probabili aperti" con grado di "risarcimento probabile", suscettibile pertanto di aggiustamenti nelle valutazioni e quindi potenzialmente variabile. Ciascuna Azienda, successivamente, comunica a consuntivo il dato di quanto è stato effettivamente liquidato nel corso dell'anno.

Benché all'interno della Regione sia a regime un sistema di gestione diretta, si evidenzia che la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio ha in essere un contratto di assicurazione senza franchigia con la compagnia assicurativa Carige. La Fondazione non si avvale della consulenza di un broker e non vengono effettuati interventi dal livello regionale. Tali scelte sono dovute al fatto che la struttura presenta una bassissima sinistrosità con relativa esigue richieste di

risarcimento in virtù dell'alta specializzazione dei servizi erogati. La polizza è stata contratta autonomamente ed è in essere da lungo tempo.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Come anticipato, all'interno di ogni Azienda è prevista l'istituzione di Comitati Gestione Sinistri (CGS), organismi multidisciplinari che hanno i compito di procedere alla trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri in via transattiva.

I CGS sono composti dalle seguenti figure professionali:

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

A livello regionale invece è costituito il Comitato Regionale che si riunisce presso il CGRC. Con Delibera 1234 del 2011 è stato istituito il Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS), obbligatorio per tutti i sinistri per i quali l'Azienda Sanitaria prevede un risarcimento di entità uguale o maggiore a € 500.000 e discrezionale, da parte dell'Azienda Sanitaria, per quelli superiori a € 100.000. Di tale comitato, ai cui membri non è dovuto alcun compenso, fanno parte oltre al Direttore del Centro Gestione 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.
- i suddetti professionisti sono individuati, su designazione dei coordinamenti di area vasta, dalla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale.

I CGS aziendali sono organismi multidisciplinari e sono previsti Uffici Affari Generali e Legali. La collaborazione non è meramente formale ma effettiva e riguarda la gestione della sinistrosità in tutto il percorso. La collaborazione si concretizza nelle frequenti riunioni e negli incontri che possono avvenire a livello aziendale o interaziendale nei comitati di Area Vasta.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Il modello adottato dalla Regione Toscana risponde efficacemente all'esigenza di riuscire a trattenere alcune informazioni sulla sicurezza delle cure che in precedenza andavano disperse e di adottare le azioni di miglioramento sulle quali investire. Ha permesso inoltre di rinsaldare il rapporto di fiducia con i cittadini danneggiati. Tutti i passaggi sono internalizzati e i contatti avvengono direttamente con l'azienda con la quale i rapporti non vengono mai interrotti; è stata riscontrata inoltre una considerevole riduzione dei tempi.

Si sta attualmente ragionando per pervenire a uno strumento in grado di penalizzare i budget delle strutture che, in presenza di sinistri, evidenzino carenze nella gestione del controllo della qualità e delle cure; tutto questo senza pesare sul cittadino il quale ha diritto a ricevere il proprio risarcimento.

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

La **P.A. di BOLZANO** dalle ultime rilevazioni ha optato per il ricorso alla polizza assicurativa che, dal 2009, non prevede più alcuna franchigia. Tale modello è stato confermato anche nella indagine 2016.

La P.A. di Bolzano: Il modello di gestione e la polizza assicurativa

All'interno della Provincia Autonoma è previsto un unico referente per la gestione del contratto assicurativo che si occupa della mappatura del rischio e dell'adeguamento del premio. La Provincia è composta da n. 4 comprensori su due dei quali (Bolzano e in parte Merano) è previsto un Comitato di Gestione Sinistri che si incontra periodicamente per discutere dei sinistri accaduti. È prevista inoltre l'attivazione di un comitato di gestione aziendale per tutti e quattro i comprensori. Il Servizio di Medicina Legale da quest'anno è operativo come servizio aziendale, quindi per tutti e quattro i comprensori, mentre in precedenza era attivo solo per Bolzano e Merano.

Il livello di gestione è aziendale, da parte dell'azienda unica provinciale, ed è stata contratta una polizza assicurativa con UNIQA OSTERREICH VERSICHERUNGEN A.G.I. VIENNA senza avvalersi della compagnia di brokeraggio in fase di gara. Per poter operare in Italia, la compagnia deve però appoggiarsi a un broker per la traduzione dei sinistri italiani. Il premio viene calcolato mettendo a base i premi imponibili al momento dell'indizione della gara, sui quali viene applicato un tasso e un premio lordo. Non viene effettuata la regolazione bensì la revisione del premio su base ISTAT. Ad oggi le azioni di gestione del rischio clinico non influenzano la determinazione del premio il quale invece potrebbe essere influenzato in caso di nuova gara dal numero di sinistri, dal numero di sinistri denunciato e dal valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno.

Il contratto di assicurazione attualmente in essere ha la durata di cinque anni, suddiviso in tre più due con scadenza al il 30 giugno 2017, con proroga tecnica di 180 giorni. Nel contratto è prevista la clausola claims made e clausole di ultrattività (120 giorni dalla scadenza) e retroattività della polizza (con riferimento a situazioni a partire dal 1/1/96). Sono previste

inoltre facoltà di recesso, estensione della garanzia, clausole di precisazione della garanzia (soprattutto nel casi di "esclusione" quando, dunque, la garanzia viene esclusa) e clausole in caso di variazione del rischio.

Come anticipato, non vi è alcuna franchigia. È previsto un massimale per sinistro pari a € 10.000,000 e un massimale aggregato annuo pari a circa € 60.000,000, poichè l'azienda è composta da 4 comprensori. Non è invece previsto alcuno scoperto sul sinistro.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

A livello aziendale, l'ufficio rischi assicurativi e sinistri gestisce il contratto, invece la raccolta e la gestione operativa dei sinistri è suddivisa per ogni comprensorio. L'ufficio deputato alla gestione dei sinistri è inserito all'interno dell'area legale affari generali. A livello della P.A. l'ufficio che si occupa della gestione dei sinistri è l'Unità Operativa Governo Clinico, che si interfaccia con Ministero della Salute, Regioni e Agenas. È previsto un servizio di medicina legale che, da quest'anno, diventerà aziendale. La collaborazione con il risk manager, soprattutto per quanto riguarda gli eventi sentinella, viene svolta dall'U.O. Governo Clinico e la funzione del risk manager viene svolta dal coordinatore di tale unità. A partire dal 2011, è divenuta operativa una procedura uniforme aziendale, condivisa con l'assessorato, per la gestione degli eventi sentinella; rimane invece ancora da approvare la procedura sui sinistri, benché siano in corso numerosi incontri volti ad alimentare i dati all'interno del SIMES. Esiste, inoltre, un gruppo rischio clinico aziendale al quale partecipano rappresentanti dell'Ufficio Gestione Sinistri, medicina legale, qualità, risk manager, clinici e il referente per i reclami e il rapporto con il pubblico.

Le considerazioni della Provincia sul modello adottato

Attualmente sulla base delle rischieste risarcitorie si ritiene che il modello adottato risponda efficacemente alle esigenze della P.A.

Quale punto di forza, si evidenzia che il servizio di medicina legale aziendale aumenti la consapevolezza del rischio e la procedura aziendale sugli eventi sentinella. L'assicurazione senza franchigia viene percepita come un vantaggio per gli operatori front office. Buono il livello di collaborazione con il gruppo interaziendale e l'ufficio U.O. Governo Clinico. Buoni anche i rapporti con la compagnia assicurativa. Per quanto riguarda i punti di debolezza, si

rileva che ancora non esiste una procedura operativa per la gestione dei sinistri, benché sia in fase di elaborazione. Non esiste inoltre, un ufficio per la gestione dei sinistri a livello aziendale benchè si povveda all'inserimento dei sinistri all'interno di SIMES. Sarebbe auspicabile una formazione omogenea sul rischio clinico perché non esistono, ad oggi, percorsi uniformi a livello aziendale. Benchè l'Unità Governo Clinico sia strettamente collegata all'accreditamento si rileva altresì che, a livello di aziendale, non sia presente una struttura che integri i vari ambiti afferenti alla gestione del rischio clinico (INAIL, sinistri, eventi sentinella, reclami),

REGIONE CALABRIA

Dalle ultime rilevazioni risulta che la **Regione CALABRIA** abbia recentemente sottoscritto una polizza regionale con franchigia di € 100.000 per sinistro; l'informazione trova conferma nelle più recenti rilevazioni.

La Regione Calabria: Il modello di gestione e la polizza assicurativa

A partire dal 2014 la Regione Calabria ha stipulato una polizza assicurativa di responsabilità nella forma "Claims made"con AM TRUST EUROPE, della durata di anni tre più tre, con data di inizio garanzia differenziata per Azienda. Il contratto avrà validità fino al 31.12.2020 e cesserà automaticamente alla scadenza, senza obbligo di disdetta. Il contraente alla data del 31.12.2017, avrà facoltà di richiedere il rinnovo della polizza per altri 3 anni alle stesse condizioni normative ed economiche attualmente in essere.

Con riferimento alla Responsabilità Civile verso Terzi il massimale per sinistro e per persona è pari a € 5.000.000; con riferimento alla Responsabilità Civile verso prestatori di lavoro il massimale per sinistri, per persona e per sinistro in serie è pari a € 5.000.000. Il limite aggregato per ciascuna Azienda Beneficiaria/Assicurata è di € 30.000.000.

Per quanto riguarda la determinazione del premio, il contratto non è soggetto a regolazione essendo il premio calcolato in forma "flat" per tutta la durata dell'assicurazione. Il contraente dovrà dare comunicazione alla Società di ogni aggravamento del rischio, è previsto difatti che la stessa, al verificarsi di variazioni, possa richiedere la modificazione delle condizioni in corso.

La Regione Calabria si avvale del supporto della compagnia di brokeraggio, AON S.p.A., che si occupa di mediare tutte le comunicazioni con la compagnia di assicurazione. Il broker viene remunerato dalla società con la quale è stipulata la polizza con una provvigione del 5% sui premi imponibili assicurativi.

In caso di sinistro, l'Azienda deve dare avviso scritto, alla Società o al Broker, entro 90 giorni da quando l'ufficio preposto ne abbia avuta formale conoscenza, fornendo un dettagliato rapporto scritto unitamente alla documentazione ricevuta. Deve dare comunicazione alla

Società di qualunque domanda o azione proposta dall'infortunato o suoi aventi diritto o terzi, nonché dall'INAIL. La Società si impegna a predisporre un report sinistri da fornire con cadenza trimestrale (anagrafica, date, descrizione tipologia, importo, stato del sinistro). Le parti stabiliscono di comune accordo l'ammontare delle riserve, previa definizione congiunta dei criteri di quantificazione. La Società assicuratrice inoltre partecipa attivamente al Comitato Valutazione Sinistri.

L'assicurazione R.C.T. è soggetta all'applicazione di una franchigia fissa per ogni sinistro di € 100.000sia per danni a persone sia per danni a cose. Sono presenti clausole di retroattività, di precisazioni garanzia (soprattutto con riferimento a quelle di esclusione) e di estensione di garanzia.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Ogni Azienda beneficiaria/assicurata della Regione Calabria è dotata di un Comitato Valutazione Sinistri.

REGIONE LOMBARDIA

Secondo quanto riscontrato nel corso delle precedenti rilevazioni, la **REGIONE LOMBARDIA** aveva adottato un sistema di gestione dei sinistri mista con una SIR a € 250.000. 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 indetta una gara a livello regionale con una prima negoziazione attraverso la Centrale di Committenza di Regione Lombardia (Centrale Regionale Acquisti). Sono stati uniformati i capitolati di base, quotate le condizioni contrattuali, definito l'accordo quadro che selezionava le compagnie assicurative che avrebbero partecipato all'appalto e strutturata la documentazione a supporto della gara. Attraverso questo modello si è inserita una SIR (Self Insured Retention) per sinistro, di € 250.000. Le Aziende gestivano in proprio i sinistri sotto soglia; quelli sopra soglia venivano invece trasferiti al mercato assicurativo.

La Regione Lombardia: Il modello di gestione

Il sistema adottato dalla Regione Lombardia è rimasto sostanzialmente invariato, la trattazione del sinistro viene trasferita, azienda per azienda, al mercato assicurativo sopra la soglia dei € 250.000. Tale soglia è stata però elevata a € 500.000 nel caso di aziende con capacità di gestione più adeguata (20-30% delle Aziende).

Il modello di negoziazione avviene tramite gara centralizzata con capitolato centralizzato. Le clausole sono le medesime per tutti gli enti e i massimali sono ugualmente centralizzati. Questo al fine di garantire omogeneità a tutte le Aziende, adattandosi comunque alle singole realtà.

La gara è gestita dalla Centrale Acquisto Regionale ARCA, su delega dei singoli enti; la gestione della polizza avviene a livello aziendale. Attualmente l'80% degli enti ha in essere un contratto assicurativo con AMTrust e il 20% con XL Insurance. La durata dei contratti assicurativi è di anni 3 + 3 e sono tutti in claims made con clausole di retroattività medica circa 10/12 anni.

La franchigia varia tra € 250.000 e € 500.000 per sinistro. Ad oggi è possibile quotare una franchigia aggregata sopra la SIR per sinistro; questo non sarà previsto nella prossima gara in via di definizione. Il massimale per sinistro è di € 5.000.000, estendibile fino a 10. Nella prossima gara l'obiettivo sarà quello di portare il livello minimo a € 7.500.000. Il massimale aggregato annuo (azienda per azienda) è di 20.000.000 circa; aggregato sulla retroattività da € 5.000.000 ad € 10.000.000.

A livello regionale ci si avvale inoltre della consulenza del broker- AON - soprattutto nella fase di costruzione della procedura delle clausole. Alcune Aziende inoltre si avvalgono singolarmente del supporto di un broker che fornisce consulenze su polizze che non sono RCT/O e nella gestione dei sinistri. I broker dei quali si avvalgono le aziende sono MARHS, WILLIS, AON e ITAL BROKER. La funzione di supporto prestata dal broker è rilevante soprattutto nella fase di reperimento della copertura e nella definizione dei capitolati perché le clausole hanno contenuti tecnici importanti. Il broker viene remunerato in percentuale sul premio. Per quanto riguarda il calcolo del valore del premio viene effettuata una simulazione per ogni azienda, prendendo i dati storici dei sinistri degli ultimi 10 anni. Su tale dato viene calcolato il valore teorico del premio. Vengono effettuate due sezioni: a 250.000 e 500.000, simulando per ogni azienda quale sarebbe la parte a carico dell'Azienda e quale a carico del

mercato. Su quest' ultimo si fa un calcolo teorico. Il risultato viene comparato con lo storico precedente.

Si ritiene che le azioni di gestione del rischio clinico influenzino il calcolo del premio: se l'attività di risk management è stata efficace, quale verifica diretta, dovrebbe essere riscontrato un minor numero di sinistri. Durante i sopralluoghi le compagnie (americane) controllano, all'interno dei reparti maggiormente a rischio, tutte le barriere e come le stesse siano poste all'interno degli ospedali. Maggiore è l'efficienza maggiore è la possibilità di essere quotato. Il numero dei sinistri, i sinistri denunciati, il valore indennizzi richiesti e quello degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno sono tutti elementi che possono influenzare la determinazione del premio.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Ogni Azienda dispone di una propria organizzazione interna. Solitamente, uno o più responsabili legali, un avvocato interno, un medico legale, che può essere interno o un consulente esterno, e personale di supporto. A livello sovraziendale sono presenti n. 4 raggruppamenti che forniscono consulenza per i sinistri maggiormente complessi. Sono previsti un coordinatore medico legale e un avvocato e si riuniscono con cadenza mensile. I coordinatori si recano in regione una volta al mese per la discussione degli aspetti strategici.

L'ufficio di medicina legale è previsto ma non in tutte le Aziende Ospedaliere è presente un medico legale interno; alcune si avvalgono del supporto di quello presente all'interno delle Aziende Sanitarie che si occupano di invalidità oppure della consulenza di medici legali esterni. Nel CVS convogliano tutte le varie figure professionali e il contatto nella gestione del sinistro è comunque diretto e il rapporto di grande reciprocità.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Si ritiene che il modello adottato sia assolutamente efficace poichè si attua un ragionamento di copertura del catastrofale; si ritiene invece assolutamente rischioso andare nella direzione della copertura assicurativa totale. Il sistema adottato consente di diminuire il valore del premio da corrispondere alla compagnia, ritenendo quanto più possibile il rischio. Il punto di forza risiede nel fatto che l'affidabilità della compagnia consente, nel lungo periodo, un

contenimento del rischio. Quale punto di debolezza si rileva invece l'attuale assenza di primarie compagnie italiane.

REGIONE MOLISE

Dalle ultime rilevazioni risulta che L'Azienda Sanitaria Regionale del **MOLISE** ha stipulato una polizza assicurativa che prevede una franchigia aggregata e l'informazione è stata confermata nel corso della più recente indagine.

La Regione Molise: Il modello di gestione e la polizza assicurativa

All'interno della Regione Molise è prevista una gestione assicurativa di livello aziendale e ci si avvale della consulenza della compagnia di brokeraggio, ASSIDEA DELTA, che svolge un servizio di assistenza continuativa aziendale e intermediazione Azienda/Compagnia di assicurazione. Il broker viene remunerato a provvigione, come da contratto triennale. La collaborazione con il broker si ritiene importante perché fornisce costante assistenza nella gestione sinistri e nelle attività del Comitato Valutazione Sinistri con tempestivo interscambio di informazioni sulla sinistrosità aziendale.

Si evidenzia, altresì, una scarsa interazione del sistema informatico del Broker con il SIMES e una scarsa capacità nel trarre dati aggregati sulle tipologie di sinistri più frequenti.

Il contratto di assicurazione invece, che ha durata triennale 2014-2017, è stato sottoscritto con AM TRUST e tra le clausole prevede unicamente quella di retroattività. Sono presenti una franchigia aggregata pari a un valore di € 3.500.000, un massimale per sinistro di € 5.000.000 e un massimale aggregato di € 50.000.000. Non è previsto alcuno scoperto per sinistro.

Il metodo utilizzato per il calcolo del premio è la tassazione delle retribuzioni e si ritiene che, ad oggi, le azioni di gestione del rischio clinico non influenzino la determinazione del valore. Numero di sinistri, sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possono influenzare la determinazione del premio: si segnala, però, che nelle condizioni di garanzia e di calcolo del premio (art. 12 del contratto di polizza) questi elementi non risultano esplicitamente indicati.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Allo stato attuale l'ufficio assicurazioni è ancora aggregato all'UOC Affari legali sebbene con Provvedimento del Direttore Generale del 02.09.2016 viene creato un ufficio gestione sinistri autonomo collocato all'interno dell'UOC affari generali. È in corso di finalizzazione l'atto aziendale che ratifica la suddetta organizzazione.

REGIONE PIEMONTE

In **REGIONE PIEMONTE** dalle ultime rilevazioni risultava fosse stato adottato un sistema di gestione mista. Il modello prevede dunque l'affidamento della gestione dell'evento dannoso alle Aziende sanitarie e il trasferimento della trattazione e della liquidazione dei danni alla compagnia assicurativa per importi eccedenti la soglia stabilita o, comunque, per i cosiddetti "danni catastrofali".

La Regione Piemonte: Il modello di gestione

Il modello prevede la copertura dei sinistri di valore compreso entro la franchigia di € 500.000/1.000.000, attraverso la costituzione di un Fondo Regionale e il trasferimento del rischio eccedente tali franchigie a due compagnie assicurative, attraverso le polizze "Primary" ed "Excess Layer", quest'ultima stipulata per i cosiddetti "danni catastrofali".

È inoltre prevista una franchigia di € 5.000 che riguarda l'operatività del Programma assicurativo regionale; ovvero, allo scopo di responsabilizzare le Aziende sanitarie regionali (ASR), si è ritenuto di rendere operativo il Programma (che comprende Fondo Regionale + 2 polizze) solo per i sinistri di importo superiore a € 5.000; al di sotto di tale importo decide l'ASR circa le modalità di copertura del sinistro (tutte le aziende sono in autoritenzione sotto tale importo).

Si è svolta un'apposita gara a livello regionale per l'individuazione delle compagnie assicuratrici. Il modello prevede un sistema di autogestione del rischio attraverso la costituzione, risalente al 2005, di un fondo speciale regionale, al finanziamento del quale le Aziende Sanitarie partecipano e concorrono sulla base di una serie di indicatori: monte salari, sinistrosità, mobilità e che attualmente è pari a € 26.000.000 annui. Tale fondo è eroso da sinistri di valore fino a € 500.000. Per gli eventi da risarcire relativi all'area ostetrico –

ginecologica e agli eventi sentinella, la franchigia per sinistro sale a € 1.000.000. Il trasferimento del rischio sull'assicuratore riguarda invece i livelli a partire da € 500.000a sinistro, che diventano pari a € 1.000.000 per l'area ostetrico–ginecologica o per sinistri riconducibili a eventi sentinella, attraverso il trasferimento del rischio mediante cosiddetta "Polizza Primary". L'attuale assicuratore per la polizza primary è LLOYD - NEW LINE. Il secondo livello, che comprende eventi catastrofali e sinistri in serie, è compreso nella polizza Excess Layer, attualmente stipulata con la società ZURICH. Sono previste clausole claims made, di ultrattività e retroattività della polizza, oltre che clausola broker, facoltà di recesso, clausole di rinnovo, estensioni di garanzia, clausole di precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio. Oltre alla franchigia frontale fissa e assoluta di €5.000 per sinistro per la polizza primary e alla franchigia frontale di € 500.000.000 /1.000.000 per sinistro, e per la polizza Excess € 5.000.000 per sinistro, è prevista una franchigia annua aggregata di € 26.000.000. L'entità massimale per sinistro per la "POLIZZA PRIMARY": RCT è di €5.000.000 per sinistro e/o sinistro in serie per ciascuna ASR; RCO è di € 5.000.000 per sinistro; €2.500.000 per prestatore. Polizza Excess: €10.000.000per sinistro e/o sinistro in serie. L'entità massimale aggregata per entrambe le polizze: € 25.000.000 per anno assicurativo. Il modello gestionale è di parziale autogestione attraverso un sistema articolato e complesso che prevede l'attività di comitati di gestione sinistri costituiti in aree di coordinamento sovra–zonale (4 Comitati sovra-zonali), 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 € 50.000 fino a € 500.000 sono invece affidati contrattualmente, fino al 31.05.2016, a un gestore professionale individuato con gara pubblica – Loss Adjuster (N.B. I sinistri fino a € 50.000 rappresentano oltre il 70% dei sinistri). Dal 01.06.2015 tutti i sinistri ricadenti per valore nei limiti del Fondo regionale (da 5 mila a 500 mila/1 milione) ricadranno nella competenza gestionale dei Comitati sovra-zonali. Con D.D. n. 75 del 3.02.2014 si è inoltre provveduto alla costituzione di un Comitato regionale di gestione dei sinistri con compiti di: coordinamento operativo del programma assicurativo regionale per la gestione dei rischi sanitari; monitoraggio periodico del lavoro svolto e supporto professionale amministrativo-legale e medico-legale a favore dei Comitati di gestione delle Aree di Coordinamento Sovrazonale allo scopo di garantire il rispetto dei principi di buona

pratica liquidatoria; formulazione di proposte di linee guida di raccordo e regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri. La gestione del programma assicurativo a livello regionale ha consentito, sulla base dell'analisi effettuata dal broker, una riduzione dei costi. L'indizione delle gare ad evidenza pubblica per l'individuazione del broker nonché per il piazzamento del rischio non coperto dal fondo regionale sul mercato assicurativo è affidata alla Società di Committenza Regionale – SCR S.p.A. All'Azienda Ospedaliera-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino compete invece la liquidazione, in forma centralizzata per tutte le ASR, dei sinistri ricadenti per valore nei limiti del Fondo Regionale. La sinistrosità è il fattore che più incide sulla definizione del premio da parte delle compagnie di assicurazioni; viene inoltre 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 altresì a disposizione report e benchmark sui dati dei sinistri regionali a partire dall'anno 2015. Con D.D. n. 701 del 7 agosto 2014 è stato infine approvato un Programma regionale per la gestione del rischio clinico che assegna alle ASR specifici obiettivi nelle aree caratterizzate da un maggior livello di rischio. A livello regionale è prevista la consulenza del broker soprattutto nella fase di preparazione della documentazione di gara e di supporto ai Comitati di gestione dei sinistri. Attualmente, c'è un contenzioso in atto sulla gara indetta a livello regionale per l'individuazione del Broker per tutte le ASR; permangono in regime di proroga i contratti di brokeraggio stipulati dalle singole Azienda. L'attività del Broker è remunerata con le provvigioni sui premi assicurativi poste a carico delle Compagnie assicurative. Si ritiene utile, dato l'apporto qualificato nella fase di preparazione della documentazione di gara e di supporto ai Comitati di gestione dei sinistri. Per quanto riguarda il calcolo del premio, come specificato in premessa, le compagnie assicurative partecipanti alle gare di norma effettuano sopralluoghi nelle ASR per valutare i programmi di gestione del rischio clinico attivati; pertanto il premio viene influenzato oltre che dal numero dei sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti e versati dalla compagnia nell'anno, anche dalle azioni di gestione del rischio. Infine per quanto riguarda la gestione del sinistro sono state definite a livello regionale apposite linee guida che disciplinano il percorso di gestione del sinistro – istruzione della pratica - sia aziendale sia Comitati di Area.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

In 11 ASR la gestione delle pratiche dei sinistri compete alle Strutture Legali, in 7 ASR alle Strutture Patrimonio; in 1 ASR è prevista una Struttura Assicurazioni. La diretta responsabilità gestionale dei sinistri delle Aziende dell'Area rientranti per valore nei limiti del Fondo regionaleè affidata ai Comitati sovra-aziendali. Il Comitato è composto da qualificate e referenziate professionalità medico-legali, medico-specialistiche, legali o giuridico-amministrative nominate da ciascuna ASR; deveessere assicurata la nomina, da parte di ciascuna ASR dell'Area, di una professionalità medico-legale o di un dirigente medico e una professionalità legale o giuridico-amministrativa, nonché di altrettanti membri con funzione supplente. Ogni Comitato sovra-zonale dispone di competenze medico-legali messe a disposizione dalle ASR dell'Area sovra-zonale. La collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager si struttura proprio nell'ambito della composizione mista dei Comitati.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Il carattere regionale del Programma consente una procedura condivisa per la gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi delle ASR attraverso un modello organizzativo-gestionale idoneo a pervenire, nel congruo e comunque più breve tempo possibile, alla corretta liquidazione del danno, con modalità confacenti alla natura e alla complessità di ciascun evento, nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa. Si ravvisa tuttavia, attualmente, come punto di debolezza una eccessiva frammentazione di competenze in via di superamento.

Nel corso della precedente indagine era stato rilevato che all'interno della **P.A. di TRENTO** fosse previsto il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/O. Il livello di gestione Aziendale (Azienda Unica, corrispondente al servizio Provinciale) era ritenuto assolutamente efficace per le esigenze della provincia, essendo un sistema centralizzato che non presentava grandi criticità.

L'Azienda Unica si avvaleva della collaborazione di MARSH, ritenuta di grande efficacia. La presenza del broker non aggiungeva costi, essendo gli oneri a carico della Compagnia Assicuratrice.

La P.A. di Trento: Il modello di gestione e la polizza assicurativa

Il modello di gestione adottato all'interno della P.A. di Trento non ha subito particolari modifiche: le polizze sono acquistate sul mercato, previo esperimento di procedura di gara europea; la gestione è definita da procedure aziendali concordate con la compagnia di assicurazioni, il Loss Adjuster aziendale e il broker (ATI EURORISK SRL, MARSH SPA E AON SPA) anche se, attualmente, è in fase di aggiudicazione il servizio di brokeraggio. Il broker viene remunerato con importo percentuale, definito in sede di gara europea, del premio previsto dalle polizze di assicurazione sottoscritte dall'azienda. Tale importo viene versato dalle compagnie di assicurazione. Il ruolo del broker è quello di fornire immediata consulenza su quesiti, interpretazione delle polizze, predisposizione dei capitolati di gara e nella gestione dei rapporti con gli assicuratori. Si rileva però l'assenza di personale specializzato dipendente in grado di internalizzare l'attività svolta dal broker, con conseguente dipendenza dalla figura dello stesso per l'accesso al mercato assicurativo.

Per quanto riguarda il contratto di assicurazione è attualmente in essere una polizza con la CATTOLICA ASSICURAZIONI con una durata di 4 anni e 60 giorni; la scadenza è prevista al 30.06.2017. Sono presenti le seguenti clausole: claims made, ultrattività e retroattività della polizza, broker, facoltà di recesso, estensione di garanzia e di precisazioni di garanzia in caso di variazione del rischio.

La franchigia per sinistro è di € 499.000; il massimale per sinistro è di € 6.000.000 e quello aggregato di € 33.000.000.

È previsto uno scoperto per sinistro per danni a cose in consegna e non: massimo risarcimento € 500.000 e € 1.500.000 per anno; per danni da inquinamento provocati da fatto accidentale, massimo risarcimento € 2.500.000 per sinistro e anno; per danni a cose di terzi derivanti da incendio, esplosione e scoppio di cose dell'assicurato o detenute dallo stesso € 2.500.000 per sinistro e anno; per danni da interruzione, sospensione, parziale o totale, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi € 2.500.000 per sinistro e periodo di assicurazione.

Per il calcolo del premio ci si basa sull' importo a base d'asta, tenuto conto dello storico dei sinistri. Le azioni di gestione del rischio clinico attualmente non determinano il valore del premio che invece può essere influenzato dal numero di sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti, dal valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno e dal numero di punti nascita.

Per quanto riguarda i sinistri la gestione e l'istruttoria interna sono a cura dell'ufficio gestione sinistri con la collaborazione del Loss Adjuster in consulenza per gli aspetti giuridico – economici, decisione collegiale in comitato valutazione sinistri. Il monitoraggio delle riserve e la liquidazione dei sinistri avviene in collaborazione con il servizio bilancio.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

È previsto un servizio affari generali e legali, nello specifico un ufficio assicurazioni e un ufficio legale, un ufficio di medicina legale con uno specialista a ciò dedicato che dipende dalla direzione strategica. È prevista la presenza di personale amministrativo, un avvocato e un dirigente del Servizio Affari Generali e Legali. Presso le APSS le funzioni inerenti la gestione dei sinistri e la gestione del rischio clinico afferiscono al direttore della tecnostruttura Area Sistemi di Governance, al fine di assicurare la trasversalità delle informazioni e delle iniziative del caso.

Le considerazioni della Provincia sul modello adottato

Si ritiene che il sistema adottato risponda efficacemente alle esigenze della P.A. di Trento, non sono difatti state rilevate particolari criticità nella gestione della copertura assicurativa, in

quanto l'attività viene costantemente monitorata con risorse interne. Come punti di forza si rilevano la gestione diretta dei sinistri rientranti in franchigia e l'attività diretta e/o in collaborazione con l'assicurazione degli uffici interni sulla gestione assicurativa. Come punti di debolezza, il premio assicurativo elevato e la gestione sinistri sopra franchigia in collaborazione con la compagnia assicuratrice (possibile differenza di valutazione sulla opportunità di transazione con la controparte).

REGIONE UMBRIA

Dalle ultime rilevazioni risultava che la **REGIONE UMBRIA** avesse adottato un sistema di gestione diretta mista: autoritenzione del rischio assicurativo che prevedeva per la RCT/O la distinzione dei sinistri in tre fasce.

La Regione Umbria: Il modello di gestione

Il sistema adottato dalla Regione Umbria non ha subito modifiche, si conferma pertanto un sistema di gestione diretta mista con autoritenzione del rischio in tre fasce:

I FASCIA a gestione aziendale per importi non superiore a € 70.000; II FASCIA a gestione sovraziendale per importi compresi tra € 70.000 e € 800.000 Euro; III FASCIA per i cosiddetti rischi catastrofali che superino la soglia degli € 800.000 per i quali è stata acquisita, con gara, una polizza assicurativa con AMTrust. I risarcimenti per i sinistri di II° e III° fascia (per la parte non a carico dell'assicurazione) sono finanziati con fondo regionale, mentre quelli di I° fascia con il fondo aziendale. Con riferimento alla III fascia, essendo la franchigia molto elevata, vi è una coogestione nella trattazione del sinistro, che non è mai totalmente a carico della assicurazione. La polizza è in claims made e sono previste clausola broker e facoltà di recesso. Attualmente la Regione si avvale della consulenza di tre compagnie di brokeraggio, MARSH, AON e Centrale ma è in corso una gara per il broker unico regionale. I broker partecipano ai comitato di terza fascia e forniscono consulenza quando richiesta. L'attività svolta dal broker viene remunerata a provvigione dalla compagnia assicurativa. Si ritiene utile l'attività di consulenza in sede di valutazione del rischio anche in via di prevenzione del sinistro così come la consulenza nei rapporti con la compagnia. Attualmente si rileva altresì una difficoltà gestionale per via della presenza di 3 compagnie di brokeraggio.

Il valore del premio è fisso e stabilito in sede di gara, pertanto le azioni di gestione del rischio clinico non ne influenzano la determinazione.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

La gestione e la valutazione dei sinistri è aziendale per la I fascia entro € 70.000 ma i comitati gestione sinistri hanno *modus operandi* uniformi che seguono apposite linee guida, elaborate dall'Azienda capofila di Perugia, alle quali si adeguano tutte.

Per la II fascia è presente invece un comitato sovraziendale con membri stabili e uno variabile a seconda dell'azienda di riferimento del sinistro, solitamente medici legali. Per la III FASCIA il comitato è integrato dalla compagnia assicurativa.

Tutti i servizi sono integrati: è presente un esperto giuridico, 1 medico legale e 1 figura sanitaria, oltre al il loss adjuster che partecipa a tutti i comitati.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Attualmente si ritiene che il sistema adottato all'interno della Regione Umbria risponda efficacemente alle esigenze perché ha permesso il contenimento dei costi e velocizzato i risarcimenti; è stata difatti stabilita una tempistica rigorosa che si impone anche alla assicurazione con maggiore soddisfazione del cittadino. Si ravvisa tuttavia la necessità di una organizzazione che deve entrare pienamente in regime e un apparato complesso da organizzare e manutenere.

REGIONE VALLE D'AOSTA

Dalle ultime rilevazioni risultava che la **Regione Valle D'Aosta** avesse optato per il ricorso alla polizza assicurativa con franchigia per sinistro pari ad € 26.250,00 ad esclusione delle specializzazioni Ortopedia e Ginecologia, per le quali era prevista una franchigia più elevata.

La Regione Valle d'Aosta: Il modello di gestione e la polizza assicurativa

A partire dal 1 luglio 2015 è in essere una polizza assicurativa con AM TRUST EUROPE con scadenza al 30 GIUGNO 2017, per la quale è prevista una SIR di € 200.000 a sinistro, gestita con loss adjuster. Sono incluse le clausole claims made, ultrattività e retroattività, facoltà di

recesso, clausola broker, estensioni di garanzia e clausole di precisazione di garanzia. Il massimale per sinistro è di € 5.000.000 e quello aggregato è di €10.000.000. È prevista la consulenza del broker, un'ATI composta da MARSH e AREA INSURANCE BROKER SRL, che viene remunerato in percentuale sul premio assicurativo della polizza. Il valore del premio è influenzato dal numero di sinistri, dal numero di sinistri denunciato, dal valore degli indennizzi richiesti e dal valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno. Non sono state rilevate, invece, evidenze che dimostrassero che la presenza di un gruppo che si occupasse della gestione rischio clinico fosse tenuta in considerazione dalle compagnie assicurative anzi, è stata riscontrata, nel corso del tempo, una minore attenzione alla materia.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'ufficio che si occupa della gestione dei sinistri è la struttura complessa Affari Generali e Legali dell'Azienda USL ed è affidato a un collaboratore amministrativo professionale, con la supervisione del Direttore della struttura. Nell'Azienda è prevista inoltre una struttura semplice dipartimentale che si occupa di medical malpractice, di medicina del lavoro, penitenziaria e gestione del contenzioso ed è gestita da un medico legale.

All'interno degli uffici le varie figure professionali si interfacciano e cooperano. La gestione amministrativa e la gestione con l'esterno è di pertinenza dell'ufficio affari generali che è responsabile e cura l'istruttoria. La struttura semplice si occupa invece della fase interna dell'istruttoria dal punto di vista clinico e medico legale, redige un proprio parere, acquisendo la documentazione clinica e le relazioni del personale sanitario coinvolto. Successivamente a questo passaggio interviene la figura del Loss adjuster o della compagnia assicurativa.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Il livello di gestione della copertura assicurativa della Regione Valle d'Aosta è ad oggi quanto di meglio il mercato possa garantire a seguito di gara di appalto di evidenza pubblica. Punto di forza sono la gestione dei sinistri, che vede coinvolte le diverse professionalità all'interno dell'Azienda senza deleghe esterne e la consulenza del broker e del Loss Adjuster, che rispondono direttamente all'Azienda e non alla compagnia. Come punto di debolezza si rileva la difficoltà delle Aziende nell'incidere sulla formulazione dei contratti e di doversi adeguare a quanto viene proposto.

Dalle ultime rilevazioni risulta che la **REGIONE VENETO** ha adottato un sistema di gestione mista. Il modello prevede dunque l'affidamento della gestione dell'evento dannoso alle Aziende sanitarie per danni fino a € 500.000 e il trasferimento della trattazione e della liquidazione dei danni alla compagnia assicurativa per importi eccedenti la soglia stabilita.

La Regione Veneto: Il modello di gestione

Il progetto del nuovo modello di gestione dei sinistri è stato implementato pertanto, la fase sperimentale che vedeva la gestione diretta dei sinistri più una copertura sopra € 500.000,00 è stata attivata a partire dal 2013 per l'area padovana e dal 2015 è stata estesa all'intera Regione. Con la medesima delibera del 2015 è stata ridefinita la suddivisione in 5 aree territoriali che prevedono un ufficio centrale di gestione sinistri che coopera con l'ufficio aziendale. Il centro regionale acquisti ha avviato gara unica con procedura aperta e lotto unico con consulenza del broker regionale - ATI composta da Willis e Area Broker - che è stata aggiudicata a Berkshire Apway International Insurance con durata triennale, a partire dal 1 gennaio 2016, per l'acquisizione della copertura per danni catastrofali che prevede una SIR per sinistro fino a € 500.000.000 e franchigia annua di € 15.000.000. La polizza è in claims made e sono presenti clausole di ultrattività e retroattività, clausola broker, facoltà di recesso, clausole di rinnovo, di precisazioni di garanzia e in caso di variazione del rischio. Il broker presta un'assistenza qualificata e professionale nei rapporti con la compagnia, nella gestione liquidazione sinistri, controllo sulla attività della compagnia e un affiancamento presso le aziende dove si reca personalmente. Viene remunerato in percentuale sul totale del premio imponibile. Il premio è unico e viene stabilito sul valore complessivo degli emolumenti e ripartito tra le varie aziende, in ragione delle retribuzioni annue che ognuna di esse ha dichiarato; pertanto le azioni di gestione del rischio clinico non influenzano la sua determinazione.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'ufficio per la gestione dei sinistri è incardinato all'interno dell'area affari generali e legali di ogni azienda. I sinistri di ogni area aggregata sono gestiti per attività di valutazione e

liquidazione dall'ufficio sinistri provinciale. L'istruttoria è svolta dall'ufficio sinistri aziendale. Il modello regionale prevede la partecipazione di un medico legale e del risk manager benché ogni struttura abbia propria autonomia organizzativa. La collaborazione tra le varie figure professionali è attiva; è presente difatti un nucleo per la valutazione dei sinistri multifunzionale composto da medico legale, risk manager e componente giuridica.

REGIONE ABRUZZO

Dalle ultime rilevazioni risulta che la **REGIONE ABRUZZO** non abbia adottato una politica unitaria regionale nella gestione dei sinistri RCT/O. Sono presenti Aziende che hanno adottato un sistema di gestione mista con SIR ed altre Aziende dotate di gestione mista con franchigia.

La gestione del rischio della Regione Abruzzo

Dall'analisi dei questionari restituiti dalle 4 AUSL della Regione Abruzzo risulta quanto segue: 3 Aziende, l'ASL Lanciano-Vasto-Chieti, Pescara e Teramo in gestione mista, hanno in essere una polizza assicurativa con franchigia, mentre l'ASL di Avezzano- Sulmona- L'Aquila ha adottato un sistema di gestione mista con una SIR fino a € 250.000.

ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI

La UOC Governo dei Contratti di Servizi e Forniture, in seguito a procedura d'appalto, provvede all'aggiudicazione e alla stipula del contratto di assicurazione. La UOC Affari Generali e Legali provvede alla gestione successiva della polizza e a tutti gli adempimenti relativi alla valutazione delle istanze risarcitorie, d'intesa con l'U.O.C. Medicina Legale e ai rapporti con l'Ufficio sinistri della compagnia. Attualmente è in essere un contratto con la Compagnia AM Trust Europe con decorrenza dal 30.06.2015 al 31.12.2017. La polizza è in claims made e sono previste clausole di retroattività, di recesso, di rinnovo, estensioni di garanzia e precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e clausola modalità di pagamento/regolazione del premio. È prevista una franchigia per sinistro di € 250,000. Il massimale per sinistro è di € 6.000.000e il massimale aggregato è di € 20.000.000. I sinistri che rientrano all'interno della franchigia vengono gestiti attraverso specifiche procedure aziendali dall'U.O.C. Affari Generali e Legali che, d'intesa con l'U.O. C. di Medicina legale, provvede alla loro apertura, istruttoria e successiva valutazione. Attualmente all'interno dell'Azienda non è prevista la consulenza del broker. La determinazione del premio viene influenzata dal numero dei sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti e dal valore di quelli versati ma anche dalle azioni di gestione del rischio; si ritiene

difatti che il valore del premio diminuisca, in sede di rinnovo e/o di nuova gara per copertura assicurativa, nel caso in cui l'Azienda abbia adottato e applicato efficaci procedure di gestione dei sinistri e del rischio clinico.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno della ASL l'ufficio preposto alla gestione dei sinistri è l'Ufficio Affari Generali e Legali dove oltre al Direttore dell'Unità Operativa sono presenti due funzionari preposti alla gestione dei sinistri e dei rapporti con le Compagnie Assicurative. È previsto il servizio di medicina legale e sono state adottate delle procedure aziendali che prevedono una stretta sinergia e collaborazione diretta tra i diversi uffici nella gestione e successiva valutazione delle istanze risarcitorie.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Considerato il panorama attuale del mercato assicurativo dove un esiguo numero di compagnie assicura ancora questo tipo di rischio, si ritiene valida la copertura assicurativa attualmente in essere con la AM Trust Europe.

Tra i punti di maggior rilievo, oltre alla retroattività di 10 anni, si rileva la stretta cogestione dei sinistri; tra gli elementi negativi il premio eccessivamente elevato a fronte di una franchigia per sinistro fino a € 250.000.

Nel corso degli anni si è creata una stretta sinergia tra le diverse figure istituzionali preposte alla gestione dei sinistri (Ufficio Legale, Medicina Legale, Direzioni Sanitarie, Rischio Clinico). In particolare gli operatori sanitari interessati (Direttori di U.O., Dirigenti Medici, personale Infermieristico) hanno acquisito sempre maggior consapevolezza del ruolo che rivestono all'interno della procedura e pertanto collaborano alla definizione delle richieste mediante predisposizione di dettagliate e motivate relazioni e partecipando alle sedute dei CVS.

ASL PESCARA

È attualmente in essere un contratto assicurativo con la Compagnia AM Trust Europe Limited. La gara pubblica viene svolta direttamente e in modo autonomo, in base alla normativa vigente, dall'ASL la quale agisce come stazione appaltante. Il contratto assicurativo ha

decorrenza dal 30/04/2013 al 30/04/2016 ed è stato prorogato fino al 30/04/2017. La polizza è in claims made e sono previste clausole di ultrattività e retroattività, clausola broker, facoltà di recesso, di rinnovo, estensioni di garanzia e precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e clausola modalità di pagamento/regolazione del premio. La franchigia per sinistro è di € 100.000 e quella aggregata € 2.500.000. Il massimale per sinistro è di € 5.000.000 e quello aggregato annuo € 15.000.000. L'ASL di Pescara si avvale della consulenza del broker RTI Mediass GPNGBS/GPA previsto nel contratto di polizza di RCT/O in base alla quale le competenze del broker vengono remunerate in percentuale al premio dalla compagnia assicuratrice. Le attività svolte dal broker sono molteplici in base al contratto stipulato: assistenza continua gestione polizze assicurative, preparazione del capitolato in fase di gara, gestione sinistri, reportistica sinistri, analisi rischio, consulenza assicurativa. Il premio viene calcolato applicando i tassi lordi sull'importo base delle retribuzioni erogate di competenza dell'annualità di riferimento e si ritiene che le azioni di gestione del rischio clinico non influenzino la sua determinazione che invece può essere influenzata dall'ammontare delle riserve dei risarcimenti apposte dalla Compagnia e dal valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Nell'Azienda i sinistri sono gestiti in modo congiunto dall'U.O.C. Affari Generali e Legali e dalla U.O.S. Rischio Clinico con la collaborazione del broker. I sinistri vengono discussi in sede di Comitato Valutazione Sinistri. È presente una unità di medicina legale. La collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager è strutturata in base a una procedura interna che prevede la gestione delle polizze in capo all'UOC Affari Generali e Legali e lo svolgimento dell'attività istruttoria dei sinistri ricadenti in polizza RCT/O in capo alla UOS rischio clinico.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il livello di gestione della copertura assicurativa risponda alle esigenze di copertura del rischio. I punti di forza del sistema implementato all'interno dell'ASL di Pescara sono la piena ed efficace copertura del rischio e gestione efficace delle richieste risarcitorie. I

punti di debolezza sono invece i costi elevati del premio e il gravoso meccanismo delle franchigie frontali e aggregate.

ASL TERAMO

Nell'Azienda è previsto il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT /RCO. La negoziazione delle polizze è di competenza della U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi. Il contratto Assicurativo RCT/RCO è stato stipulato all'esito di una procedura ad evidenza pubblica nell'ambito della quale è stato stabilito, quale criterio di aggiudicazione, quello dell'offerta economica più vantaggiosa. Il relativo disciplinare tecnico prevedeva, tra l'altro, una franchigia di € 200.000, una retroattività dal 01.01.2003, un massimale aggregato annuo di € 30.000.000, uno specifico massimale aggregato riferito esclusivamente al periodo di retroattività di € 8.000.000 e un massimale per sinistro di € 5.000.000 RCT e per sinistro RCO di € 3.000.000. Si specifica che i sinistri di importo inferiore a € 200.000,00 sono gestiti trattati e definiti dal competente Organismo Aziendale, il Comitato valutazione Sinistri. Dopo aver accertato che il sinistro rientra nell'ambito della franchigia, il predetto organismo avvia, nel rispetto del criterio della competenza per valore sopra indicato, la procedura di gestione diretta che è stata redatta dai componenti del CVS, approvata e deliberata dai competenti organi dell'Azienda USL di Teramo; i sinistri di importo superiore a € 200.000 devono essere, ai sensi e per gli effetti della vigente polizza assicurativa, denunciati alla compagnia che li gestisce con la cooperazione del CVS e con il supporto istruttorio della segreteria organizzativa dello stesso. In ogni caso, anche per i sinistri denunciati, è previsto il preventivo consenso del CVS alla definizione di qualsiasi indennizzo. La gestione dei sinistri RCO compete esclusivamente alla Società Assicurativa. Le polizze RCT/O vengono gestite congiuntamente, nel rispetto della procedura aziendale sopra richiamata, dal CVS, dalla U.O.C. Affari Generali e dalla U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi con il supporto del broker. Il contratto Assicurativo in essere (01.01.2015/31.12.2017) è stato stipulato con la Compagnia AM Trust Europe Limited. L'Azienda si avvale inoltre del supporto di un broker, Assiteca SpA, che offre un validissimo supporto per la gestione delle polizze. In particolare presta collaborazione nella definizione delle politiche assicurative aziendali, nelle indagini di mercato e nella redazione dei capitolati di gara al fine di conseguire le più idonee coperture assicurative con riduzione

dei costi relativi ai premi; interpretazione - condivisa con la compagnia - delle clausole contrattuali; attività di intermediazione tra Azienda e compagnia rendendo possibile un dialogo costruttivo e funzionale al raggiungimento degli scopi aziendali; supporto al personale dipendente attraverso l'attivazione di appositi sportelli assicurativi; collaborazione nelle attività formative in materia di responsabilità medica e in altre materie che possono avere riflessi sulla responsabilità civile verso terzi. La remunerazione del broker è a totale carico della compagnia assicurativa ed è stata determinata all'esito di una procedura di gara ad evidenza pubblica nell'ambito della quale è stato stabilito, quale criterio di aggiudicazione, quello dell'offerta economica più vantaggiosa. La percentuale attuale è fissata nella misura del 6% per tutte le polizze ad eccezione di quelle relative alla RC Auto e KASKO per le quali la percentuale è pari al 4%. Il premio viene calcolato utilizzando quale parametro l'ammontare annuo delle retribuzioni lorde erogate dalla ASL (personale dipendente a tempo determinato e indeterminato più libera professione). La determinazione del premio viene influenzata dal numero dei sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti e dal valore di quelli versati anche se in diversa misura e si ritiene inoltre che l'offerta delle compagnie venga formulata tenendo conto sia del grado di sinistrosità dell'Azienda sia delle politiche di gestione del rischio clinico adottate dalla stessa. A tal fine, viene messo a disposizione delle compagnie un questionario nel quale viene presain esame una serie di parametri riguardanti la gestione del rischio clinico. Rispetto alla gestione del sinistro al di sotto del limite di franchigia si avvia la gestione diretta, con l'istruttoria finalizzata all'accertamento dei fatti che si conclude con una perizia medico legale e una relazione dello specialista nella disciplina del contendere; ilcomitato valutazione sinistri, sulla base delle valutazioni mediche, delibera di liquidare o meno il risarcimento; al di sopra del limite di franchigia il sinistro viene denunciato alla compagnia alla quale viene trasmessa l'istruttoria; all'esito della propria valutazione la compagnia, solo nei casi in cui rileva responsabilità, richiede all'Azienda il parere vincolante, ai sensi della polizza, per la definizione della vertenza. L'Azienda esprime il richiesto parere attraverso una valutazione medico legale e specialistica.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno dell'azienda l'ufficio che si occupa della gestione dei sinistri è costituito dal Comitato di Valutazione Sinistri composto da un coordinatore (il direttore UOC medicina

legale) e un segretario (funzionario direttivo/dirigente amministrativo). Componenti sono il dirigente responsabile UOC affari generali (ufficio contenzioso), due dirigenti amministrativi dell'ufficio affari generali, un dirigente amministrativo UOC Acquisizione Beni e Servizi e un delegato della società di brokeraggio. Gli adempimenti esecutivi sono espletati dalla segreteria organizzativa; la stessa è costituita da un funzionario direttivo, due coadiutori amministrativi, un operatore tecnico EDP e un Dirigente Medico Legale. È previsto un ufficio di medicina legale denominato UOC di Medicina Legale e Sicurezza Sociale. Esiste un'interazione continua tra i suddetti uffici atteso che tre dei componenti appartengono alla UOC Affari Generali e in particolare all'Ufficio Legale. Il CVS è inserito all'interno della UOC di Medicina legale ed è coordinato dal Direttore della stessa UOC che riveste, altresì, il ruolo di Risk Manager Aziendale.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Il punto di forza è certamente costituito dalla gestione diretta della gran parte dei sinistri (fino ad € 200.000) e la stretta interazione tra il CVS e la struttura del rischio clinico che garantisce l'implementazione delle procedure di gestione e riduzione del rischio. Altro punto di forza è rappresentato dalla nomina dei medici legali del CVS e dei consulenti tecnici di parte nella fase giudiziale. Si riscontra invece, come punto di debolezza, la mancanza di collaborazione di alcune strutture aziendali nella fase istruttoria e carenza di alcune figure professionali quali medici legali e consulenti tecnici.

ASL AVEZZANO - SULMONA - L'AQUILA

L'Azienda ha una polizza RCT che prevede la gestione diretta del sinistro la cui richiesta di risarcimento non superi l'importo della Self Insured Retention (SIR) pari ad €250.000; la gestione dei sinistri ricompresi in tale fascia è affidata al Comitato Valutazione Sinistri che valuta ed esprime parere sulle richieste di risarcimento, al termine dell'istruttoria effettuata dalla UOC Affari Generali e della UO Medicina legale. I sinistri il cui risarcimento non supera l'importo della SIR sono gestiti direttamente dalla Azienda con un fondo accantonamenti aziendali determinato in base a una stima dell'eventuale danno. La garanzia RCT è stata affidata alla AM Trust Europe che prevede che l'Azienda gestisca direttamente i sinistri il cui

risarcimento non superi l'importo della SIRdi € 250.000 con durata di 30 mesi e scadenza al 31/12/2016. La polizza è claims made con clausole di retroattività della polizza, facoltà di recesso, estensione di garanzia, precisazioni di garanzia e clausole in caso di variazione del rischio. Il massimale per sinistro è di € 5.000.000 e quello aggregato per ogni periodo di assicurazione, che è pari a 1 anno, è di € 10.000.000. L'Azienda non si avvale attualmente della collaborazione di una compagnia di brokeraggio. Il calcolo del premio viene effettuato sulla base delle retribuzioni dei dipendenti e può essere influenzato dal numero dei sinistri ma non dalle azioni di gestione del rischio clinico.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno di questa ASL la UOC Affari Generali si occupa della gestione dei sinistri. Nell'ambito della UOC Affari Generali sono state assegnate per la gestione dei sinistri nr. 2 unità di cui: un collaboratore amministrativo e un assistente amministrativo.

Per quanto riguarda la gestione del sinistro la UOC Affari Generali trasmette copia della richiesta di risarcimento danni alla compagnia di assicurazione e alla UO Medicina Legale per i sinistri che superano la SIR; per quelli entro la SIR la richiesta viene trasmessa unicamente alla UO Medicina Legale per l'istruttoria. Al termine della istruttoria da parte della UOC Affari Generali e della UO Medicina Legale, il sinistro viene valutato per la definizione dal CVS.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il livello di gestione della copertura assicurativa risponda sufficientemente alle esigenze della azienda in quanto permette una gestione corretta dei sinistri. L'esame di tutti i sinistri da parte di un organismo collegiale (CVS) è un punto di forza del sistema implementato.

Dalle ultime rilevazioni risultava che nella **REGIONE CAMPANIA** non fosse presente una politica unitaria regionale nelle strategie di gestione del rischio RCT/O; erano presenti Aziende Sanitarie che avevano in essere polizze assicurative e altre che evevano adottato un sistema di gestione diretta (ASL Napoli 2), benché la prospettiva fosse quella di un maggiore accentramento nel modello di gestione dei sinistri mediante liquidazione diretta da bilancio regionale.

La gestione del rischio della Regione Campania

Il modello di gestione è sostanzialmente in linea con la precedente ricognizione e rileva, nella Regione Campania, diverse strategie di gestione del rischio RCT/O: alcune Aziende Sanitarie hanno in essere polizze assicurative, altre invece hanno adottato un sistema di gestione diretta. Recentemente con DCA n.15 del 1.3.2016, la Regione Campania ha istituito un organismo regionale per il governo e il monitoraggio dello stato dei rischi del SSR con il compito di supportare, verificare e monitorare lo stato dei rischi aziendali. Permane l'adesione al sistema nazionale NSIS SIMES denunce sinistri (adempimenti di cui al DM 11.12.2009) .

Attualmente la gestione del rischio RCT/O all'interno della Regione Campania risulta come di seguito riportato:

- Tre Aziende della Regione hanno adottato un sistema di gestione diretta;
- Otto Aziende hanno riferito di aver adottato un sistema di gestione mista (polizza assicurativa per danni catastrofali o franchigia/SIR a partire da€ 500.000 o polizza assicurativa con franchigia).

Quattro delle aziende in gestione mista hanno una polizza con una franchigia aggregata di€1.000.000. Un'Azienda in gestione mista ha comunicato di essere in attesa dell'espletamento della gara. Un'Azienda in gestione diretta ha comunicato che in sede di esercizio di bilancio viene determinato il fondo per la copertura dei sinistri insieme ad altre due voci che compongono il Fondo Rischi.

Nelle Aziende all'interno delle quali è presente la gestione mista la polizza viene contratta con gara europea con procedura aperta; procedura di evidenza pubblica; gestione diretta con la

compagnia di assicurazione con contratti dall'annuale al quadriennale. I massimali per sinistro sono in media intorno a € 5.000.000 (per una sola azienda € 10.000.000 e i massimali aggregati intorno ad € 30.000.000. Solo alcune aziende si avvalgono della consulenza di una compagnia di brokeraggio che, quando presente, viene remunerata tramite le provvigioni trattenute sul premio imponibile di polizza. Le aziende che sono supportate dalla collaborazione del broker per l'assistenza nell'elaborazione della documentazione tecnica e nell'assistenza nella gestione delle polizze ritengono che il punto di forza sia il confronto e l'assistenza specialistica nel settore assicurativo; come punto di debolezza si evidenzia invece la discontinuità e, a lungo termine, l'alea dei riferimenti. Per il calcolo del premio si utilizza il Rapporto S/P (analisi della sinistrosità registrata negli ultimi 3/5 anni) e l'analisi dei rischi aziendali; si ritiene inoltre che le azioni di prevenzione del rischio messe in atto dall'Azienda possano influire sulla valutazione finale del rischio.

Per le aziende che hanno adottato un sistema di gestione diretta, generalmente l'Unità Affari Legali (AA.LL.) chiede alla Direzione Sanitaria di relazionare in ordine al sinistro e di allegare la documentazione per consentire una valutazione per una eventuale mediazione/conciliazione. Inoltre, generalmente, acquisite le denunce/mediazioni, effettuate le istruttorie sanitarie, vengono sottoposte alla valutazione della Medicina legale del Comitato Valutazione Sinistri e sottoposte per gli aspetti di competenza, anche alla Gestione del Rischio Clinico.

In sede di esercizio di bilancio viene determinato il fondo per la copertura dei sinistri insieme ad altre due voci che compongono il Fondo Rischi.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Gli uffici che si occupano di tale attività sono le Unità operative denominate Affari Generali e Legali e Affari Legali. In alcuni casi è presente l'Unità Affari Generali con l'ufficio sinistri e anche l'Unità operativa di Assistenza Giuridico/Legale (per sinistri in contenzioso). L'ufficio è solitamente composto da un dirigente e/o avvocato e/o impiegato/collaboratore amministrativo. L'ufficio di medicina legale è invece presente in 9 Aziende mentre in 2 è assente. È quasi sempre presente la collaborazione tra l'ufficio gestione sinistri, ufficio legale,

risk manager e il comitato valutazione sinistri. In generale, acquisite le denunce/mediazioni e l'istruttoria sanitaria, vengono sottoposte alla valutazione della Medicina legale, del Comitato valutazione sinistri e alla Gestione del Rischio clinico.

Le considerazioni della Regione sul modello adottato

Sei delle Aziende che hanno adottato il modello di gestione mista ritiengono che esso risponda efficacemente alle loro esigenze. Per quanto riguarda le aziende che hanno adottato un modello di gestione diretta ritengono che ciò sia conseguenza del fatto che le polizze assicurative prevedono un premio annuo e una franchigia aggregata impegnativi.

REGIONE LAZIO

Per quanto riguarda la **REGIONE LAZIO**, dalle ultime rilevazioni, risultava in prevalenza un modello di gestione mista a livello aziendale con franchigia variabile. Talune aziende della Regione attuavano una gestione dei sinistri attraverso polizze assicurative con franchigie contenute. Altre avevano adottato un modello di gestione diretta. Secondo quanto rilevato nel corso della precedente indagine, alcune aziende si erano dotate di coperture assicurative reperite anni prima sul mercato ed altre ne erano del tutto sprovviste non essendo riuscite ad acquisirle. Era stato pertanto deliberato, nell'anno 2011, il passaggio all'autoassicurazione. Per quanto riguardava le aziende provviste di copertura non erano state fornite indicazioni contenutistiche a livello regionale. Era il Direttore Generale a fissare il contenuto minimo di garanzie al momento dell'indizione della gara. La funzione di coordinamento veniva affidata invece alla Centrale Acquisti alla quale, come stabilito dai provvedimenti commissariali, le aziende dovevano chiedere preventiva autorizzazione prima della gara. Si riscontrava pertanto la mancata uniformità a livello di polizze; la Regione si diceva pertanto pronta, gradualmente ma uniformemente, all'adozione di un sistema autoassicurativo.

La gestione del rischio della Regione Lazio

13 Aziende della Regione Lazio hanno restituto il questionario compilato. Tra queste, 8risultano aver adottato un sistema di gestione diretta, 2 sono in gestione mista con franchigia, 3 in gestione mista con SIR.

ASL ROMA 1

L'Azienda Roma 1 è attualmente in regime di autotutela assicurativa e sono in corso le procedure di evidenza pubblica per l'affidamento a terzi del rischio RCT/O. A far data dal gennaio 2016, l'ASL Roma 1 opera in regime di autoassicurazione, ponendo in essere le metodiche di lavoro proposte dalla Regione Lazio con la Determina n. G09535 del 2 luglio 2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medìco/sanitaria", già recepite da entrambe le ex aziende confluite nella RM1 con distinte deliberazioni. Nelle due ex aziende (Roma A e Roma E) erano stati adottati i regolamenti di funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri, rispettivamente con delibera 283/CS del

30.04.2015 e n. 236 del 24.03.2015. Gli accantonamenti per la copertura dei sinistri vengono determinati mediante una stima del danno, anche alla luce di una pretesa iniziale e una eventuale rivalutazione, in decremento o incremento, in corso di trattazione del caso.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno dell'azienda l'ufficio preposto alla gestione dei sinistri è la UOS Contratti Convenzioni e Assicurazione, incardinata all'interno dello UOC Affari Generali ex ASL Roma A e si compone di 1 Dirigente Amministrativo, 1 Posizione Organizzativa e 4 risorse amministrative. All'interno della Rete di Medicina Legale ex ASL Roma A e del Dipartimento di medicina Legale della ex Roma e sono individuati dirigenti e/o personale a convenzione che partecipano all'attività dei C.A.V.S. I referenti dei citati uffici sono anche componenti degli attuali Comitati Valutazioni Sinistri ex Roma A e Roma E e manteranno il ruolo anche nel futuro Comitato Unico.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il modello utilizzato risponda efficacemente alle necessità aziendali.

ASL ROMA 2[16]

Ex RMB

All'interno dell'Azienda è in essere una gestione assicurativa per la copertura del rischio RCT/O, polizza RCA a Libro Matricola, Kasko, Infortuni Cumulativa,Furto, Incendio.

Le polizze sono state aggiudicate a seguito di procedura ad evidenza pubblica e gestite tramite il broker. Per la polizza RCT/RCO con la società AM TRUST è previsto un contratto annuale, in scadenza al 31/07/2016. Sono previste clausole claims made, di retroattività della polizza, clausola broker, facoltà di recesso, estensioni di garanzia, clausole di precisazioni di garanzia, in caso di variazione del rischio e clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio. È prevista una franchigia per sinistro di € 50.000, un massimale per sinistro di € 5.000.000 e uno aggregato di € 30.000.000. Non è previsto lo scoperto per sinistro. È attualmente in essere un contratto con la compagnia di brokeraggio AON S.p.A., anch'essa in scadenza. A

[16] Nell'azienda ASL ROMA 2 sono confluite le ex ASL ROMA B e ROMA C

fronte della carenza di personale dipendente, attesa la mole e complessità della materia, nonché l'elevato numero dei sinistri denunciati, dovuto anche al rilevante bacino d'utenza, il broker rappresenta un fondamentale valore aggiunto per la professionalità specifica nel campo soggetto a continui aggiornamenti e per la capillare conoscenza del mercato assicurativo di riferimento. Il broker viene remunerato con una commissione in percentuale sui premi di polizza (5%). Il broker si occupa della preparazione di capitolati, bandi, disciplinari, schede di offerta e tutta la restante documentazione da portare a gara – assistenza alla commissione nella fase di aggiudicazione – controllo dei documenti emessi dagli assicuratori, assistenza nelle fasi successive all'aggiudicazione del contratto quali scadenziario dei premi, richiesta e verifica dei dati di regolazione, gestione dei sinistri, partecipazione ai Comitati Aziendali di Gestione Sinistri. Per il calcolo del premio viene applicato un tasso percentuale alle retribuzioni erogate ai dipendenti dall'Azienda. Si ritiene che il numero di sinistri, i sinistri denunciati, il valore degli indennizzi richiesti e il valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno, possano influenzare la determinazione del premio. Il tasso per la determinazione del premio di polizza tiene conto oltre che di tutte le voci suindicate anche di altre informazioni, solitamente contenute in uno specifico questionario redatto con la collaborazione del broker proprio allo scopo di fornire al mercato assicurativo una esatta fotografia del rischio. Si ritiene comunque che il valore del premio non sia in alcun modo calcolato in base alle azioni di gestione del rischio clinico.

Ex RMC

All'interno dell'ASL è in essere una polizza assicurativa per la copertura del rischio RCT/O con la Cattolica Assicurazioni, ora AIM Underwriting Agency S.r.l., con contratto annuale, in scadenza al 30/06/2016. Sono previste clausole claims made, di retroattività della polizza, facoltà di recesso, clausole di rinnovo, estensioni di garanzia, clausole di precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio, clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio. È prevista una franchigia per sinistro di € 50.000, un'entità massimale per sinistro RCT di euro di 5.200.000e un'entità massimanle per sinistro RCO di € 2.000.000,00. Il massimale aggregato è invece pari a € 20.000.000. È previsto un massimale aggregato di retroattività pari ad € 2.300.000che riguarda i sinistri la cui richiesta di risarcimento viene presentata per la prima volta nel periodo di vigenza della polizza, ma la

data di accadimento è retroattiva rispetto alla stessa. Non è previsto lo scoperto per sinistro. Le polizze sono state aggiudicate a seguito di procedura pubblica e gestite direttamente dall'Ufficio Assicurativo dell'azienda. Il premio è calcolato applicando il tasso lordo del promille all'ammontare degli emolumenti annui lordi erogati ai prestatori di lavoro. Si ritiene che il numero di sinistri, i sinistri denunciati, il valore degli indennizzi richiesti e il valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno, possano influenzare la determinazione del premio e che il valore dello stesso non sia calcolato in base alle azioni di gestione del rischio clinico. L'ASL non si avvale della consulenza di una compagnia di brokeraggio.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Ex RM B

All'interno dell'Azienda la gestione dei sinistri è affidata all'Ufficio Assicurativo nell'ambito della UOC Affari Generali che si compone di quattro dipendenti, inclusa una Posizione Organizzativa. È previsto anche un ufficio di medicina legale. La collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager si struttura mediante l'attività del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri.

Ex RMC

All'interno dell'azienda la gestione dei sinistri è affidata all'Ufficio Assicurativo nell'ambito della UOC Affari Generali il quale si compone di numero 2 Assistenti amministrativi a tempo indeterminato, di cui 1 part-time e 2 unità esterne di supporto amministrativo. È previsto anche un ufficio di medicina legale. La collaborazione con tale ufficio consiste nell'invio delle richieste risarcitorie coperte da assicurazione e non, per le quali è stato inoltrato Atto di Citazione presso il Tribunale Civile, al fine di indicare, per le prime, da parte della Compagnia Assicurativa stessa il nominativo del legale cui conferire la delega per la difesa dell'azienda. Per le seconde, non coperte da assicurazione, viene trasmesso all'ufficio legale medesimo il fascicolo istruttorio per la gestione del sinistro che sarà trattato o con avvocati interni o affidato all'esterno. La collaborazione con il risk manager è strutturata in sede di Comitato

Valutazione Sinistri in base al regolamento del medesimo, oggetto di apposita Deliberazione dell'azienda.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Ex RMB ed Ex RMC

Si ritiene che il modello risponda efficacemente.

ASL ROMA 3[17]

All'interno dell'ASL Roma 3 a decorrere dal 1 ottobre 2013, a seguito di un anno di cogestione del rischio con la compagnia assicurativa, si è proceduto alla assunzione diretta della gestione dei sinistri e del servizio di liquidazione delle vertenze stragiudiziali insorte con i cittadini utenti e i terzi. L'attività di gestione del rischio è stata disciplinata con la deliberazione n. 23 del 15/01/2014 avente ad oggetto "*Regolamento per la gestione diretta dei Sinistri RCT/RCO e Procedura di gestione stragiudiziale dei sinistri: modifica per adeguamento gestione ritenzione del rischio aziendale a decorrere dal 1 ottobre 2013*".

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS) valuta le richieste di risarcimento danni che pervengono all'Azienda e definisce l'importo da appostare a riserva nel fondo rischi aziendale; nel corso della gestione del sinistro, a completamento dell'istruttoria, il CAVS provvede ad aggiornare l'importo appostato. Con riferimento alla organizzazione della gestione dei sinistri, l'attività si svolge seconto quanto previsto dalla Procedura aziendale adottata con deliberazione n.23/2014.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno dell'Azienda l'ufficio preposto alla gestione dei sinistri è l'UOC Qualità sicurezza e gestione del rischio. All'ufficio sono dedicate n. 2 unità amministrative e il Comitato Aziendale

[17] Ex Roma D

Valutazione Sinistri (CAVS) multidisciplinare. Nell'organizzazione aziendale è presente la UOC Medicina Legale ed è prevista una apposita procedura operativa condivisa tra i diversi uffici coinvolti nella gestione diretta che ne struttura la collaborazione.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il modello utilizzato risponda efficacemente alle esigenze perché questo consente di avere puntuale conoscenza di ogni sinistro, favorisce le azioni di miglioramento delle attività assistenziali e favorisce l'integrazione tra i diversi uffici. Inoltre consente di essere in possesso di un quadro economico che, seppur risenta dell'alea, ha già consentito risparmi rispetto ai premi assicurativi corrisposti in precedenza.

ASL ROMA 4

A far data dal 1.03.2014, la ASL Roma 4 (già ASL Roma F) opera in regime provvisorio di Autoassicurazione (deliberazione del Direttore Generale n. 198 del 14.03.2014), con costituzione di un apposito fondo rischi per la copertura economica dei sinistri. L'autoassicurazione comporta per l'azienda la gestione dei sinistri autonoma e diretta attraverso un Comitato Valutazione Sinistri deputato alla istruzione e definizione dei sinistri e alla quantificazione dell'eventuale danno. Allo stato attuale, non essendo ancora definito un complessivo modello di valutazione del rischio (gestione diretta), l'azienda procede alla valutazione del danno presunto relativo ai singoli sinistri, allo scopo costituendo un accantonamento nel relativo fondo riserva, oggetto, se del caso, di aggiornamento e revisione. In conclusione, può affermarsi che la gestione in autoassicurazione ha, fino ad oggi, determinato una contrazione considerevole dei costi relativi ai premi assicurativi comunque molto elevati anche rispetto alle franchigie applicate dalle compagnie assicuratrici.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno dell'azienda non esiste una struttura specificamente dedicata alla gestione dei sinistri, gestione che viene vicariata delle attività svolte dalla USD Affari Istituzionali e Legali.

Quest'ultima, a sua volta, si avvale di un organo tecnico rappresentato dal Comitato Valutazione Sinistri istituto con deliberazione del Direttore Generale n. 295 del 7.04.2014 e composto come segue:

- Dirigente della UOSD Affari Istituzionali e Legali che estende alle pratiche le competenze già assunte ai fini dell'apertura della pratica di sinistro, della richiesta di documentazione e suo inoltro a chi di competenza, della richiesta di nomina di un difensore;
- Responsabile della U.O. Risk Management, cui competono l'analisi di tutta la documentazione raccolta e l'individuazione di eventuali azioni di prevenzione e di miglioramento (Auditi di Risk Management);
- Direttore Sanitario del presidio ospedaliero, di Distretto o di Dipartimento coinvolti nella pratica in discussione, cui competono l'analisi dell'evento e della documentazione sanitaria raccolta, la verifica interna, il supporto al medico legale e il confronto;
- Dirigente di Medicina Legale che effettua l'analisi della documentazione sanitaria e la verifica del nesso causale, nonchè la quantificazione del danno;
- Ufficio Avvocatura che produce supporto giuridico al CVS e mantiene il rapporto con i legali di controparte.

Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale quindi è una funzione cui afferiscono professionisti operanti in diverse articolazioni aziendali che collaborano nell'ambito delle rispettive competenze.

ASL ROMA 6

A partire dal 21/10/2009, l'azienda (già Roma H) ha adottato un sistema di gestione diretta. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1057 del 21/10/2009, in carenza della copertura assicurativa RCT/O è stato istituito l'Ufficio di Conciliazione, staff tecnico della U.O.C. AA.GG. – Affari Generali (un avvocato espert in materia assicurativa, un medico legale, un supporto amministrativo), finalizzato ad attivare interventi interni per la risoluzione stragiudiziale delle vertenze, mediante la conciliazione; detto Ufficio di Conciliazione ha cessato la propria

attività il 31/12/2014 a seguito della costituzione, con deliberazione del Direttore Generale n. 722 del 16/12/2014, del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale in appllcazione delle Linee guida di cui alla Determinazione 2 luglio 2014, n. G09535 della Regione Lazio - Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria, avvalendosi delle seguenti professionalità individuate presso i dipendenti aziendali:

• Dirigente Affari Generali;

• Avvocato;

• Medico legale;

• Risk Manager;

• Membro della Direzione Sanitaria

La consistenza del Fondo Rischi è dimensionata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale. Il fondo da appostare in bilancio viene calcolato applicando il principio contabile della "competenza" e non della ''cassa", in adempimento a quanto stabilito dal D.lgs. n.118/2011. Essendo la transazione stragiudiziale un contratto per sua natura ''aleatorio", risulta difficile quantificare a priori l'esatto importo del relativo Fondo Rischi, il quale non potrà che variare in funzione del numero di richieste di risarcimento ricevute nell'anno di riferimento, nonché della relativa quantificazione economica e va ,quindi, aggiornato periodicamente per renderlo il più possiblle attendibile. Il fondo viene aggiornato in occasione della redazione del bilancio di esercizio. Pertanto, il Comitato Valutazione Sinistri entro la fine del mese di gennaio di ciascun anno provvede a quantificare, per l'esercizio precedente, le quote destinate a coprire i rischi ancora in corso che dovranno essere accantonate e considerate appunto ''riserve tecniche" vincolate al soddisfacimento dei risarcimenti per danni denunciati ma non ancora liquidati. Il modello operativo del CVS è stato adottato avuto riguardo alle Linee guida regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria approvate con Determinazione 2 luglio 2014, n. G09535. L'Azienda Sanitaria, attraverso l'Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA), si impegna a prevenire il ricorso al processo ordinario civile favorendo, ove possibile, forme di negoziazione volontaria. Le attività del Comitato Valutazione Sinistri dell'Azienda USL Roma 6 sono disciplinate dal Regolamento

adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 62 del 3/2/2015 e la finalità è quella di ricercare una risoluzione preventiva e stragiudiziale delle controversie derivanti da responsabilità civile verso terzi, mediante una negoziazione tra l'utente e l'Azienda, ivi comprese le procedure di mediazione di cui al Ddgs, n.28 del 04/03/2010 e s.mi. Gli obiettivi prefissati sono i seguenti:

- conseguimento di risparmio attraverso la trattazione diretta e celere delle pratiche con la controparte e abbattimento del relativo contenzioso;
- miglioraramento del rapporto tra struttura, e danneggiato;
- tutela dell'immagine dei professionisti e dell'Azienda;
- miglioramento del clima organizzativo all'interno delle strutture sanitarie, favorendo la creazione di regole chiare, certe e condivise, che aiutino anche gli operatori a muoversi in un contesto organizzativo ben definito;
- garantire lo stretto coordinamento delle politiche di gestione assicurativa degli eventi avversi con le politiche di Risk Management al fine di:

a) diminuzione della sinistrosità, in conseguenza del sistema di controllo che si intende mettere in atto, con iniziative mirate alla prevenzione delle cause più frequenti che danno origine alle richieste di risarcimento;

b) prevenire l'incidenza di errori e migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Il C.V.S.A., organo dì natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'Azienda. É uno degli Organismi Aziendali ed è posto in staff alla Direzione Strategica Aziendale. Esso svolge le seguenti attività:

a) valuta i sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;
b) individua una strategia condivisa di gestione del sinistro;
c) ne valuta l' impatto economico;

d) valuta le tipologie ed entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per una analisi dei sinistri anche in una ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;
e) formula il proprio parere e/o la propria proposta di definizione del sinistro;
f) nei casi previsti all'art. 3.l lettera C delle linee guida regionali, coinvolge il Comitato Valutazione Sinistri Regionale (CVSR) in qualità di "second opinion", che deve esprimere il proprio parere, non vincolante, relativamente a sinistri per i quali il CVSA ha proposto transazione.

Il CVSA è composto dalle seguenti professionalità individuate prioritariamente presso idipendenti di questa Azienda:

1. Dirigente Affari Generali ed Istituzionali;

2. Avvocato;

3. N. 3 Medici Legali che si sostituiscono l'un l'altro;

4. Risk Manager;

5. Un membro della Direzione Sanitaria.

6. Un Loss adjuster (figura professionale in grado di quantificare l'eventuale danno) individuato dalla Regione. Nelle more dell'individuazione del loss adjuster da parte della Regione, le Aziende potranno individuare, ove necessario e con oneri a proprio carico, dei loss adjuster dj propria fiducia, sempre nel rispetto delle procedure concorrenziali previste dalla legge.

Le funzioni di Coordinatore sono svolte dal Direttore della UOC Affari Generali e istituzionali.Le funzioni di Segreteria sono svolte dall'Ufficio Amministrativo afferente alla U.O.C. AA.GG. e Istituzionali. Per ciascun componente titolare è previsto un componente supplente, tranne per la figura del Medico Legale che, con Deliberazione del Direttore Generale n. 95. del 24/2/2016, ha previsto la nomina di un Medico legale supplente per entrambe le due figure precedenti. Il Comitato Valutazione Sinistri si avvale, in casi di particolare complessità e/o rilevanza economica, di professionisti con competenze

specialistiche inerenti al caso in esame, anche esterni alla Struttura, qualora ritenga necessario acquisire parere terzo. Nel caso in cui tale consulenza specialistica debba essere acquisita da professionisti esterni all'Azienda si fa ricorso a professionisti dipendenti da altre Aziende del SSN e/o da Aziende Ospedaliere Universitarie. In tal caso i relativi oneri sono a carico dell'Azienda e i compensi sono parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate. Il Comitato Valutazione Sinistri è convocato dal Coordinatore con regolare periodicità, le sedute sono fissate a seconda delle esigenze aziendali con un minimo di due sedute mensili. Le riunioni si svolgono in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo. Il Comitato ha facoltà di convocare per l'esame di specifici casi i responsabili delle strutture coinvolte nell'evento e il personale sanitario o tecnico coinvolto o informato sui fatti. Al termine di ciascuna seduta è redatto, a cura della segretaria, un sintetico verbale. Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del CVSA, in caso di conflitto di interessi i componenti si astengono. Le sedute del CVSA non sono pubbliche anche atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili. Tutta la documentazione oggetto di valutazione del CVSA è da considerarsi dato sensibile ed è trattata in ottemperanza a quanto previsto dal vigente codice della privacy. Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CVSA, nonché tutta la documentazione ad esse inerenti non possono né essere divulgate né trattate, né altrimenti essere riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del CVSA. La valutazione in ordine alla sussistenza della responsabilità, la determinazione della percentuale del danno biologico e dell'ammontare della relativa liquidazione spetta al CVSA nella sua collegialità. La procedura per la risoluzione negoziata del contenzioso comprende alcune fasi, che si avviano a seguito di:

- istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali, istanze di mediazione, atti giudiziari;
- avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore relativo ad accadimenti che destano particolare allarme sociale per i quali la Direzione Strategica ritenga opportuno il coinvolgimento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale.

La fase preliminare è effettuata a cura dell'Ufficio Amministrativo e si conclude di norma entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta. Essa è volta all'acquisizione della

documentazione legale amministrativa ed all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante, in particolare attraverso le seguenti attività:

- ricezione della richiesta di risarcimento e iscrizione nel data base;
- analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc.);
- valutazione della sua ammissibilità;
- gestione e presa in carico della richiesta di risarcimento;
- informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro, richiesta di eventuali valutazioni medico-legali e documentazione sanitaria in possesso dell'istante, allegando, inoltre, il modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. n. 196/2003.

Le richieste di dubbia ammissibilità vengono portate all'attenzione del CVS, che le esaminerà alla prima seduta utile. La fase istruttoria è effettuata a cura dell 'Ufficio Amministrativo e si conclude di norma entro 60 giorni dalla conclusione della fase preliminare. Durante la fase istruttoria l'Ufficio Amministrativo procede alla raccolta della documentazione sanitaria necessaria alla trattazione del sinistro, nonché all'acquisizione della relazione di accertamento dei fatti a firma del Direttore del Dipartimento di competenza ove è avvenuto il sinistro, che dovrà essere redatta sul modello predisposto dalla Regione Lazio e scaricabile dal sito istituzionale dell'Azienda al link "Comitato Valutazione Sinistri", nonché eventuale relazione debitamente sottoscritta del personale sanitario coinvolto. L'Ufficio Amministrativo procede alla comunicazione formale al personale sanitario coinvolto dell'avvenuta apertura del sinistro, invitandolo contestualmente a dare informativa sull'eventuale copertura assicurativa personale. Le controparti, direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali, debbono essere tempestivamente sensibilizzate circa la necessita di produrre tutti gli elementi di valutazione, compresa, la documentazione relativa alla prosecuzione delle cure presso altre strutture sanitarie, al fine di consentire una valutazione completa non solo circa la sussistenza di difetti di assistenza, ma anche circa la evoluzione del danno. Al termine dell'istruttoria, l'Ufficio Amministrativo trasmette gli atti al Medico Legale per la fase peritale/accertativa. La fase peritale/accertativa deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria a cura del Medico

Legale. Eventuali incompletezze dell'istruttoria non addebitabili alle aziende sanitarie interessate, ma per deficitaria collaborazione dei presunti danneggiati, sono tempestivamente segnalate ai medesimi. La fase accertativa concerne l'analisi della documentazione raccolta e, a seguito degli accertamenti ritenuti opportuni, il medico legale procede a redigere una propria relazione avvalendosi, ove lo ritenga opportuno, di un consulente specialista aziendale. Il parere medico-legale è reso a seguito di eventuale visita del richiedente, appositamente invitato presso i locali di questa ASL o su gli atti in caso di decesso. La scelta di convocare a visita il richiedente va opportunamente valutata e riservata preferibilmente ai casi in cui si preveda un probabile parere positivo sull'*an debeatur*. Ove sia possibile individuare i sanitari coinvolti, questi possono avvalersi di un proprio medico legale e di un legale a proprie spese e presentare una relazione tecnica sull'evento, che dovrà essere obbligatoriamente vagliata. Al termine della fase peritale/accertativa il medico legale verifica la completezza del proprio operato attraverso una check list predisposta dalla Regione Lazio e scaricabile dal sito istituzionale dell'Azienda al link "Comitato Valutazione Sinistri" e trasmette tutta la documentazione al coordinatore del CVSA. La fase propositiva deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase peritale/accertativa. Il Coordinatore del CVSA, dopo aver acquisito tutta la documentazione, ivi compresa la relazione medico-legale, provvede alla convocazione del CVSA secondo i tempi e le modalità previste. Il CVSA procede alla discussione (eventualmente anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti) e alla espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro, formulando, altresì, la relativa quantificazione del danno, indicando un valore massimo risarcibile. Per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le indicazioni orientative delle Guide in uso in Italia, privilegiando la Guida accreditata dalla associazione scientifica nazionale di settore (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, SIMLA). In attesa della pubblicazione delle tabelle per i danni valutabili, oltre le cosidette micro permanenti. Per le, determinazioni e valutazioni delle cosiddette micro permanenti, si utilizzano le tabelle di cui al Decreto del Ministero della Salute del 3 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell' 11 settembre 2003, n. 211, recante "Tabella della menomazione dell'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità". Per la determinazione e l'ammontare della liquidazione del danno biologico e morale si assumono come criteri di riferimento i

coefficienti delle vigenti tabelle d'invalidità permanente in uso presso i tribunali territorialmente competenti, ovvero, in mancanza, secondo I'orientamento giurisprudenziale di questi ultimi. In ogni caso il CVSA adotta i predetti criteri di valutazione tenendo conto degli aggiornamenti ed integrazioni da parte di Società Scientifiche e/o di carattere normativo e/o giurisprudenziale. Il CVSA formula una proposta che invia ai sanitari coinvolti dandogli un termine per comunicare eventuali osservazioni (che in ogni caso non possono costituire carattere vincolante). La proposta del CVSA corredata delle eventuali osservazioni viene a questo punto inviata alla Direzione Aziendale che fornisce indicazioni circa la percorribilità della proposta medesima, eventualmente indicando possibili margini di scostamento. Successivamente la Direzione Aziendale dà mandato alla U.O.C. AA.OG. di predisporre gli atti per la negoziazione con la parte. La scelta di procedere transattivamente deve rispondere ai criteri di razionalità e congruità dell'azione. L'Ente dovrà rapportare la convenienza economica della transazione all'incertezza e alla durata del giudizio. Tale incertezza andrà valutata in relazione alla natura delle pretese, alla chiarezza normativa e agli orientamenti giurisprudenziali, come anche ai precedenti in materia. I criteri principali cui ispirarsi nel perfezionamento di una transazione sono :

1. ragionevolezza, logicità, e razionalità;

2. rispondenza alla missione dell'Ente;

3. valutazione tecnica della scelta di transigere: in tale valutazione si dovrà tener conto, tra le altre cose, anche di una valutazione realistica circa l'effettiva probabilità di soccombenza in giudizio, considerate anche le eventuali difficoltà derivanti dall'attuale ripartizione dell'onere della prova.

La fase conclusiva consiste nel portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi, nonché nella ricerca di un accordo che possa definire la questione. Tale proposta è sottoscritta dal Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario e trasmessa al soggetto/i interessato/i, ovvero al Legale/i Rappresentante/i a cura dell'Ufficio Amministrativo della UOC AA.GG. La fase conclusiva, nel caso in cui si sia raggiunto un accordo, termina con l'adozione di un provvedimento deliberativo, su proposta della UOC Affari Generali, di approvazione della

bozza di atto transattivo che ripercorra tutte le fasi del processo di gestione del sinistro e che abbia il seguente contenuto minimo:

- Riferimenti richiesta risarcimento danni;
- Riferimento all'evento;
- Riferimenti alla fase valutativa e motivazione del riconoscimento del nesso di causalità tra evento e danno;
- Riferimento all'autorizzazione del Legale Rappresentante dell'Azienda a procedere alla liquidazione;
- Riferimenti all'accordo raggiunto;
- Riferimenti al sottoconto di bilancio relativo ai costi per copertura di risarcimento danni.

Successivamente all'adozione dell'atto, le parti precedono alla sottoscrizione dell'atto di transazione. Nel caso in cui l'accordo non si raggiunga, il procedimento termina con un sintetico verbale conclusivo del CVS, redatto a cura dell'Ufficio Amministrativo della UOC AA.GG., nel quale viene dato adeguatamente conto dell'attività svolta e delle motivazioni per le quali non si è raggiunto l'accordo. Il CVSA si pronuncia anche sulle istanze di mediazione, al riguardo si attivano le procedure concordate in tempi compatibili con la data fissata per il primo incontro di mediazione. Il rappresentante della ASL, individuato secondo quanto disposto dalla vigente normativa, in sede di mediazione dovrà avvalersi del parere del CVS. L'Ufficio amministrativo acquisisce tramite il protocollo informatico aziendale gli atti giudiziari di natura risarcitoria che sono stati inviati in originale alla UOC AA.LL. Dal momento dell'acquisizione di copia dell'atto giudiziario si attivano le procedure di cui all'art. 4. Al fine di consentire al legale aziendale di costituirsi in giudizio e di attivare le procedure propedeutiche a tale adempimento, il CVS entro 40 giorni prima dell'udienza fissata nell'atto di citazione conclude e/o interrompe le attività di·propria competenza e trasmette alla medesima UOC, a cura dell'Ufficio Amministrativo, tutta la documentazione acquisita unitamente ad una relazione sullo svolgimento della fase conciliativa. Il Comitato Valutazione Sinistri deve garantire una tempestiva e completa attività dì confronto e raccordo con il difensore nominato dall'Azienda, trasmettendogli tutta la documentazione acquisita durante l'istruttoria della pratica e rendendosi disponibile a incontri finalizzati a condividete le scelte

difensive nell'intero corso del giudizio ed a favorire da parte del difensore medesimo la piena e completa conoscenza dei fatti. Inoltre, al fine di garantire una difesa efficace e completa, il Comitato Valutazione Sinistri si raccorda e collabora, durante l'intero corso del giudizio, anche con il Consulente Tecnico di Parte che sia eventualmente nominato. In particolare nel caso in cui, all'esito della CTU, dovessero emergere responsabilità dei sanitari coinvolti o dell'Azienda (a titolo di responsabilità oggettiva), l'avvocato difensore, prima di sottoporre ipotesi transattive alla Direzione Aziendale, acquisisce il parere del CVSA, che in uno al proprio parere finale e alla CTU, trasmette al Direttore Generale per le valutazioni di competenza, Quanto precede si applica anche alle procedure di Accertamento Tecnico Preventivo, ove compatibili con detto istituto.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'Ufficio Gestione Sinistri Aziendale è strutturato nell'ambito della U.O.C. Affari Generali ed Istituzionali che presidia, ai sensi della Deliberazione del Direttore Generale n. 523 del 23/7/2015 relativa ''all'approvazione dei funzionigrammi, strutture semplici e accessi dell'Atto di autonomia aziendale", fra l'altro, anche le attività di contenzioso, esclusa quella specifica degli Avvocati professionisti che afferisce ai medesimi e al personale loro assegnato. È previsto un ufficio di medicina legale. L'Ufficio amministrativo del CVSA acquisisce, fra l'altro, anche gli atti giudiziari di natura risarcitoria e attiva tutte le procedure atte a permettere al legale aziendale di costituirsi in giudizio (istruttoria della pratica, valutazione da parte del medico legale, eventuali consulenze specialistiche e visite medico legali) trasmettendo tutta la documentazione al medesimo, entro 40 gg., dall'udienza fissata e rendendosi disponibile ad incontri finalizzati a condividere le scelte difensive nell'intero corso del giudizio ed a favorire, da parte del difensore medesimo, la piena e completa conosccenza dei fatti. Nel caso in cui all'esito dell'eventuale prova tecnica ammessa in corso di giudizio (CTU) dovessero emergere responsabilità dei sanitari coinvolti o dell'Azienda, l'Avvocato difensore, prima di sottoporre ipotesi transattive alla Direzione Aziendale, acquisisce il parere del CVSA che insieme al proprio parere finale trasmette al Direttore Generale per le valutazioni di competenza. Per quanto concerne invece la figura del Risk Manager, il CVSA garantisce uno stretto coordinamento tra le politiche di gestione assicurativa degli eventi avversi e quelle del medesimo Risk Manager al fine di giungere alla

diminuzione della sinistrosità in conseguenza del sistema di controllo che si intende mettere in atto con iniziative mirate alla prevenzione delle cause più frequenti che danno origine alle richieste di risarcimento danni, prevenendo l'incidenza di errori e migliorando la qualità delle prestazioni sanitarie.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il modello favorisca, attraverso il confronto interaziendale, una maggior consapevolezza riguardo la correlazioene tra la gestione del rlschio clinico, la best practice in tema di qualità e standardìzzazlone dei processi e una naturale flessibilità di gestione nell'impiego delle risorse di bilancio aziendale. Tale modello presenta però delle criticità legate all'imprevedibilità e variabilità della spesa per la liquidazione dei sinistri, della corretta rispondenza tra costi preventivati e consuntivati, nonché dell'idonea imputazione nel bilancio dell'esercizio di competenza.

ARES 118

L'Ares 118 ha adottato a partire dal 01.01.2012 - stante la diserzione delle gare appositamente indette - il sistema di gestione diretta per quanto attiene la Responsabilità Civile verso Terzi, con l'accantonamento mensile della somma di € 41.000, , per un importo di € 492.000per gli anni 2012/2013/2014. Per l'anno 2015, con Deliberazione n. 113 del 24.3.2015, è stato disposto di integrare - a seguito di valutazione del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (C.A.V.S.), in ordine a quegli eventi per i quali dalla documentazione agli atti sembrerebbero emergere profili di responsabilità ascrivibili agli operatori ARES 118 intervenuti nei rispettivi soccorsi - la somma accantonata per la responsabilità civile verso terzi nell'anno 2014 per un importo pari ad € 992.908, nonché di accantonare per l'anno 2015 la somma di € 1.500.000, quantificata in via prudenziale sulla base dell'andamento della sinistrosità anno 2014 dell' ARES 118. Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale, sul presupposto di una attendibile fondatezza della pretesa risarcitoria, procede alla stima del danno risarcibile (attenendosi, per quanto possibile, ad un congruo valore per la definizione di una transazione). Indica, pertanto, un valore massimo risarcibile e il necessario accantonamento dei fondi, sulla base dei sottoindicati criteri di valutazione, tenendo conto

degli aggiornamenti e integrazioni da parte di Società Scientifiche e/o di carattere normativo e/o giurisprudenziale:

- per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le indicazioni orientative delle Guide in uso in Italia, privilegiando la Guida accreditata dalla associazione scientifica nazionale di settore (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, SIMLA), in attesa della pubblicazione delle tabelle per i danni valutabili oltre le c.d. micro permanenti;
- per la determinazione e valutazione delle c.d. micro permanenti, si utilizzano le tabelle di cui al decreto del Ministero della Salute del 3 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell' 11 settembre 2003, n.211, recante "Tabella delle menomazioni all'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità";
- per la determinazione e l'ammontare della liquidazione del danno biologico e morale si assumono come criteri di riferimento i coefficienti delle vigenti tabelle d'invalidità permanente in uso presso i tribunali territorialmente competenti.

Una volta pervenuta la richiesta di risarcimento danni da parte di terzi, la UOC Affari Generali trasmette la predetta richiesta alla UO Risk Management al fine di attivare le indagini ed acquisire la documentazione necessaria per la trattazione del sinistro (copia della cartella clinica, dei referti, della documentazione medica, dell'audit, ecc.). A conclusione di tale fase, viene convocato il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale al fine di esaminare la documentazione reperita e formulare il proprio parere e/o la propria proposta per la definizione del sinistro.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno di questa Azienda la UOC Affari Generali si occupa della gestione dei sinistri. Il Direttore dell'UOC Affari Generali è il coordinatore del Comitato Valutazione Sinistri aziendali e si avvale della collaborazione di un funzionario all'interno della stessa UOC per la gestione dei sinistri. Non è presente un ufficio di medicina legale, pertanto si provvede a stipulare apposita convenzione con Enti del SSN per acquisire le prestazioni professionali di medicina legale. Una volta pervenuta la richiesta di risarcimento danni da parte di terzi, la UOC Affari Generali trasmette la predetta richiesta alla UO Risk Management al fine di attivare le

indagini e acquisire la documentazione necessaria per la trattazione del sinistro (copia della cartella clinica, dei referti, della documentazione medica, dell'audit, ecc.). A conclusione di tale fase, viene convocato il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale al fine di esaminare la documentazione reperita e formulare il proprio parere e/o la propria proposta per la definizione del sinistro.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il sistema attualmente utilizzato (gestione diretta) non sia confacente - sia per numero sia per tipologia dei sinistri - alla peculiare natura di questa Azienda, che opera esclusivamente, mediante ambulanze ed eliambulanze, su l'intero territorio della Regione Lazio. Ne deriva una estrema variabilità degli eventi forieri di potenziale risarcimento, il cui rischio sarebbe opportuno trasferire a una Compagnia Assicurativa allo scopo individuata.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA

Il modello di gestione del rischio adottato all'interno dell'Azienda Ospedaliera, a far data dal 01 gennaio 2012, è quello della gestione diretta con deliberazione n. 824/DG del 01/12/2014 avente ad oggetto la descrizione del modello adottato. Con deliberazione n. 166/DG del 26.10.2012 l'Azienda ha approvato il "Regolamento aziendale di tutela in tema di responsabilità civile terzi e prestatori d'opera", provvedendo con le risorse umane e le dotazioni strumentali e organiche a disposizione ad assicurare un'autonoma copertura con relativa gestione del rischio di responsabilità civile terzi e prestatori d'opera di tutto il proprio personale dipendente. È stata pertanto prevista l'istituzione nel bilancio aziendale di un fondo rischi, per un importo complessivo di € 5.000.000 al fine di consentire all'Azienda di ottemperare alla liquidazione dei danni definiti in via stragiudiziale e transattiva. L'Azienda ha inoltre approvato il regolamento attuativo del CVS, nel qual sono disciplinati compiti e responsabilità di ciascuno dei componenti e le procedure operative indispensabili al raggiungimento degli obiettivi gestionali. La procedura per la risoluzione negoziata del contenzioso comprende le seguenti fasi:

A. Fase di apertura del sinistro

B. Fase preliminare
C. Fase istruttoria
D. Fase peritale – accertativa
E. Fase propositivi
F. Fase conclusiva

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Attualmente le competenze sono attribuite all'Area Legale - U.O.S.D Attività Amministrativa Legale - con deliberazione n. 330/DG del 28/04/2016. La Posizione Organizzativa denominata "Gestione Servizio Assicurativo" è composta dal titolare, dipendente dell'Azienda con la qualifica di Collaboratore Amministrativo professionale in servizio presso la U.O.S.D. Attività Amministrativa Legale, denominato U.O.S.D. Rischio Clinico e Medicina Legale. La collaborazione tra Ufficio Gestione Sinistri, Ufficio Legale e Risk Manager, è codificata dalle procedure sopra richiamate, nonché dalla partecipazione del titolare della P.O. Gestione Servizio Assicurativo al Comitato Valutazione Sinistri, organo collegiale multidisciplinare aziendale in staff alla Direzione Strategica aziendale composto da varie professionalità secondo le linee guida regionali. Il suo compito è prevalentemente quello di verificare l'andamento dei sinistri aziendali e delle polizze sottoscritte dalle aziende per la la loro copertura. L'obiettivo dei CVS è principalmente il controllo e la riduzione dell'impatto economico e sociale del sinistro. Spetta al CVS la qualificazione e valutazione complessiva di ciascun sinistro. I componenti del CVS sono i seguenti: Direttore di Unità Operativa Complessa Amministrativa, deputata alla gestione delle pratiche assicurative e risarcitorie, un avvocato, un medico legale, il risk manager, un membro della direzione sanitaria, il responsabile che istitusce i sinistri (U.O.S. o Posizione Organizzativa). Il CVS aziendale deve costantemente coordinare la propria attività con il CVS Regionale.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si premette che il modello in gestione diretta del rischio è conseguenza degli esiti delle procedure di gara bandite a suo tempo da questa Azienda. Il modello in questione, costituendo un "riappropriarsi" di attività, prima "esternalizzate" alle imprese assicurative, comporta un diverso impiego, sia qualitativo sia quantitativo, di risorse umane dedicate a tale attività.

AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANDREA

A far data dal 01/02/2016, il modello di gestione del rischio adottato dall'Azienda è quello di gestione diretta. Le richieste di risarcimento danni che pervengono in Azienda vengono acquisite dalla UOS Affari Generali e Consulenza Giuridica che provvede a trasmetterle, con nota, alla Direzione Sanitaria e alla UOC Risk Management per l'elaborazione delle relazioni mediche e medico-legali secondo le rispettive competenze. I sinistri vengono trattati in sede di COVASI (Comitato Valutazione Sinistri), il cui coordinatore è il Risk Manager. Il COVASI verifica la sussistenza di responsabilità in capo all'Azienda e, in tal caso, quantifica il valore del danno, proponendo alla Direzione Strategica l'importo della relativa liquidazione. L'importo della proposta di liquidazione viene inserito nel fondo. I verbali delle sedute del Comitato di valutazione sinistri vengono trasmessi al Direttore Generale per le valutazioni di competenza. Ove venga riconosciuta la responsabilità dell'Azienda, il Direttore Generale conferisce alla UOS Affari Generali e Consulenza Giuridica mandato alla predisposizione degli atti amministrativi necessari per la liquidazione del danno. Attualmente, a seguito del recente avvio del regime di autoassicurazione nella gestione dei sinistri, l'Azienda sta ridefinendo le procedure di gestione del Rischio Clinico. Il fondo regionale accantonamenti viene determinato in base alle valutazioni di natura medico legale ed alle determinazioni assunte dal Comitato di valutazione sinistri aziendale; in caso di contenzioso, le valutazioni vengono condivise con i legali che rappresentano e difendono l'Azienda in giudizio, anche sulla base dell'andamento della causa.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

La gestione dei sinistri compete alla UOC Risk Management, con il supporto della UOS Affari Generali e Consulenza Giuridica. La UOC Risk Management e la UOS Affari Generali afferiscono entrambe alla Direzione Generale. La gestione condivisa dei sinistri garantisce un approccio multidisciplinare che beneficia dell'apporto di professionalità con competenze sia di natura medico legali che giuridico- amministrative. È prevista la UOC Risk Management, la cui direzione è affidata ad un medico legale. La gestione dei sinistri compete alla UOC Risk Management, con il supporto della UOS Affari Generali e Consulenza Giuridica. La

collaborazione tra le due strutture si realizza mediante lo scambio di informazioni, dal ricevimento della richiesta di risarcimento del danno fino alla trattazione del sinistro nell'ambito del Comitato di Valutazione Sinistri.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Al fine di garantire l'efficacia del sistema di gestione del rischio adottato e la relativa rispondenza alle esigenze aziendali, è stato avviato il progetto aziendale "Sicurezza e Rischio Clinico" che, mediante l'acquisizione di adeguate professionalità, la formazione degli operatori coinvolti e l'implementazione dei sistemi informatici consentirà di conseguire In breve tempo la piena funzionalità.

IFO

Fino aI 19/03/2016 era in vigore la polizza RCT/O con la Compagnia BH Italia (Berkshire Hathway) con franchigia pari ad € 75.000. A decorrere dal 20/03/2016 gli Istituti sono in regime di autotutela. Si precisa che è in corso di espletamento una procedura aperta per il servizio assicurativo RCT/O. La gestione diretta del rischio è derivata dalla mancata aggiudicazione di una procedura aperta per il servizio assicurativo RCT/O espletata a metà 2015. Successivamente è stato concesso fino al 19.03.2016 un rinnovo della polizza RCT/O, all'epoca vigente, alle stesse condizioni contrattuali. Considerato che prima del termine del citato rinnovo la nuova procedura di gara non aveva ancora avuto esito, è stato richiesto alla Compagnia un ulteriore periodo di copertura assicurativa. Atteso il numero dei sinistri aperti e dell'ammontare delle relative riserve, la Compagnia ha proposto un rinnovo contrattuale con un aumento della quota di franchigia pari ad € 200.000. Detta proposta non è stata accettata dalla Direzione Strategica degli IFO. Ciò posto gli Istituti hanno dovuto ricorrere al regime di autotutela in attesa dell'espletamento della procedura di gara. Le richieste di risarcimento notificate all'Ente per la prima volta nel periodo di vigenza del regime di autotutela vengono inviate dalla U.0.S. Assicurazioni e Contenzioso alla Direzione Sanitaria per il reperimento di tutta la documentazione clinica e sanitaria afferente all' utente/paziente interessato. Contestualmente viene inviata una nota informativa alla controparte al fine di comunicare che il sinistro verrà gestito in autoassicurazione e pertanto valutato dal CVS aziendale. Periodicamente si riunisce il CVS aziendale che esamina i casi. Qualora il Comitato

ritenga necessaria ulteriore documentazione o, se del caso, chiamare a visita l'interessato, la UOS Assicurazioni e Contenzioso provvede a contattare la controparte per gli approfondimenti utili. La valutazione finale del CVS viene inviata al Commissario Straordinario per il relativo parere obbligatorio e vincolante.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

All'interno dell'Azienda è l'U.O.C. Affari Generale - U.0.S. Assicurazioni e Contenzioso che si occupa della gestione dei sinistri. È un dipartimento interaziendale area amministrativa IFO-INMI. All'interno di tale dipartimento l'ufficio che si occupa della gestione dei sinistri è la U.0.S Assicurazioni e Contenzioso dipendente dalla U.O.C. Affari Generali. Nella U.O.S. Assicurazioni e Contenzioso prestano servizio n.1 Dirigente Amministrativo, n.2 funzionari, n.1 assistente amministrativo. Non sono previsti l'ufficio di medicina legale e l'ufficio legale. La collaborazione tra la UOS Assicurazioni e Contenzioso ed il Risk Manager si concretizza in occasione delle riunioni periodiche del CVS aziendale. Inoltre ciclicamente vengono fornite dalla U.O.S. Assicurazioni e Contenzioso al Risk Manager dei report sulla situazione dei sinistri e ne consegue un confronto con gli eventi sentinella, le cadute avvenute nei reparti e negli spazi comuni degli Istituti. È inoltre attiva una collaborazione per eventi formativi del personale interno in ordine alla gestione del rischio clinico.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato Trattasi di una procedura temporanea e pertanto non pienamente strutturata. Si sta provvedendo a pianificare una procedura interna per la gestione dei sinistri sia in vigenza di polizza assicurativa che per quelli in regime di autotutela.

È prevista una gestione assicurativa per la copertura rischio RCT/O con Lloyd's of London con franchigia di € 100.000. Le polizze vengono aggiudicate tramite una procedura di gara ad evidenza pubblica e gestite con l'ausilio del broker per la tenuta dei rapporti con la Compagnia di Assicurazioni. Il contratto è in scadenza al 31.07.2016 con possibilità di rinnovo annuale. Sono previste clausole claims made, di ultrattività e retroattività, broker, di recesso, di rinnovo, estensioni di garanzia e di precisazioni della garanzia. Il massimale per sinistro è di € 7.500.000e quello aggregato è di € 20.000.000. È prevista la consulenza della compagnia di brokeraggio AON S.P.A. che viene retribuito con commissioni in percentuale sui premi della polizza erogate direttamente dalla Compagnia. Avendo professionalità specifica può validamente supportare l'Istituto in tutte le attività di carattere assicurativo, avendo tra l'altro una conoscenza del mercato assicurativo. Il broker:

- Supporta l'Istituto nella preparazione della documentazione di gara (capitolato, disciplinare, contratto etc.) ed assiste la commissione nelle varie fasi della stessa;
- Controllo di polizze ed appendici emesse dalla Compagnia; Gestione della polizza, scadenzario, richiesta premi, richiesta e verifica dei dati di regolazione;
- Gestione delle richieste di risarcimento e partecipazione ai Comitati di Gestione Sinistri.

Per quanto riguarda il calcolo del premio deve essere rappresentato agli assicuratori lo stato di rischio dell'Istituto; solitamente viene compilato un questionario che fornisce tutte le informazioni necessarie per quotare il rinnovo della polizza. Si ritiene che sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possano influenzarne la determinazione. Il valore del premio viene anche calcolato in base alle azioni di gestione del rischio.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'ufficio che si occupa della gestione dei sinistri è l'U.O.C. Affari Generali - U.O.S. Assicurazioni e Contenzioso. L'ufficio fa parte del Dipartimento interaziendale IFO-INMI come U.O.S. dipende dalla U.O.C. Affari Generali. Alla U.O.S. Assicurazioni e Contenzioso IFO-INMI afferiscono n. 1 Dirigente e n. 3 persone del comparto. Non sono previsti l'ufficio di medicina

legale e l'ufficio legale. La collaborazione tra uffici si concretizza in occasione delle riunioni periodiche del Comitato Valutazione Sinistri.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato Si ritiene che il modello risponda efficacemente alle esigenze dell'Azienda.

POLICLINICO UMBERTO I

L'Azienda Policlinico ha adottato una gestione mista con la compagnia Berkshire Hathaway con una franchigia SIR a partire da € 350.000,00. Il contratto è annuale e sono previste clausole di tipo claims made, broker, di recesso, di rinnovo, estensioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e modalità di pagamento (regolazione) del premio. Il massimale per sinistro è di € 15.000.000e quello aggregato è di € 30.000.000. Le polizze vengono aggiudicate tramite una procedura di gara ad evidenza pubblica. È prevista la consulenza di una compagnia di brokeraggio, AON S.pA.., che viene remunerata con una commissione in percentuale sui premi delle polizze. Il broker professionalmente supporta l'Azienda nelle attività di carattere assicurativo, supporta l'Azienda nella preparazione della documentazione di gara ed assiste la commissione nelle varie fasi della stessa, nel controllo di polizze ed appendici emesse dalla Compagnia, nella gestione della polizza, dello scadenziario, richiesta dei premi, richiesta e verifica dei dati di regolazione, gestione delle richieste di risarcimento e partecipazione ai Comitati di Gestione Sinistri. Per il calcolo del premio deve essere deve essere rappresentato agli assicuratori lo stato di rischio dell'Azienda. Si ritiene che sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possano influenzarne la determinazione. Il valore del premio viene anche calcolato in base alle azioni di gestione del rischio. La gestione dei sinistri che rientrano nella SIR è organizzata nelle seguenti fasi:

A. Apertura sinistro
B. fase istruttoria
C. fase peritale
D. fase propositiva
E. fase conclusiva (risarcimento o rigetto)

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'ufficio che all'interno dell'Azienda si occupa della gestione dei sinistri è l'IPAS Ufficio Affari Legali e Contenzioso Attività Stragiudiziale e Assicurativa. L'ufficio è composto dal responsabile IPAS e n. 4 collaboratori amministrativi. È previsto anche un ufficio di medicina legale. La collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager è strutturata nell'ambito del Comitato Gestione Sinistri.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato Il livello di gestione della copertura assicurativa risponde efficacemente alle esigenze dell'Azienda, sebbene il periodo di collaborazione sia breve essendo di soli sei mesi.

POLICLINICO TOR VERGATA

Il modello di gestione del rischio adottato al PTV è quello a gestione mista: polizza RCT con previsione SIR pari a € 250.000 fino al 30.04.2016 e a € 220.000 a decorrere dal 1.05.2016. Il contratto è di 12 mesi, a far data dall'01.05.16, con opzione di rinnovo per ulteriori 12 mesi ex art. 57 comma 5 lettera b del D.lgs. 163/2006. È prevista una clausola claims made, clausola di retroattività, facoltà di recesso, clausola di rinnovo, estensioni di garanzia, clausola di precisazioni di garanzia, clausole in rischio variazione del rischio. Il massimale per sinistro è di € 5.000.000 e il massimale aggregato annuo è di € 20.000.000. La Compagnia di Assicurazione affidataria della copertura assicurativa RCT è stata individuata all'esito della procedura di gara europea indetta dal Policlinico (PTV) ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 165/2006; con la Compagnia Assicurativa AM TRUST EUROPE LIMITED Spa sino al 30.04.16 e con la Compagnia assicurativa SHAM dal 01.05.16. A far data dal 15.02.16, il contratto con la Società di Brokeraggio assicurativo è venuto a scadere e non è stato oggetto di rinnovo. Fino al 15.02.16 il Broker era Marsh S.p.A. Il broker costituisce un efficace supporto nella mappatura dei rischi, nella predisposizione dei capitolati oggetto di procedura di gara da espletarsi per la copertura del rischio assicurativo, nonché un valido ausilio nella gestione delle scadenze per i pagamenti dei premi e/o delle regolazioni premi a conguaglio. Tuttavia, con particolare riguardo alla gestione dei sinistri, ogni società di brokeraggio con la quale il

PTV ha intrattenuto rapporti contrattuali, ha svolto un'attività limitata alla funzione di "passacarte" tra l'Ente assicurato e la compagnia assicurativa, fornendo un'assistenza nella gestione sinistri marginale. La remunerazione del broker è posta a carico della compagnia assicurativa aggiudicataria della copertura assicurativa nella misura dell'8% del premio imponibile, non rappresenta quindi un costo aggiuntivo per l'amministrazione appaltante. Con riferimento al premio, è stato previsto in sede di disciplinare di gara uno sconto percentuale (7,5%) sul premio imponibile di polizza a valere *pro rata temporis,* successivamente alla data del rilascio della certificazione di ente terzo del modello di gestione del rischio clinico. Il premio annuo lordo nella vigente polizza è fisso e non soggetto a regolazione premio a conguaglio. Si ritiene che sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possano influenzarne la determinazione.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'ufficio per la gestione dei sinistri è affidato alla UOC Affari Istituzionali, Generali e Legali. L'ufficio è costituito da un Dirigente e n. 4 unità di personale amministrativo suddivise tra n. 2 unità deputate alle attività di supporto alla gestione sinistri e n. 2 deputate alle attività di supporto alla gestione polizze e contenzioso. È previsto anche l'ufficio di medicina legale. La collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager è strutturata attraverso il CVS aziendale, nell'ambito del quale sono componenti il dirigente afferente al Dipartimento Affari Istituzionali, Generali e Giuridico-Amministrativi e il Risk Management.

ASL VITERBO

Nell'ASL di Viterbo è prevista una gestione mista con SIR di € 350.000 solo per danni da Medical malpractice mentre per le altre garanzie non è presente nessuna franchigia. Le polizze vengono stipulate a seguito di aggiudicazione di procedura di gara ad evidenza pubblica e gestite con l'ausilio del broker. Attualmente è in essere un contratto di polizza RCT/O che è stato stipulato con la compagnia di assicurazione Am-Trust Europe Limited che ha durata di anni due per il periodo: 31/03/2016 - 31/03/2018. Sono previste clausole Claims Made, broker e facoltà di recesso. Il massimale per sinistro è di € 10.000.000, il

massimale aggregato è di € 50.000.000. La compagnia di brokeraggio è la AON S.p.A. In virtù della specifica professionalità, vengono affidate al broker tutte le attività di supporto all'Azienda nella gestione delle polizze ed i rapporti con le compagnie di assicurazione, in quanto tale professionalità non è presente internamente all'Azienda. Il broker viene remunerato con commissioni in percentuale sui premi delle polizze. Il broker si occupa di:

- In collaborazione con l'E-procurement, preparazione di tutta documentazione da portare a gara ed assistenza alla commissione nella fase di aggiudicazione;
- controllo dei documenti emessi dagli assicuratori, assistenza nelle fasi successive all'aggiudicazione del contratto quali scadenziario dei premi, richiesta e verifica dei dati di regolazione;
- gestione dei sinistri, partecipazione ai Comitati di Gestione Sinistri, ecc.

Convenzionalmente, il premio viene calcolato attribuendo una percentuale (tasso di premio) alle retribuzioni erogate al personale dipendente dall'Azienda. Si ritiene che sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possano influenzarne la determinazione. Il valore del premio viene anche calcolato in base alle azioni di gestione del rischio. Oltre a tutti gli elementi suindicati è importante fornire un esatto stato di rischio, fornendo le informazioni necessarie agli assicuratori, contenute nello specifico questionario redatto e presentato in fase di gara per il rinnovo della polizza. I sinistri vengono trattati nell'ambito di uno specifico comitato (CAVS) che prevede la presenza di:

- Affari Generali (Ufficio Assicurativo e Ufficio legale);
- Medicina Legale (ufficio Responsabilità Professionale);
- Risk Management;
- Programmazione Economica;
- Broker

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

La gestione dei sinistri è gestita operativamente dall'Ufficio Assicurativo in collaborazione con l'Ufficio Legale, entrambi afferenti alla UOC Affari Generali e Relazioni Esterne; per la

parte relativa alle Medical Malpractice si interfaccia con l'ufficio Responsabilità Professionale afferente alla UO Medicina Legale. In particolare, l'Ufficio Assicurativo si occupa:

- della gestione dei sinistri, dall' apertura del sinistro che prevede la fase di acquisizione di tutta la documentazione legale-amministrativa alla fase di eventuale liquidazione dello stesso; cura inoltre i rapporti con la parte istante;
- raccoglie la documentazione necessaria alla trattazione del sinistro;
- procede all'analisi della richiesta di risarcimento e ne valuta la completezza delle informazioni;
- trasmette la richiesta di risarcimento danni alla Medicina Legale per la valutazione della SIR;
- provvede all'inoltro formale di tale richiesta alla Compagnia di Assicurazione, ove presente, secondo le modalità previste dai contratti;
- richiede l'eventuale copertura assicurativa personale dei sanitari coinvolti nel sinistro.

Successivamente, l'Ufficio Responsabilità Professionale della Medicina Legale prende in carico dall'Ufficio Assicurativo il fascicolo completo, costituito sia dalla documentazione sanitaria sia da quella amministrativa, ne verifica la completezza e, laddove necessario, provvede a completare l'istruttoria. Le integrazioni documentali possono essere richieste o in occasione della visita diretta, oppure attraverso l'invio di comunicazione scritta da parte della Medicina Legale. La Medicina Legale provvede alle convocazioni a visita e, nel caso la ritenga necessaria ai fini di una corretta valutazione del danno, richiede una consulenza specialistica che dovrà essere approvata dal CAVS aziendale, seguendo per l'affidamento gli appositi criteri aziendali. La consulenza specialistica esterna è sempre sottoposta ad autorizzazione della Direzione Strategica. Al termine della fase peritale/accertativa, la Medicina Legale produce perizia medico-legale, su cui si esprime sia in ordine all'*an* sia al *quantum debeatur*. In relazione alla percentualizzazione del danno alla persona, il medico legale individuerà i baremes valutativi più opportuni per la sua determinazione e si esprimerà anche sulla congruità delle spese mediche prodotte dalla controparte. Il C.A.V.S. dopo aver acquisito la relazione medico legale procede alla eventuale quantificazione del danno e alla relativa proposta risarcitoria oltre alla relazione del medico legale della compagnia di assicurazione (ove presente), procede alla discussione e invia il parere conclusivo alla Direzione Strategica

per il visto di autorizzazione alla liquidazione; acquisita la stessa, si invia alla controparte la proposta risarcitoria. Contestualmente, la Direzione Strategica dà mandato al competente ufficio di informare della proposta il personale coinvolto nel sinistro, al fine di formulare eventuali controsservazioni e di procedere alla negoziazione con la parte. Nella fase conclusiva si porta a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi. Nel caso sia raggiunto un accordo, su proposta della U.O. Affari Generali e Relazioni Esterne, l'azione termina con l'adozione di un provvedimento deliberativo. Dotazione personale: Il personale afferente all'ufficio è composto da 2 unità di personale amministrativo a tempo pieno e 1 unità a 24 ore. La ASL di Viterbo è dotata dell'Ufficio Responsabilità Professionale conglobato all'interno dell'U.O.C. Medicina Legale. Il personale afferente all'ufficio è composto da 1 unità di personale amministrativo a tempo pieno.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il modello risponda efficacemente alle esigenze dell'Azienda.

REGIONE MARCHE

Dalle ultime rilevazioni risultava che la **REGIONE MARCHE** avesse optato per un sistema di gestione diretta per l'ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale) mentre l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, l'Azienda Ospedale Marche nord e l'INRCA avevano in vigenza una polizza assicurativa con franchigia.

La gestione del rischio della Regione Marche

Per la Regione Marche hanno risposto al questionario l'ASUR, l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e l'INRCA .

ASUR

Ha adottato un sistema di gestione diretta. Il modello prevede l'individuazione delle funzioni e responsabilità di ciascun servizio aziendale coinvolto e che compartecipa al complesso iter istruttorio funzionale all'adozione di ogni determinazione in merito alla richiesta risarcitoria. Ciò avviene mediante l'apporto necessario delle componenti operative, documentali, conoscitive, professionali che, nel loro insieme, consentono di dare vita a due macro blocchi procedimentali in cui il percorso si snoda, rispettivamente in ambito di Area Vasta e di Amministrazione Centrale. Le Unità di Gestione Sinistri istituite in ciascuna Area Vasta svolgono l'istruttoria preliminare, mentre il Tavolo tecnico aziendale svolge la valutazione definitiva. Entrambi gli organismi hanno composizione multidisciplinare e, pertanto, si giovano dell'apporto di competenze cliniche, medico legali, giuridiche, infermieristiche, di gestione e contenimento del rischio oltre che tecniche. Nel caso in cui, in esito alla definitiva valutazione del sinistro la domanda risarcitoria sia ritenuta accoglibile, l'Azienda provvede a formalizzare alla parte istante apposita proposta di definizione della vertenza con chiarezza dell'iter logico giuridico e motivazionale seguito per giungere alla determinazione del *quantum*, che viene sottoposto all'accettazione della medesima. In caso contrario procede al rigetto del sinistro. Per la determinazione del fondo l'ASUR provvede alla determinazione delle cosiddette riserve tecniche per i sinistri avvenuti e di cui sia pervenuta formale richiesta risarcitoria, in modo che le riserve siano sufficienti, per quanto ragionevolmente valutabile e

prevedibile, a coprirne i relativi costi. La riserva comprende l'ammontare complessivo delle somme che risultino necessarie a far fronte al pagamento dei sinistri, avvenuti nell'esercizio stesso e non ancora pagati, nonché alle relative spese di liquidazione sulla base del "costo ultimo" prevedibile derivante dalla somma complessiva che si prevede di corrispondere al beneficiario del risarcimento. La riserva viene costituita separatamente per ogni sinistro "denunciato" ad ASUR e registrato nel data base e per il quale non sia stato ancora pagato alcun risarcimento. La determinazione degli importi da mettere a riserva/accantonare, avviene con il criterio dell'inventario e quindi mediante una valutazione analitica separata del costo di ciascun sinistro denunciato e pertanto tramite valutazione separata di ogni sinistro. La determinazione del valore si basa su criteri medico legali per quanto concerne i danni sanitari da cosiddetta "malpractice", che costituiscono la prevalenza, e su valutazioni tecniche coerenti per le altre fattispecie.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

La gestione dei sinistri fa capo all'Area Affari Generali. All'interno dell'Azienda sono presenti più UOC di Medicina Legale che partecipano attivamente al percorso di gestione diretta sinistri. Per quanto riguarda il rapporto di collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager ciascuno, a diverso titolo di competenza espresso, è parte della procedura di gestione sinistri e della fase istruttoria e valutativa.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

L'attività di gestione diretta dei sinistri condotta dall'ASUR ha evidenziato come detto approccio consenta innanzitutto di responsabilizzare strutture e operatori, innescando un processo virtuoso idoneo ad aumentare la consapevolezza degli eventi di danno, l'analisi dei fattori di rischio e, conseguentemente, nel tempo, le azioni più efficaci a prevenire gli eventi sotto il profilo rilevante per la gestione del rischio clinico, riducendo la sinistrosità e i costi. La gestione consapevole e diretta degli eventi dannosi, con un sistema di verifica puntuale e la loro conseguente mappatura in ambito aziendale, è risultata idonea anche a ridurre numericamente le richieste risarcitorie, come il trend in decremento dimostra oltre a

consentire un indubbio risparmio economico considerati gli elevatissimi costi precedentemente sostenuti da ASUR per premi e franchigie.

AOU OSPEDALI RIUNITI

Ha adottato un sistema di gestione mista (polizza assicurativa per danni catastrofali o franchigia/SIR a partire da € 500.000) che prevede una franchigia frontale 500.000 con stop limit di € 5.000.000più franchigia aggregata annuale di € 1.500.000 più premio. Il massimale aggregato e per sinistro è di € 10.000.000. Per la negoziazione e gestione della polizza tutti i casi passano in Comitato Valutazione Sinistri (CVS). A seguito di CVS si dispone il sovra/sotto FF (franchigia frontale). Entro la FF gestione bonaria aziendale, sopra la FF avviene il trasferimento. Vengono trasferiti i casi esitati a seguito di gestione bonaria non positiva. La gestione giurisprudenziale è affidata alla compagnia con personale legale e Medico Legale condiviso con l'Azienda. La compagnia è AMT Europe e non è prevista la consulenza del broker. La polizza ha durata triennale dal 1.1.16 al 31.12.18. È una polizza claims made, con clausole di ultrattività e retroattività, facoltà di recesso e clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio. La determinazione del premio può essere influenzata dal numero di sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti e da quello degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno e come metodo viene utilizzato il calcolo del personale.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'ufficio preposto alla gestione dei sinistri è l'ufficio affari generali per la parte amministrativa, i CVS per la parte sanitaria e la gestione stragiudiziale. È previsto anche l'ufficio di medicina legale. L'ufficio affari legali si occupa della parte istruttoria amministrativa; la medicina legale collabora funzionalmente con il risk manager il quale si occupa della gestione stragiudiziale.

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il livello di gestione della copertura assicurativa risponde efficacemente alle esigenze dell'Azienda.

INRCA

È stata adottata una gestione assicurativa con franchigia aggregata limitatamente ai danni conseguenti a medical malpractice. La compagnia viene scelta mediante gara ad evidenza pubblica e, attualmente, è in essere un contratto triennale con XL Insurance. La polizza è claims made, con clausole di ultrattività e retroattività, clausola broker, facoltà di recesso, estensioni di garanzia, clausole di precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e di modalità di pagamento (regolazione) del premio. È prevista unicamente una franchigia aggregata di € 350.000, un massimale per sinistro pari a € 10.000.000 e uno aggregato di € 30.000.000. L'INRCA si avvale della consulenza del broker AON la cui collaborazione si ritiene utile per la facilitazione nella gestione dei sinistri e nella predisposizione degli atti di gara. Il broker viene remunerato in percentuale sul premio di polizza. Il servizio ha per oggetto l'assistenza e la consulenza relativa al programma assicurativo globale dell'INRCA, nonché la collaborazione alla gestione e all'esecuzione dei contratti assicurativi, anche in relazione ai sinistri, alle politiche di valutazione e contenimento del rischio (Risk Management). La determinazione del premio può essere influenzata dal numero di sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti e da quello degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno e per il calcolo dello stesso, al monte stipendi complessivo viene applicato un tasso lordo del 16,49 per mille. Si ritiene che le azioni di gestione del rischio clinico non influenzino la determinazione del suo valore.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

L'ufficio preposto alla gestione dei sinistri è interno all'Ufficio Affari Legali. È previsto anche un ufficio per la medicina legale e la collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager avviene mediante il Comitato Gestione Rischi (CO.GE.RI) ed il Comitato Valutazione Sinistri (CO.VA.SI).

Le considerazioni della Azienda sul modello adottato

Si ritiene che il livello di gestione della copertura assicurativa risponde efficacemente alle esigenze dell'Azienda.

Dalle ultime rilevazioni risultava la **REGIONE PUGLIA** avesse optato per la non individuazione di un unico sistema di gestione del rischio RCT/O da applicarsi a tutte le aziende. Pertanto l'ASL di Bari e gli IRCCS pubblici, De Bellis e Oncologico di Bari, avevano implementato un sistema di gestione diretta del rischio; le restanti Aziende Sanitarie avevano in essere una polizza con Self Insured Retention (SIR) variabile.

La gestione del rischio della Regione Puglia

La situazione è invariata rispetto alla ultima rilevazione. Si specifica che mentre per gli IRCCS pubblici De Bellis e Oncologico di Bari, quella di adottare un sistema di gestione diretta del rischio è stata una scelta, per l'ASL di Bari è stata una necessità dovuta alla crisi assicurativa. Per quanto riguarda invece le Aziende Sanitarie che hanno in vigore una polizza con SIR si specifica che la stessa è variabile e oscilla tra € 150.000 e € 250.000. Nelle Aziende che hanno un modello di gestione mista è prevista la consulenza del broker il quale viene remunerato in percentule sul premio della polizza. Il broker non è regionale, ma il contratto è in essere con due compagnie ASSIDEA e DELTA e ITALBROKER. La compagnia di assicurazione è, invece, AMTRUST e la durata dei contratti è variabile. Il valore del premio viene calcolato in base al numero dei sinistri denunciati, al valore degli indennizzi richiesti e al valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno. Si ritiene inoltre che il valore del premio venga calcolato anche in base alle azioni di gestione del rischio clinico.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Presso il Policlinico di Bari e gli Ospedali Riuniti di Foggia è presente una unità complessa di Medicina Legale e Rischio Clinico quali unità funzionali. Presso le altre Aziende, con eccezione per gli IRCCS e l'ASL di Foggia, è presente una unità operativa semplice. All'interno dell'Oncologico di Bari, tramite un progetto, è stata acquisita una figura di medico legale e di un avvocato.

Dalle ultime rilevazioni risultava che la **REGIONE SARDEGNA** non avesse adottato una politica unitaria regionale nelle strategie di gestione del rischio RCT/O; erano difatti presenti Aziende che avevano implementato un sistema di gestione diretta, Aziende in gestione assicurativa e Aziende con un sistema di gestione misto.

La gestione del rischio della Regione Sardegna

La situazione è rimasta invariata ma è in corso di definizione una delibera che dovrebbe portare la Sardegna ad adottare un modello unitario regionale. Fino al 31 dicembre 2016 ogni azienda avrà la sua polizza; l'ASL di Sassari e l'ASL di Carbonia sono invece in regime di gestione diretta. Si evidenzia però, che entrambe le Aziende non hanno compiuto una vera e propria valutazione dei sinistri; l'ASL di Carbonia, difatti, solo recentemente ne ha effettuato la valutazione e per quella di Sassari la valutazione è ancora in corso. Questo a causa di una scarsa cultura del dato. È prevista la consulenza di un broker regionale che non si occupa esclusivamente dell'ambito sanitario. La situazione delle Aziende all'interno della Regione Sardegna è, attualmente, come di seguito sintetizzata:

ASL OLBIA: polizza assicurativa con Reale Mutua, con una franchigia per sinistro di € 10.000 e una franchigia aggregata di € 100.000. Broker: GBS Galizia;

ASL NUORO: polizza assicurativa con XL Insurance, con una franchigia per sinistro di € 25.000 e una franchigia aggregata di € 1.250.000. Broker: GBS Galizia;

ASL LANUSEI: polizza assicurativa con AM Trust, con una franchigia per sinistro di € 1.500 e una franchigia aggregata di € 350.000;

ASL SANLURI: polizza assicurativa con Reale Mutua, senza franchigia;

ASL CAGLIARI: polizza assicurativa con LIG Insurance, senza franchigia;

AOU CAGLIARI: polizza assicurativa con LIG Insurance, senza franchigia. Broker: RTI Janua Lonham;

AOU SASSARI: polizza assicurativa con Reale Mutua, senza franchigia;

AO BROTZU: polizza assicurativa con AM Trust, con una franchigia per sinistro di € 160.000;

ASL ORISTANO: ha un sistema di gestione misto, con una SIR di € 350.000;la parte sopra soglia è affidata alla compagnia Am Trust;

ASL SASSARI: gestione diretta;

ASL CARBONIA: gestione diretta.

La determinazione del premio può essere influenzata dal numero di sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti e da quello degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno; il valore è comunque l'esito di una gara per azienda. Non si ritiene che il valore del premio venga calcolato anche in base alle azioni di gestione del rischio clinico.

L'organizzazione dell'ufficio per la gestione dei sinistri

Le ASL di Olbia, Lanusei, Carbonia e l'AOU Sassari hanno un Ufficio Affari Generali; le ASL di Sassari, Oristano, Sanluri, Cagliari e l'AOU di Cagliari hanno un Ufficio Legale, mentre per l'AO di Brotzu lo stesso è in staff alla Direzione Generale. Le ASL di Sassari, Nuoro, Lanusei, Oristano, Carbonia, Cagliari, l' AOU di Cagliari e Sassari e l'AO di Brotzu hanno l'ufficio di medicina legale. Tutte le strutture hanno il risk manager. Le ASL di Sassari, Olbia, Nuoro, Oristano, Sanluri e le AOU di Cagliari e Sassari hanno i Comitati Valutazione Sinistri che sono generalmente composti dal Direttore Sanitario, un avvocato, il risk manager e il medico legale.

3.4 LA TRASPARENZA DEI DATI RELATIVI ALLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO. L'ORIENTAMENTO DELLE REGIONI

Si riportano di seguito i risultati della seconda fase dell'indagine, volta alla rilevazione degli orientamenti delle Regioni e P.A. rispetto a quanto previsto dal DDL sulla responsabilità professionale in tema di trasparenza dei dati. Il secondo obiettivo, infatti, che tramite l'indagine si è inteso raggiungere è stato quello di rilevare, per condividere ed eventualmente uniformare, gli orientamenti delle Regioni rispetto a quanto previsto dal DDL sulla responsabilità professionale del personale sanitario in tema di trasparenza dei dati, ciò in considerazione dell'attualità dell'argomento e del dibattito aperto dal Disegno di Legge.

La proposta di Legge affronta i temi della sicurezza delle cure, del rischio sanitario, della responsabilità dell'esercente la professione sanitaria e delle strutture sanitarie pubbliche e private. Nel testo vengono trattate anche le modalità dei procedimenti giudiziari aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'obbligo di assicurazione e in ultimo l'istituzione di un fondo di garanzia a favore dei soggetti danneggiati da responsabilità professionale. Nell'indagine ci si è soffermati in particolar modo sull'Art., 4 che disciplina la trasparenza dei dati e sull'Art. 10 sull'obbligo di assicurazione a carico delle aziende, delle strutture e degli enti che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi.

All'interno dell'Area D del questionario sono stati pertanto inseriti quesiti con particolare riguardo all'Art. 4, comma 3, sulla trasparenza dei dati nel quale è previsto che "Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquiennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio (risk management)".

Alle Regioni e P.A. che hanno implementato un modello di gestione diretta del rischio sono inoltre stati posti alcuni quesiti con riferimento all'Art. 10 – obbligo di assicurazione – commi 1 e 4, nei quali si fa riferimento all'obbligatorietà, per tutte le strutture pubbliche e private operanti in regime di autonomia o di accreditamento con il SSN che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi, di essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la RCT/O; si prevede che le strutture e gli enti dovranno rendere nota, mediante

pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, i contratti, le clausole e le analoghe misure che determinano la copertura.

È stato primariamente richiesto a tutti i referenti regionali quali fossero, secondo la loro esperienza, le informazioni che potrebbero utilmente essere pubblicate all'interno dei siti web delle strutture sanitarie ai fini della trasparenza e della corretta informazione ai cittadini/utenti come previsto dal summenzionato Disegno di Legge.

Secondo i referenti della **REGIONE BASILICATA** dovrebbero essere rese pubbliche le informazioni coerentemente con quanto già contemplato nel novero del sistema di rilevazione dati SIMES, unitamente alla precisa rilevazione degli standard di qualità e sicurezza adottati dall'Azienda proprio in relazione alla mappatura del rischio, al fine di rendere più precisa la percezione della dimensione del rischio aziendale. Nel manuale della **REGIONE LIGURIA** per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie è prevista l'adozione di tutte le attività connesse alla gestione del rischio: individuazione del risk manager, istituzione delle unità di gestione del rischio, percorsi formativi per il personale di assistenza, redazione di istruzioni operative e di buone pratiche etc. Inoltre, la Regione Liguria sta procedendo a coinvolgere le strutture del privato accreditato contrattualizzato sia nella Commissione Regionale di Coordinamento per il Rischio Clinico, sia nei flussi informativi regionali che riguardano la segnalazione degli eventi avversi e delle cadute, con l'obiettivo di sensibilizzare maggiormente l'attenzione alla sicurezza dei pazienti e delle cure. Tali informazioni potrebbero essere pubblicate sui siti delle strutture sanitarie ai fini della trasparenza e della corretta informazione ai cittadini/utenti. Il referente della **REGIONE LOMBARDIA** riferisce che potrebbero essere fornite al cittadino/utente informazioni sulla gestione del rischio quali la denominazione della compagnia di assicurazioni, la modalità di attivazione delle richieste di risarcimento e la rischiosità aziendale; esclude invece la possibilità fornire indicazioni sui singoli sinistri che, al contrario, potrebbero condurre a liti azzardate. In **REGIONE MOLISE** le indicazioni saranno rivolte, invece, esclusivamente alle strutture pubbliche mentre in **REGIONE PIEMONTE** si riterrebbe utile fornire indicazioni circa la composizione del programma di gestione dei rischi RCT quali fondi e polizze. Secondo i referenti della **REGIONE TOSCANA**, le informazioni che potrebbero utilmente essere pubblicate sui siti delle strutture sanitarie ai fini della trasparenza e di una corretta informazione sugli standard di qualità e

sicurezza della singola struttura sono: il tasso di richieste sui risarcimenti rispetto ai ricoveri e il tasso infezioni correlate alla assistenza; i dati sulla prevenzione delle infezioni attraverso il corretto lavaggio delle mani; la prevenzione VAP (Polmonite Associata a Valutazione); la prevenzione delle infezioni attraverso somministrazione di antibiotico a un'ora dal ricovero; l'appropriatezza nella scelta della terapia antibiotica tramite analisi della spesa farmaceutica e attraverso reportistica delle infezioni; indicatori di tromboembolismo degli arti inferiori; ulcere da pressione; capacità controllo cadute; infezioni legate al catetere centrale; infezioni post operatorie di ferite e puntura o lacerazione accidentale con i dispositivi. Potrebbero, inoltre, essere condivise le evidenze sulla terapia intensiva o dell'area ginecologia *post partum*. In **REGIONE VALLE D'AOSTA** invece, si ritiene che una eccessiva trasparenza possa ingenerare paura e timori, questo anche a causa della ridotta realtà territoriale. L'obiettivo primario deve essere, invece, quello di non aumentare la diffidenza del cittadino nei confronti delle strutture sanitarie e non incorrere in strumentalizzazioni. In **REGIONE VENETO**, nel caso in cui fosse prevista la pubblicazione dei dati sui risarcimenti, si riterrebbe importante valorizzate le attività per il miglioramento della sicurezza e degli strumenti adottati, nonché gli adempimenti per il raggiungimento degli standard di accreditamento. Secondo il referente della **P.A. di BOLZANO** la pubblicazione di informazioni sui siti delle strutture sanitarie, ai fini della trasparenza e della corretta informazione sugli standard di qualità e sicurezza delle singole strutture, potrebbe incontrare una difficoltà interpretativa da parte del cittadino/utente. Le informazioni dovrebbero difatti essere presentate in modo chiaro e tali da non ingenerare diffidenza. In ragione di ciò, si riterrebbe opportuno non procedere a una mera pubblicazione del dato; la proposta del referente è quella di "creare uno spazio" all'interno del quale Agenas o altri enti possano fornire utili informazioni da inserire, in un secondo momento, all'interno dei rispettivi siti aziendali ma in una forma tale che possa essere letta correttamente e interpretata in maniera adeguata dal cittadino. Nella **P.A. di TRENTO**, invece, si riterrebe utile la pubblicazione di informazioni circa il possesso, da parte delle strutture sanitarie, di accreditamenti volontari di eccellenza e/o di certificazioni come, ad esempio, JCI, EFQM, OSHAS, ISO o circa l'esistenza di comitati aziendali inerenti gli ambiti in oggetto(es: il comitato gestione sinistri, il comitato prevenzione e gestione del riscio clinico, il comitato buon uso del sangue o quello per la prevenzione delle infezioni correlate alle pratiche assitenziali) o l'esistenza di sistemi di rilevazione degli eventi avversi, quali il sistema

di incident reporting o la rilevazione degli eventi sentinella; l'attività di monitoraggio degli eventi avversi segnalati con predisposizione di reportistica; l'attività di formazione rivolta al proprio personale e, in ultimo, la sinistrosità suddivisa per disciplinia clinica/organizzativa e tipologia di eventi.

È stato richiesto se, con riferimento a quanto previsto, saranno fornite delle indicazioni a livello regionale sui dati relativi alle informazioni da pubblicare all'interno dei siti aziendali. In alcune Regioni, quali **LOMBARDIA**, **VENETO** e **P.A. di TRENTO**, i referenti riferiscono che non si è ancora discusso circa le indicazioni che dovranno essere fornite a livello regionale circa i dati che dovranno essere pubblicati sul sito. In **REGIONE BASILICATA** la possibilità di fornire indicazioni a livello regionale sui dati di ciascuna azienda sarà valutata successivamente allo studio di quanto pervenuto a livello regionale e con specifico riferimento alle informazioni che verranno rese disponibili nei siti web aziendali circa i risarcimenti erogati la tematica è ad oggi ancora aperta. La **REGIONE VALLE d'AOSTA** si dice pronta a pubblicare le informazioni richieste essendo sempre in possesso di statistiche aggiornate, benchè confermi l'incertezza di un positivo esito di tali pubblicazioni. La **REGIONE TOSCANA** fornirà le indicazioni alle aziende, le stesse sono comunque già rese disponibili dal MeS della Scuola Superiore Sant'Anna. All'interno dei siti aziendali tali informazioni potrebbero essere integrate dalle indicazioni riportate sopra. Con riferimento, invece, ai risarcimenti erogati potrebbero essere forniti dati sul tasso dei sinistri, sull'efficienza dei comitati gestione sinistri, sul numero di sinistri per stabilimento e i dettagli relativi alla liquidazione (ad oggi è disponibile unicamente il dato aggregato); la **REGIONE MOLISE** invece renderebbe disponibile il numero di richieste di risarcimento suddivise per Presidio Ospedaliero e il numero di casi risarciti.

Tutti i referenti regionali riferiscono che una indicazione condivisa a livello nazionale potrebbe essere di utilità al fine di garantire, a tutti cittadini delle diverse Regioni, uguale diritto di accesso alle informazioni. Specificamente, la referente della **REGIONE EMILIA ROMAGNA** ritiene che le informazioni dovrebbero essere per tutti le medesime con livelli essenziali di indicazioni uniformi, tenendo comunque conto delle peculiarità delle diverse aziende; tale aspetto viene evidenziato anche dalla **REGIONE VALLE d'AOSTA** che ritiene debbano essere prese in considerazione le specificità di ogni realtà. La pubblicazione andrebbe pertanto gestita in modo da non ingenerare interpretazioni fuorvianti dei singoli

contesti. In **REGIONE VENETO** si ritiene che indicazioni condivise possano essere utili, non solo per il diritto di acccesso alle informazioni ma, soprattutto, perché possano contribuire alla creazione di paramentri uniformi che non ingenerino differenze tra nord e sud. La referente della **REGIONE PIEMONTE** riferisce che l'utilità sia data soprattutto dalla necessità di contemperare esigenze di trasparenza e di privacy. In **REGIONE TOSCANA** viene valutata fondamentale l'affidabilità dei dati delle Regioni; ricostruire le varie realtà regionali, in assenza di dati affidabili, potrebbe difatti essere confondente. Si auspicano, pertanto, standard condivisi e informazioni solide.

Alle Regioni che hanno implementato un modello di gestione diretta del rischio RCT/O sono stati rivolti ulteriori quesiti con particolare riferimento a quanto previsto dall'ART. 10, commi 1 e 2, dell DDL avente ad oggetto l'obbligatorietà per tutte le strutture pubbliche e private, operanti in regime di autonomia o accreditamento con il SSN, di rendere nota mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, i contratti, le clausole assicurative e le analoghe misure che determinano la copertura. È stato pertanto richiesto ai referenti delle Regioni quali fossero, secondo la propria esperienza, le informazioni che potrebbero utilmente essere pubblicate sui siti delle strutture sanitarie ai fini della trasparenza e della corretta informazione ai cittadini/utenti sugli standard di qualità e sicurezza della singola struttura. Secondo la **REGIONE BASILICATA** le informazioni già pubblicate circa la sinistrosità dell'Azienda, secondo le modalità già illustrate, potranno utilmente essere corroborate dalle notizie sul sistema di autoassicurazione vigente in Regione. Per la **REGIONE TOSCANA** potrebbero essere pubblicati i riferimenti nominativi degli uffici della gestione dei risarcimenti o del rischio, i tempi di risposta in apertura e l'apertura nella modulistica; dare evidenza dei tassi di sinistrosità: sinistri chiusi, aperti e senza seguito e, in ultimo, dare evidenza delle modalità di gestione stragiudiziale.

Come ultimo quesito è stato rischiesto, in considerazione di quanto sopra, come e quali informazioni le Regioni renderanno disponibili sul web. La **REGIONE BASILICATA** risponde che, nel caso, renderebbe disponibili quelle relative all'iter accertativo e valutativo definito nell'ambito del sistema auto assicurativo regionale e la **REGIONE TOSCANA** le somme

annualmente risarcite, dando evidenza di quanto liquidato o aperto, e la consistenza degli accantonamenti.

ALLEGATO – QUESTIONARIO DI INDAGINE DEI MODELLI REGIONALI

Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze – 2016

AREA A

- **Quesito generale rivolto a tutte le regioni e P.A.**

1. Rispetto alla precedente rilevazione, sono state apportate delle modifiche al modello di gestione?

2. In caso di risposta affermativa, specificare quali modifiche sono state apportate.

- **Organizzazione dell'ufficio gestione sinistri**

3. All'interno dell'Azienda/Regione quale ufficio si occupa della gestione dei sinistri (area legale, affari generali ecc.)?

4. Come è strutturato l'ufficio che si occupa della gestione dei sinistri?

5. All'interno dell'Azienda è previsto un ufficio di medicina legale?

6. Se e come è strutturata la collaborazione tra ufficio gestione sinistri, ufficio legale e risk manager?

AREA B

- **Quesiti per Regioni/P.A. che hanno adottato il modello di gestione assicurativo o misto**

7. Nella sua Regione/P.A. è previsto, in tutto o in parte (modello misto), il ricorso a polizze assicurative per la copertura del rischio RCT/O. Può illustrare dettagliatamente il modello di negoziazione e di gestione delle polizze?

8. Con quale compagnia di assicurazioni è in essere il contratto?

9. Il livello di gestione è regionale o aziendale?

B1 - BROKER

10. All'interno della sua regione è prevista la consulenza di broker?

11. In caso di risposta affermativa, potrebbe specificare il nome della compagnia di brokeraggio?

12. Quali ritiene siano i punti di forza e quelli di debolezza del ricorso al broker?

13. Qual è la modalità di remunerazione del broker?

14. Qual è il ruolo del broker (es. preparazione capitolato – conclusione contratto polizza – assistenza continuativa)?

B2 - PREMIO

15. Il valore del premio viene calcolato anche in base alle azioni di gestione del rischio clinico?

16. Quale metodo viene utilizzato per il calcolo del premio?

17. Quali tra gli elementi di seguito elencati possono influenzare la determinazione del premio:

N. di sinistri	S	N
Sinistri denunciati	S	N
Valore indennizzi richiesti	S	N
Valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno	S	N

B3 - CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

18. Qual è la durata del contratto?

19. All'interno del contratto di assicurazione quali clausole contrattuali sono state previste:

1.Clausole per l'efficacia temporale della garanzia

Claims made	S	N
Loss occurrence	S	N
Clausole di ultrattività e retroattività della polizza	S	N
2.Clausola broker	S	N
3.Facoltà di recesso	S	N
4.Clausole di rinnovo	S	N
5. Estensioni di garanzia	S	N
6.Clausole di precisazioni di garanzia	S	N
7.Clausole in caso di variazione del rischio	S	N
8.Clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio	S	N

20. Specificare la tipologia di franchigia prevista nel contratto di assicurazione:

Franchigia per sinistro	S	N	Entità franchigia: euro
Franchigia aggregata	S	N	Entità franchigia: euro

21. Specificare il valore del massimale:

Massimale per sinistro	S	N	Entità massimale: euro
Massimale aggregato	S	N	Entità massimale: euro

22. È previsto lo scoperto per sinistro?

23. Il livello di gestione della copertura assicurativa risponde efficacemente alle esigenze della sua Regione/P.A. e perché?

24. Quali ritiene siano, ad oggi, i punti di forza e i punti di debolezza del sistema implementato all'interno della sua Regione/P.A

25. Per le Regioni/P.A. che hanno adottato un modello di gestione mista, come è stata organizzata la gestione dei sinistri che rientrato nella Self Insured Retention (SIR)? NO

AREA C

- **Quesiti per le Regioni/P.A. che hanno adottato un modello di gestione diretta del rischio**

26. Nella sua Regione/P.A. è stato adottato un modello di gestione diretta del rischio, può descrivercelo dettagliatamente?

27. In che modo viene determinato il fondo regionale/accantonamenti aziendali per la copertura dei sinistri?

28. Può descrivere l'organizzazione per la gestione del sinistro?

29. Il modello utilizzato si ritiene che risponda efficacemente alle esigenze e perché?

AREA D

- **Disegno di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario**

C.1 Per tutte le Regioni/P.A.:

Nel testo di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario all'Art. 4, comma 3 – Trasparenza dei dati - è previsto che "Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management)"

30. Quali sono, secondo la sua esperienza, le informazioni che potrebbero utilmente essere pubblicate sui siti delle strutture sanitarie ai fini della trasparenza e della corretta informazione ai cittadini/utenti sugli standard di qualità e sicurezza della singola struttura?

31. Con riferimento a quanto previsto, saranno fornite delle indicazioni a livello regionale sui dati relativi alle informazioni che verranno pubblicate sul sito?

32. In caso di risposta affermativa, quali informazioni verranno rese disponibili all'interno dei siti web aziendali circa i risarcimenti erogati?

33. Ritiene che una indicazione condivisa a livello nazionale possa essere di utilità al fine di garantire, a tutti cittadini delle diverse regioni, uguale diritto di accesso alle informazioni?

C.2 Per le Regioni/P.A. che hanno un modello di gestione diretta del rischio

Nel testo di legge sulla responsabilità professionale del personale sanitario, Art. 10 – Obbligo di assicurazione - commi 1 e 4 si fa riferimento all'obbligatorietà per tutte le strutture pubbliche e private operanti in regime di autonomi o di accreditamento con il SSN che erogano prestazioni sanitarie a favore di terzi, devono essere provvisti di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la RCT/O e che le Aziende, le strutture e gli enti dovranno rendere nota mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, i contratti, le clausole assicurative e le analoghe misure che determinano la copertura.

34. Quali sono, secondo la sua esperienza, le informazioni che potrebbero utilmente essere pubblicate sui siti delle strutture sanitarie ai fini della trasparenza e della corretta informazione ai cittadini/utenti sugli standard di qualità e sicurezza della singola struttura?

35. In considerazione di quanto sopra, le Regioni/P.A. che hanno adottato un modello di gestione diretta del rischio, come e quali informazioni renderanno disponibili sul web?

4. RISULTATI DEL MONITORAGGIO

4.1 PREMESSA

La banca dati SIMES/Denunce Sinistri (SIMES/DS) contiene 26 indicatori (2 report SIMES + 24 report Business Objective), di seguito elencati, disponibili a livello nazionale e regionale

1. Localizzazione Geografica delle denunce (report SIMES)
2. Dimensione Temporale della pratica di sinistro (report SIMES)

1. Indice di sinistrosità regionale (report Business Objective)
2. Indice di richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi (report Business Objective)
3. Costo medio dei sinistri liquidati (report Business Objective)
4. Sinistri per tipologia di danno (report Business Objective)
5. Sinistri per tipo di prestazione (report Business Objective)
6. Sinistri per disciplina (report Business Objective)
7. Sinistri per assistenza (report Business Objective)
8. Costo medio sinistri liquidati per tipo di danno (report Business Objective)
9. Percentuali di sinistri liquidati (report Business Objective)
10. Sinistri per contesto di riferimento (report Business Objective)
11. Sinistri per causa (report Business Objective)
12. Percentuale sinistri chiusi in via stragiudiziale entro l'anno (report Business Objective)
13. Sinistri per tipo di procedimento (report Business Objective)
14. Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno e assistenza (report Business Objective)
15. Massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno e disciplina (report Business Objective)
16. Sinistri per tipologia di danneggiato (report Business Objective)
17. Costo presunto sinistri per Regione-P.A. (report Business Objective)

18. Rapporto tra importi liquidati e somme preventivate (report Business Objective)
19. Giorni medi per l'apertura di una pratica (report Business Objective)
20. Giorni medi per la chiusura di una pratica (report Business Objective)
21. Costo presunto sinistri per tipo di danno (report Business Objective)
22. Sinistri per tipologia tramite (report Business Objective)
23. Sinistri per sesso (report Business Objective)
24. Sinistri per età (report Business Objective)

Ulteriori elaborazioni sono possibili sino al livello di azienda/struttura tramite specifiche query applicabili al sistema di Business Intellingence BO.

In particolare, per il monitoraggio 2015, il set di indicatori SIMES è stato integrato con l'indicatore "Percentuale di sinistri per tipologia di struttura" ritenuto utile alla descrizione del fenomeno oggetto di studio e riportato, per quest'anno, come dato aggregato a livello nazionale.

È stato altresì escluso, per il monitoraggio 2015, l'indicatore "Sinistri per causa" in attesa della ridefinizione delle tipologie di causa, a cura del gruppo di lavoro Agenas, Regioni e Ministero.

Si riportano di seguito i risultati del monitoraggio delle denunce sinistri relative all'anno 2015 (data apertura pratica di sinistro compresa tra il 1 gennaio 2015 e il 31 dicembre 2015, per eventi accaduti successivamente al 2005[18]). Per gli indicatori *costo medio dei sinistri liquidati*, *costo medio dei sinistri liquidati per tipo di danno*, *costo presunto dei sinistri, costo presunto dei sinistri per tipo di danno, rapporto tra importi liquidati e somme preventivate*, *massimo/minimo importo liquidato per tipo di danno*, ci si riferisce a sinistri chiusi, non respinti e liquidati tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre 2015, indipendentemente dalla data di apertura sinistro. Per l'indicatore giorni medi per la chiusura di una pratica ci si riferisce a tutti i sinistri chiusi tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2015.

Si precisa che, anche per il monitoraggio referito all'anno 2015, si è convenuto di non utilizzare i due indicatori SIMES (1.Localizzazione Geografica delle denunce, 2. Dimensione

[18] SIMES_Specifiche Funzionali v1.9. Si rappresenta che dalla versione 1.9.1 delle Specifiche Funzionali SIMES il limite temporale (2005) per la data evento è stato rimosso. Per continuità di metodo si è convenuto di mantenere il suddetto limite seppur non previsto nel documento di specifiche funzionali più recente.

Temporale della pratica di sinistro) poiché, in accordo con le Regioni, ritenuti di scarso valore informativo. I dati elaborati fanno riferimento alle informazioni trasmesse al SIMES/DS[19] da 19 Regioni e Province Autonome, elencate in Tabella 1. I dati trasmessi al SIMES sono stati verificati con ciascuna Regione e Provincia Autonoma ed, eventualmente, aggiornati in caso di disallineamento. I risultati del monitoraggio riportati nel presente paragrafo sono stati sottoposti ad ulteriore verifica con ciascuna Regione e P.A.

I dati elaborati fanno inoltre riferimento alle informazioni trasmesse direttamente all'Agenas dalla Regione Toscana (Tabella 2) che ha incontrato delle difficoltà tecniche nella trasmissione al SIMES delle informazioni relative all'anno 2015.

Per alcuni indicatori viene riportato anche il valore medio nazionale riferito all'anno 2014 (primo anno di disponibilità di dati consolidati). Ciò in considerazione del fatto che una serie storica di due anni non si presta ad utili analisi descrittive, che verranno integrate nel report a partire dal prossimo anno.

Tabella 1. Regioni e P.A. che hanno trasmesso al SIMES le informazioni relative alle denunce sinistri per l'anno 2015

ABRUZZO	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Abruzzo
BASILICATA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Basilicata
CALABRIA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Calabria
CAMPANIA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Campania
EMILIA ROMAGNA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Emilia Romagna

[19] Elaborazioni al 27 settembre 2016

LIGURIA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e dati trasmessi direttamente dalla Regione Liguria
LOMBARDIA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Lombardia
MARCHE	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Marche
MOLISE	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Molise
PIEMONTE	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Piemonte
PROV. AUTON. BOLZANO	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la P. A. di Bolzano
PROV. AUTON. TRENTO	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la P. A. di Trento
PUGLIA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Puglia
SARDEGNA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Sardegna
SICILIA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Siciliana
UMBRIA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Umbria
VALLE D`AOSTA	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Valle d'Aosta
VENETO	Elaborazione Agenas dati trasmessi al SIMES/DS e verificati con la Regione Veneto

Tabella 2. Elenco Regioni e P.A. che hanno elaborato e trasmesso ad Agenas le informazioni relative alle denunce sinistri per l'anno 2015

TOSCANA	**Elaborazione a cura della Regione Toscana; dati regionali rilevati ed elaborati tramite il sistema regionale toscano**

4.2 LIMITI DI QUALITÀ DEL DATO

Pur rilevando il progressivo miglioramento della qualità dei dati riferiti alle denunce di sinistri, conseguente alle obbligatorietà introdotte nel sistema informativo a partire dal 2014, permane la necessità di alcune precisazioni relative ai dati di seguito presentati.

In particolare, per le Regioni[20] dotate di un sistema informativo regionale (operante a regime) per la raccolta (e la gestione) dei dati relativi alle denunce di sinistri, i dati trasferiti al SIMES risultano pressochè completi (con riferimento alle aziende/strutture partecipanti al monitoraggio e ai dati da queste trasmesse), eccetto per eventuali scarti generati dal SIMES a cui non è stata apportata correzione. Per le Regioni che per la trasmissione dei dati seguono la modalità "utilizzo interattivo del SIMES", potrebbe configurarsi la possibile non completezza del dato rilevato.

I dati vengono presentati in forma aggregata a livello regionale con l'unica finalità di promuovere l'avvio di un processo virtuoso di miglioramento. Essi non sono da intendersi per il confronto inter-regionale e non si prestano ad utilizzi finalizzati a scopi differenti dal miglioramento.

Tra le priorità che il gruppo di lavoro delle Regioni (cfr. paragrafo 1 Metodologia) dovrà affrontare in merito ai contenuti del SIMES rientra la definizione dell'ambito di azione del monitoraggio. Allo stato attuale, per alcune Regioni il monitoraggio delle denunce sinistri è riferito a tutte le strutture pubbliche e ad alcune strutture private accreditate; per la maggioranza delle Regioni il dato delle denunce sinistri riportato al SIMES nel 2015 fa riferimento unicamente alle strutture pubbliche.

In continuità con quanto realizzato per il report 2014, al fine di garantire significatività e uniformità di presentazione e di lettura dei dati conferiti al SIMES dalle Regioni e Province Autonome, si è convenuto di scorporare dai dati presenti nel SIMES tutte le informazioni relative alle strutture private.

[20] Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Piemonte, Toscana, Trento Provincia Autonoma, Veneto, Sicilia

Lo scorporo delle informazioni relative alle strutture private ha riguardato, per il monitoraggio 2015, tutti gli indicatori, anche quelli finalizzati alle analisi di frequenza, dei tempi ed economiche.

Ai fini della distinzione dei dati pubblico/privato è stata considerata la classificazione del Ministero della Salute, così come proposta nel rapporto SDO e di seguito riportata.

COMPARTO PUBBLICO OSPEDALIERO	TERRITORIO	COMPARTO PRIVATO OSPEDALIERO	ALTRO OSPEDALIERO
✓ Aziende Ospedaliere ✓ Aziende Ospedaliere Universitarie/PU pubblici ✓ IRCCS e fondazioni pubblici ✓ Presidi ospedalieri	✓ Struttura territoriale pubblica ✓ Struttura territoriale privata ✓ ASL	✓ Policlinici Universitari privati ✓ IRCCS e fondazioni privati ✓ Ospedali Classificati ✓ Istituto qualificato presidio della ASL ✓ Ente di ricerca ✓ CdC privata accreditata	CdC privata non accreditata

Risultano pertanto inclusi nel report i dati riferiti alle seguenti tipologie di strutture:

- Aziende Ospedaliere
- Aziende Ospedaliere Universitarie/Policlinici Universitari pubblici
- IRCCS e fondazioni pubblici
- Presidi ospedalieri
- ASL
- Strutture territoriali pubbliche

Si ritiene opportuno precisare che, sebbene nell'anagrafica delle strutture disponibile presso il Ministero della Salute gli Ospedali Classificati risultino strutture private, essi vengono assimilati in alcune Regioni agli istituti pubblici. Queste Regioni hanno, comunque, convenuto sull'opportunità di seguire il criterio di classificazione nazionale al fine di avere omogeneità nella presentazione dei risultati nel presente report.

I dati risultanti dalle elaborazioni effettuate da Agenas sono stati verificati e condivisi con ciascuna Regione.[21]

[21] La Regione Toscana non ha trasmesso i dati al SIMES ma ha utilizzato il proprio sistema regionale per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni contenute nel presente rapporto.

4.3 INDICATORI DI MONITORAGGIO DELLE DENUNCE DI SINISTRI

4.3.1 INDICE DI SINISTROSITÀ REGIONALE

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. 4.1 Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ i=1;n sinistri registrati in Regione nell'anno//∑ i=1; n dimessi in Regione nell'anno di riferimento) X 10.000 dimissioni

NUMERATORE

Numero totale sinistri registrati nella Regione/ e P.A. nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Numero dimissioni nelle strutture regionali nell'anno di riferimento

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Tutti i sinistri registrati nelle strutture della Regione e aperti tra il 1 gennaio 2015 ed il 31 dicembre 2015.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Sinistri non occorsi nel periodo di riferimento ovvero quelli aperti prima del 1 gennaio dell'anno di riferimento o aperti successivamente al 31 dicembre dell'anno di riferimento

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Totale dimissioni registrati nelle strutture della regione (inclusa la mobilità attiva) tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Si escludono i dimessi prima del 1 gennaio e dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Si esclude la mobilità passiva.

NOTE: il gruppo di lavoro inter-regionale ha deciso di utilizzare le dimissioni ospedaliere come proxi del dato relativo agli accessi nelle strutture sanitarie, per la evidente disponibilità del dato risultante dal flusso SDO; il numeratore include denunce di sinistri verificatisi in contesti diversi dal ricovero.

Valore medio nazionale 2015= 21,23

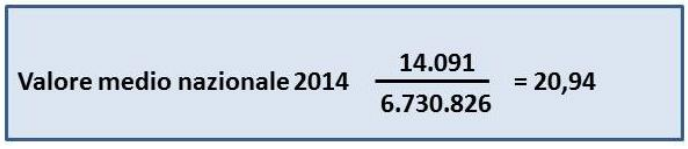
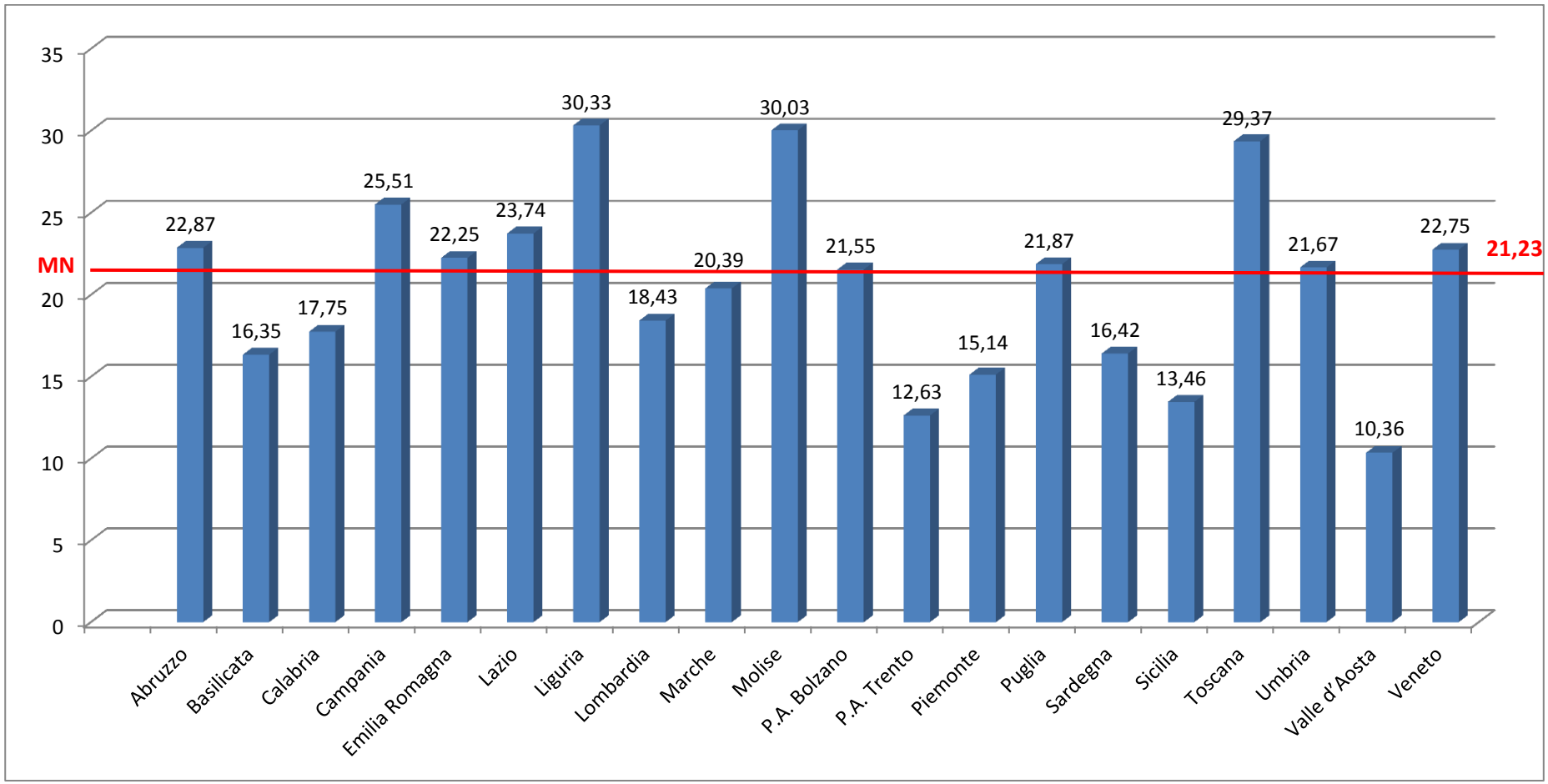


Tabella 1. Sinistrosità regionale (numero di sinistri aperti nelle Regioni e PA nel 2015 per 10.000 dimissioni da strutture sanitarie pubbliche)

REGIONE	Numero totale sinistri registrati nella Regione-P.A. (2015)	Numero dimissioni nelle strutture regionali pubbliche (2015)	Indice di sinistrosità
Abruzzo	378	165.246	22,87
Basilicata	126	77.083	16,35
Calabria	327	184.222	17,75
Campania	1.623	636.312	25,51
Emilia Romagna	1.443	648.650	22,25
Lazio	1.092	459.898	23,74
Liguria	701	231.116	30,33
Lombardia	1.830	992.921	18,43
Marche	413	202.533	20,39
Molise	117	38.966	30,03
P.A. Bolzano	187	86.758	21,55
P.A. Trento	92	72.814	12,63
Piemonte	783	517.233	15,14
Puglia	890	406.876	21,87
Sardegna	345	210.096	16,42
Sicilia	645	479.329	13,46
Toscana	1.539	524.011	29,37
Umbria	300	138.468	21,67
Valle d'Aosta	24	23.159	10,36
Veneto	1.290	567.114	22,75
Totale Nazionale	14.145	**6.662.805**	**21,23**

Fonte: Elaborazioni Agenas e Regioni su dati SIMES/DS e dati regionali

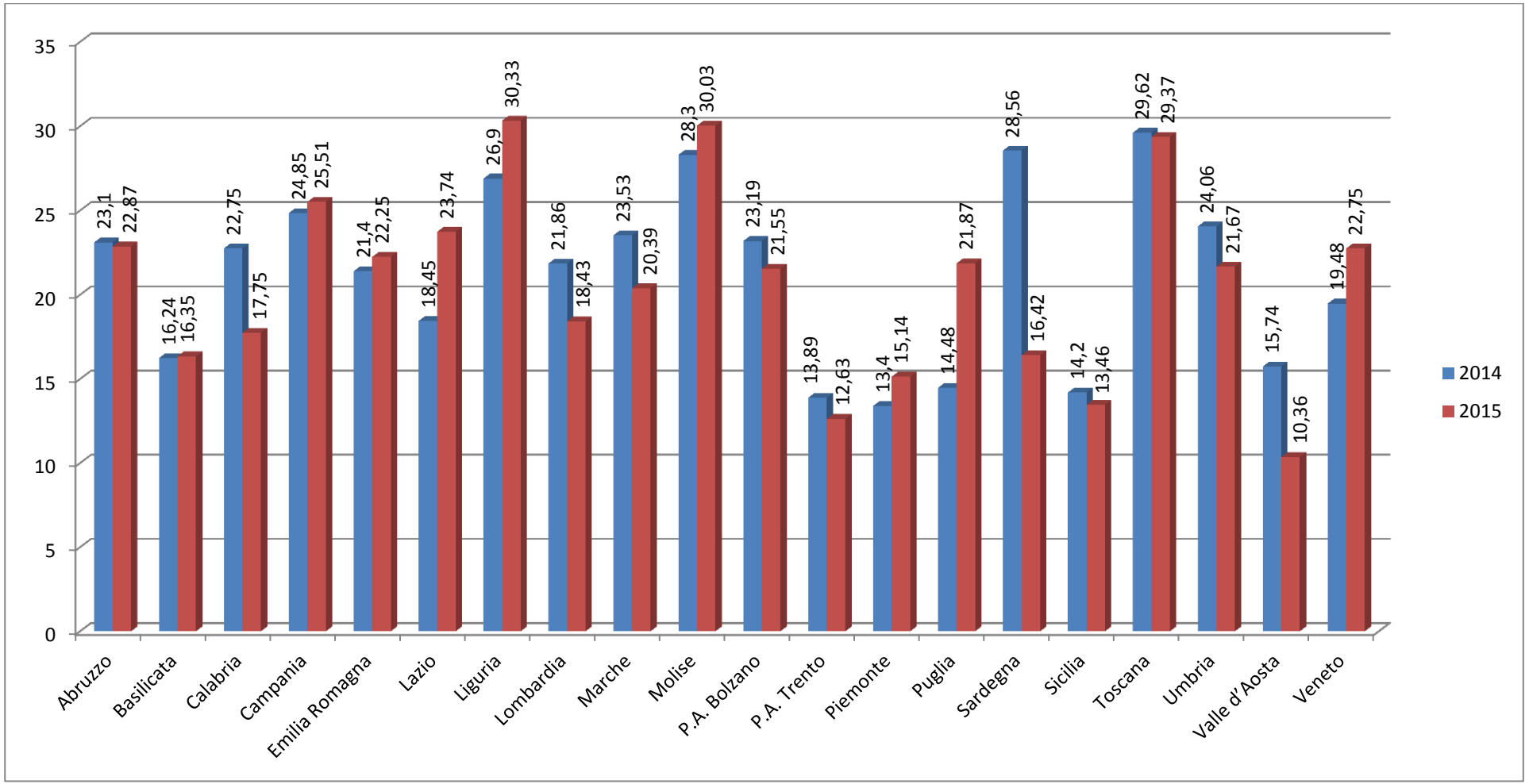
Figura 1. Indice di sinistrosità regionale 2015 (per Regioni e Province Autonome)



Fonte: Elaborazioni Agenas e Regioni su dati SIMES/DS e dati regionali

MN = Valore Medio Nazionale

Figura 1.1. Indice di sinistrosità regionale (per Regioni e Province Autonome) "2014-2015"



Fonte: Elaborazioni Agenas e Regioni su dati SIMES/DS e dati regionali

4.3.2 PERCENTUALE DI SINISTRI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ sinistri per singola tipologia struttura sanitaria pubblica / ∑ sinistri) x 100

NUMERATORE

Numero sinistri per singola tipologia struttura sanitaria pubblica, aperti nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Totale dei sinistri aperti nell'anno di riferimento

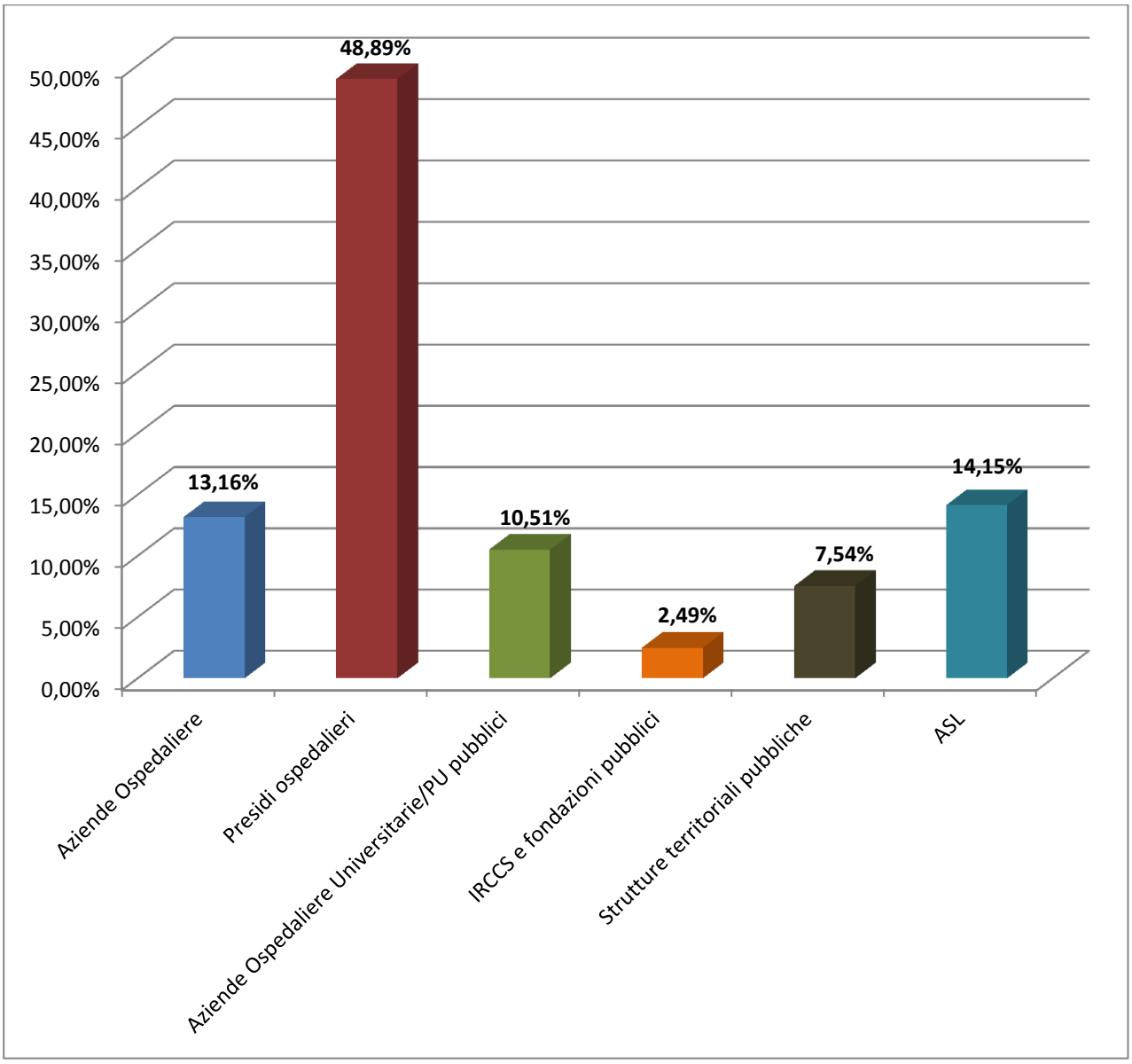
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singola "tipologia di struttura sanitaria"(Aziende Ospedaliere, Presidi ospedalieri, Aziende Ospedaliere Universitarie/PU pubblici, IRCCS e fondazioni pubblici, Struttura territoriale pubblica, ASL): sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Per singola "tipologia di struttura sanitaria pubblica": sinistri aperti in anni diversi da quello di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento e che riguardano strutture sanitarie pubbliche

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un anno diverso da quello di riferimento. Sinistri riferiti a strutture sanitarie private

Figura 2. Percentuale di sinistri per tipologia di struttura sanitaria pubblica. Dato aggregato nazionale 2015



Fonte: Elaborazioni Agenas su dati SIMES/DS e dati regionali

4.3.3 INDICE DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO PER LESIONI PERSONALI E DECESSI[22]

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ i=1;n Richieste di risarcimento (lesioni personali + decessi) nell'anno di riferimento/∑ i=1;n dimissioni in Regione nell'anno di riferimento) X 10.000 dimissioni

NUMERATORE

Numero richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Numero dimissioni nelle strutture regionali nell'anno di riferimento

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Si considerano solo le richieste di risarcimento che hanno il campo "tipologia di danno" valorizzata con "LESIONI PERSONALI" e "DECESSI", avvenute nelle strutture ospedaliere della regione; sinistri aperti nell'anno di riferimento(tra il 1 gennaio e il 31 dicembre); sinistri il cui contesto di riferimento è "Ricovero in day Hospital" e "Ricovero Ordinario".

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Richieste di risarcimento che hanno il campo "tipologia di danno" non correttamente valorizzato o valorizzato con:

- danno a cose
- lesione di diritti giuridicamente rilevanti
- non specificato o interpretabile
- altro

Si escludono le richieste di risarcimento il cui contesto di riferimento è Pronto Soccorso, Accesso Ambulatoriale, Soccorso in emergenza, Altro.

Si escludono i sinistri aperti prima del 1 gennaio e dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Totale dimissioni registrate nelle strutture della regione (inclusa la mobilità attiva) tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Si escludono i dimessi prima del 1 gennaio e dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Si esclude la mobilità passiva.

[22] Per sinistri il cui contesto di riferimento è Ricovero ordinario e Ricovero in Day-Hospital

Valore medio nazionale 2015= 10,67

Valore medio nazionale 2014 $\frac{6587}{6.730.826}$ = 9,79

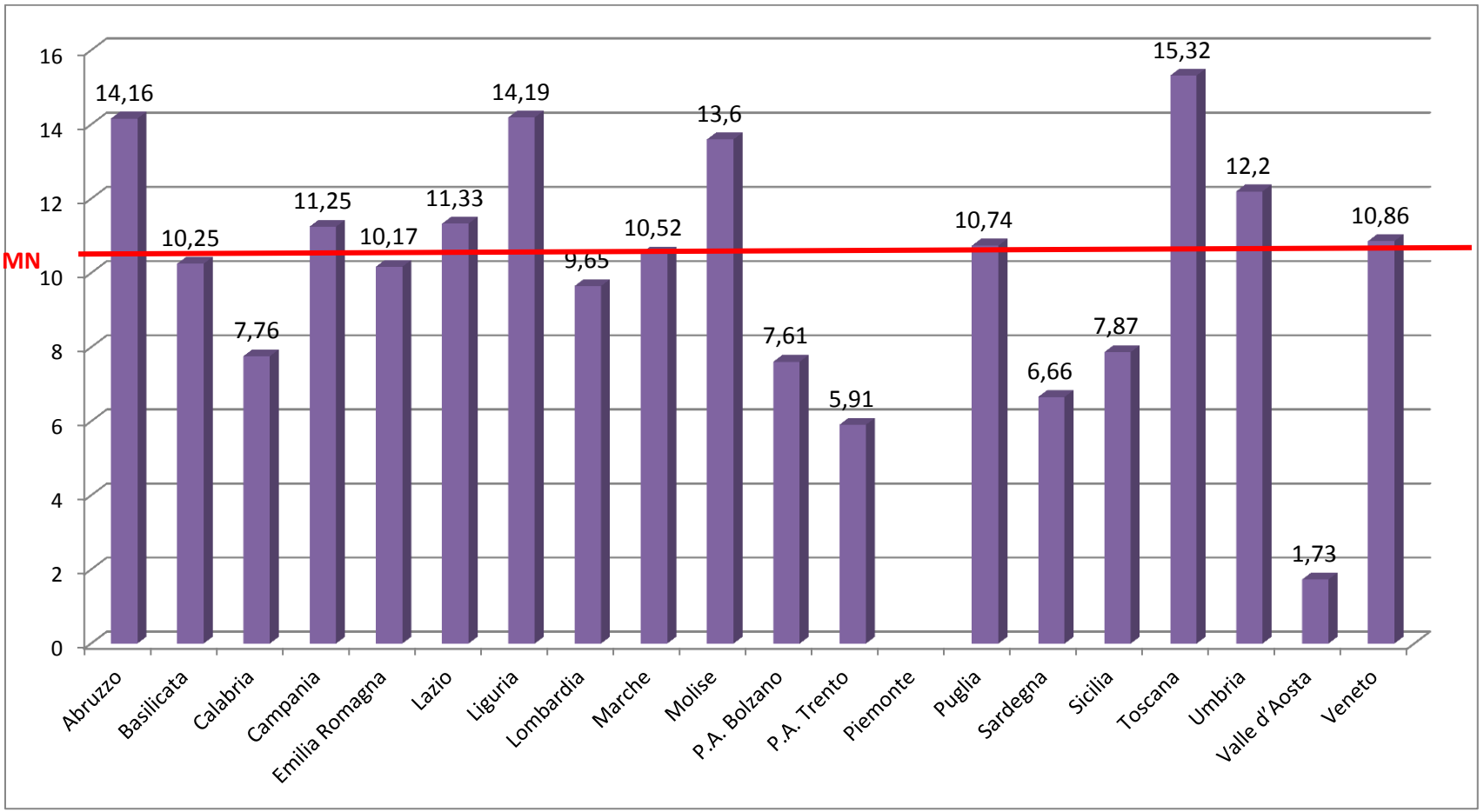
Tabella 2 Richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi per Regione e PA 2015

REGIONE	Numero richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi (2015)	Numero dimissioni nelle strutture regionali (2015)	Indice di richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi
Abruzzo	234	165.246	14,16
Basilicata	79	77.083	10,25
Calabria	143	184.222	7,76
Campania	716	636.312	11,25
Emilia Romagna	660	648.650	10,17
Lazio	521	459.898	11,33
Liguria	328	231.116	14,19
Lombardia	958	992.921	9,65
Marche	213	202.533	10,52
Molise	53	38.966	13,6
P.A. Bolzano	66	86.758	7,61
P.A. Trento	43	72.814	5,91
Piemonte[23]			
Puglia	437	406.876	10,74
Sardegna	140	210.096	6,66
Sicilia	377	479.329	7,87
Toscana	803	524.011	15,32
Umbria	169	138.468	12,2
Valle d'Aosta	4	23.159	1,73
Veneto	616	567.114	10,86
Totale Nazionale	**6.560**	**6.145.572**	**10,67**

Fonte: Elaborazioni Agenas e Regioni su dati SIMES/DS e dati regionali

[23] Per la Regione Piemonte gli eventi a cui fanno riferimento le denunce sinistri risultano tutti verificati in contesti differenti da "Ricovero ordinario" e "Ricovero in Day Hospital"

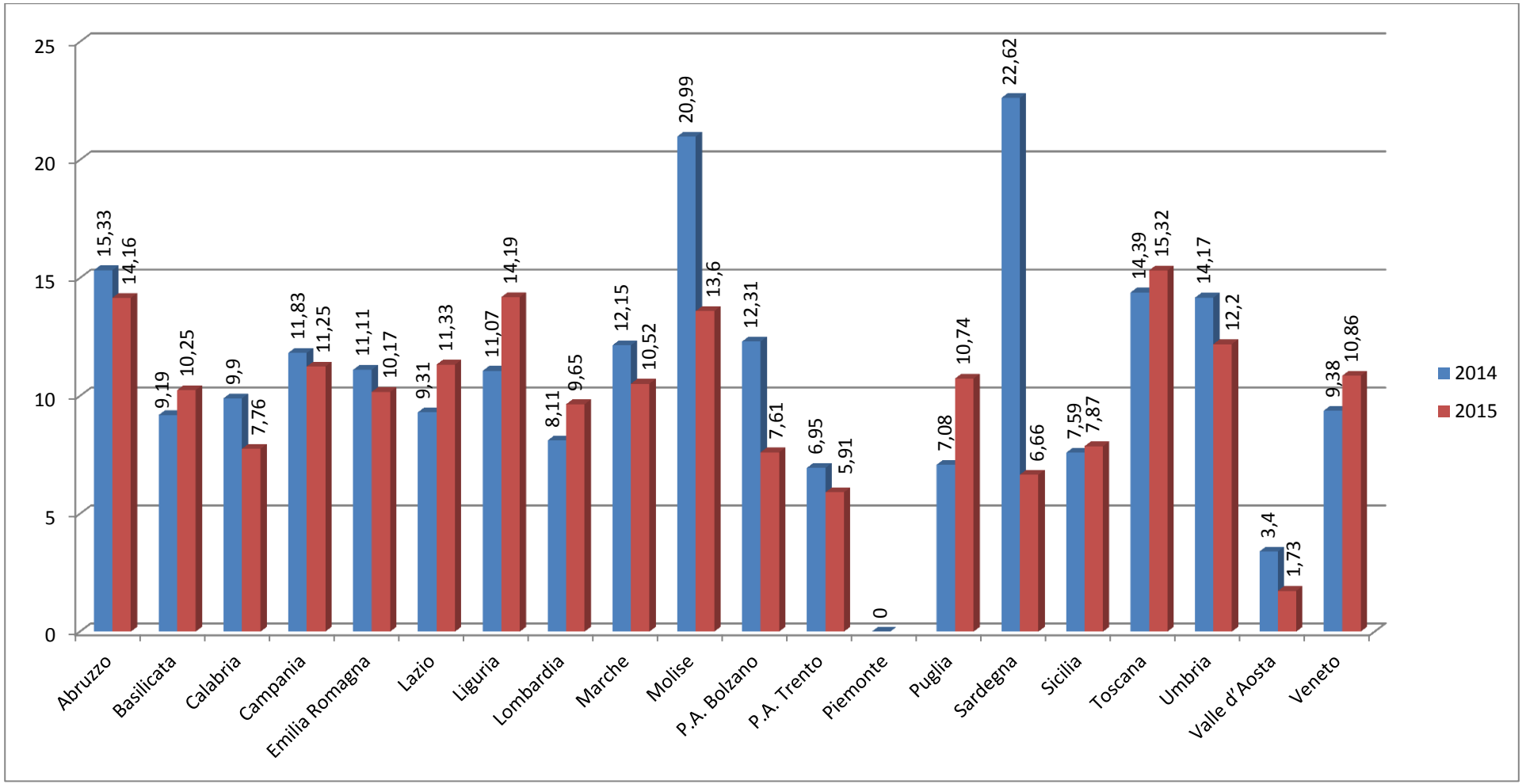
Figura 3. Indice di richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi per Regione e PA 2015



Fonte: Elaborazioni Agenas e Regioni su dati SIMES/DS e dati regionali

MN = valore medio nazionale

Figura 3.1. Indice di richieste di risarcimento per lesioni personali e decessi per Regione e PA "2014-2015"



Fonte: Elaborazioni Agenas e Regioni su dati SIMES/DS e dati regionali

4.3.4 COSTO MEDIO DEI SINISTRI LIQUIDATI

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

∑ i=1;n importi liquidati/∑ i=1;n sinistri liquidati

NUMERATORE

Totali importi liquidati nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Numero sinistri liquidati nell'anno di riferimento

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Importi relativi a sinistri liquidati nell'anno di riferimento. Ci si riferisce a sinistri chiusi, non respinti e liquidati, tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento da strutture di ogni Regione e PA, indipendentemente dalla data di apertura sinistro

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Importi relativi a sinistri liquidati in un periodo differente dall'anno di riferimento (sinistri chiusi e liquidati prima del 1 gennaio o dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento).

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE È necessario garantire la coerenza con il numeratore per cui si intendono tutti i sinistri chiusi con accoglimento della richiesta di risarcimento e liquidati nell'anno di riferimento (tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre), indipendentemente dalla data di apertura sinistro.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri non liquidati; sinistri liquidati in un periodo differente da quello di riferimento; sinistri respinti, in corso, senza seguito.

Valore medio nazionale 2015= € 50.357,27

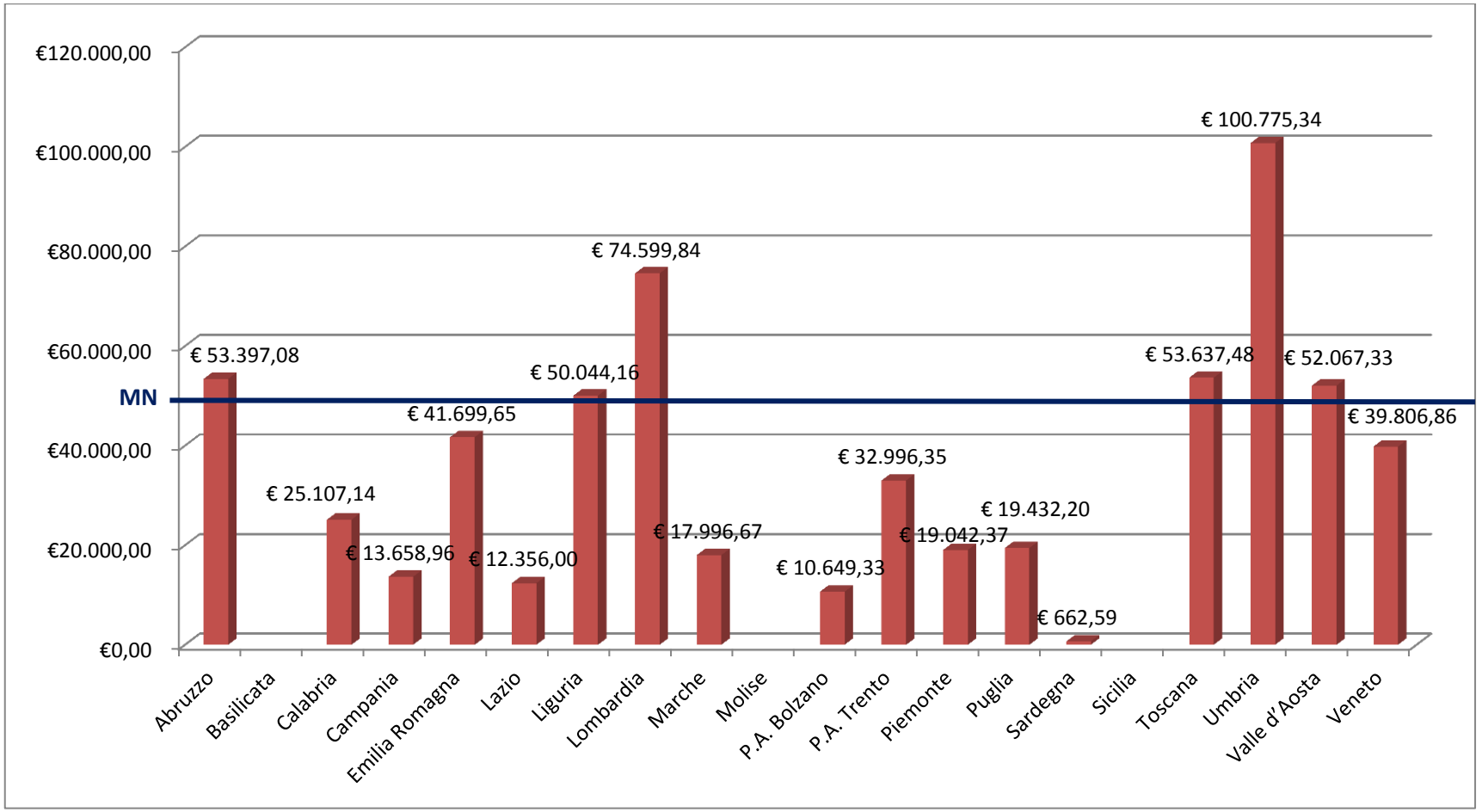
Valore minimo (≠0)=2015= € 662,59

Valore massimo 2015= € 100.775,34

Valore medio nazionale 2014 = € 52.368,95

……

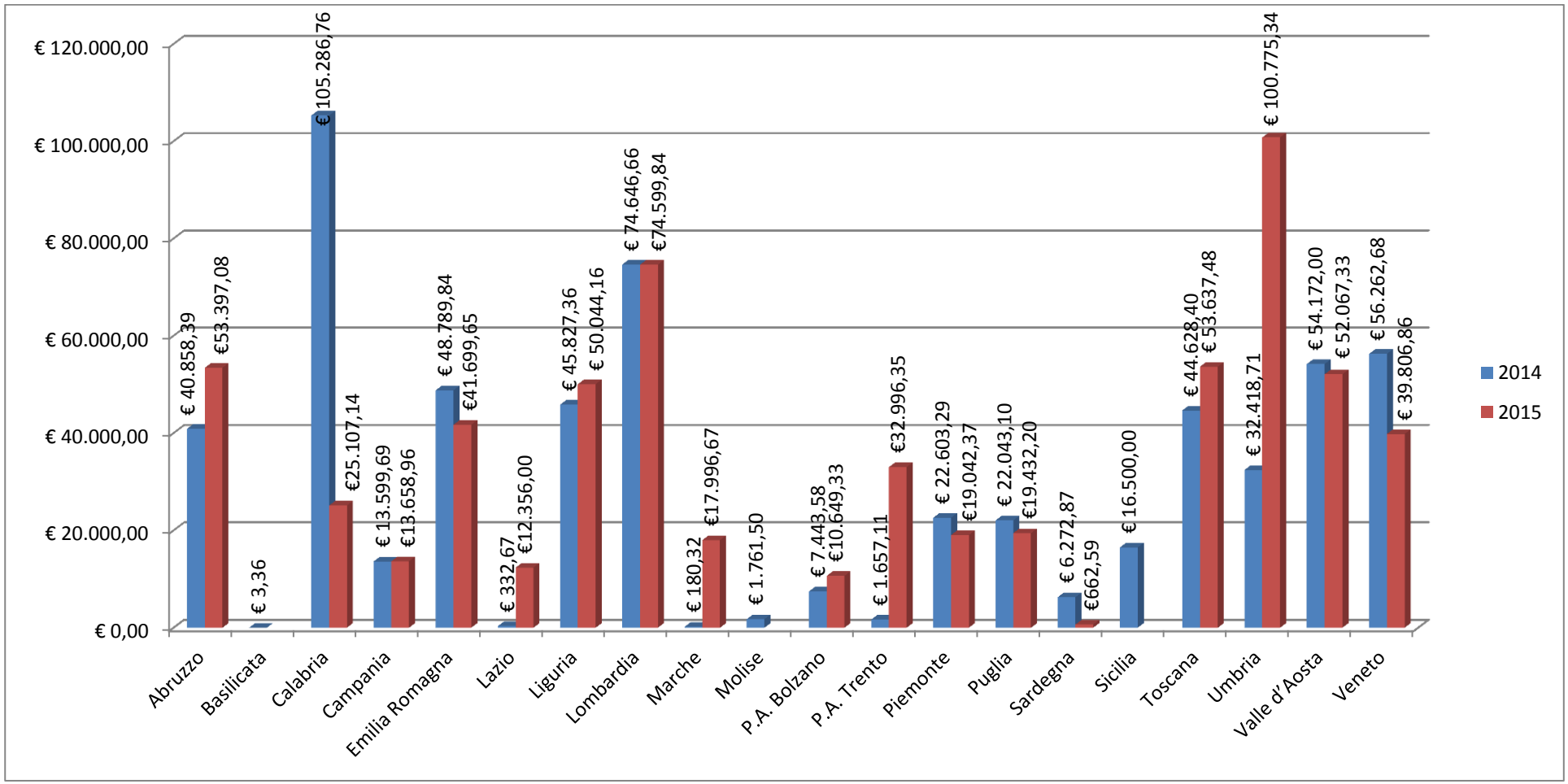
Figura 4 Costo medio dei sinistri liquidati per Regione e PA 2015



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

MN = valore medio nazionale

Figura 4.1 Costo medio dei sinistri liquidati per Regione e PA "2014-2015"



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.5 SINISTRI PER TIPOLOGIA DI DANNO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ sinistri per singola tipologia di danno / ∑ sinistri) x 100

NUMERATORE

Numero sinistri per singola tipologia di danno, aperti nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Totale dei sinistri aperti nell'anno di riferimento

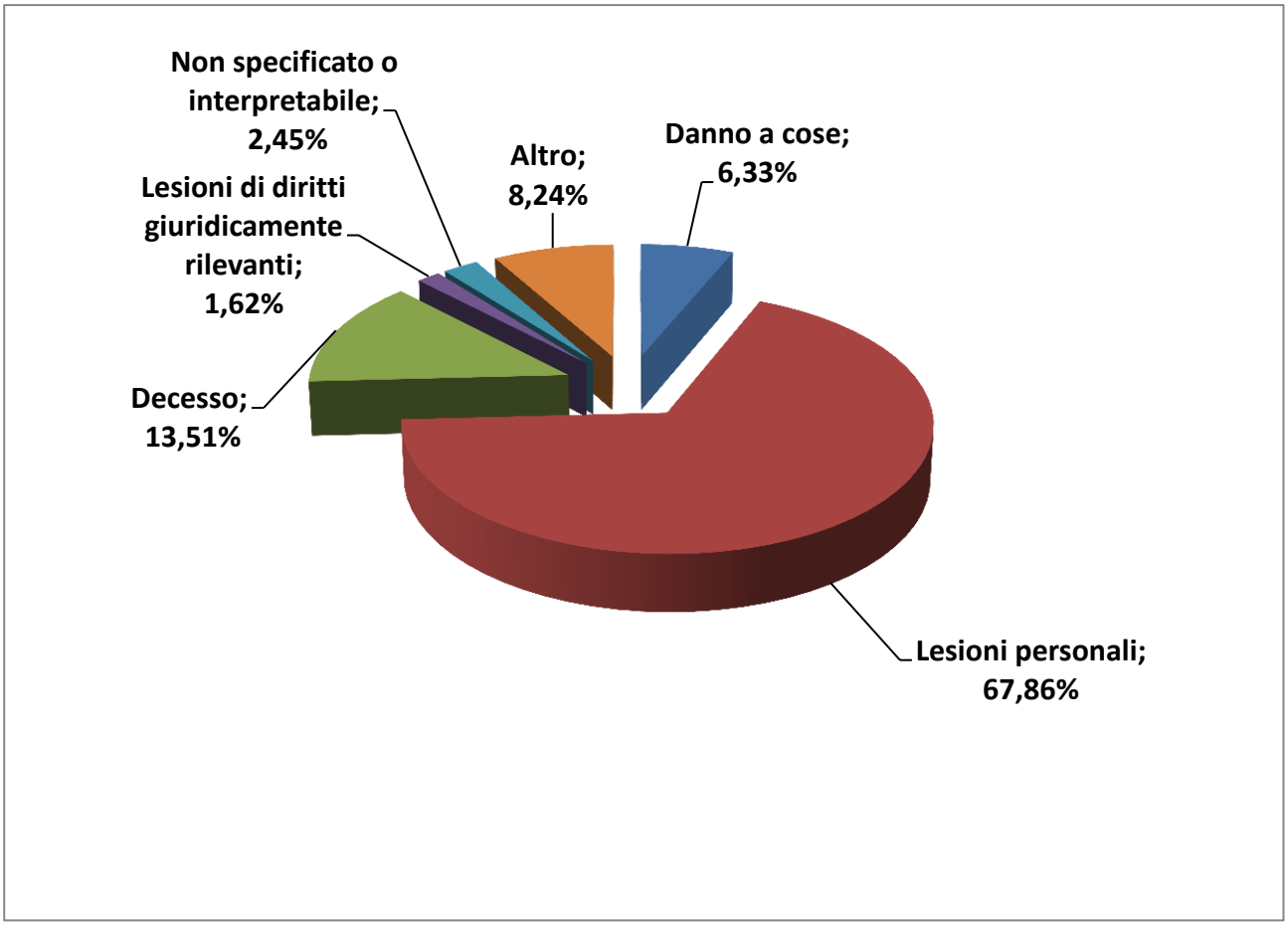
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singola "tipologia di danno": Sinistri che hanno correttamente compilato il campo "tipologia danno". I sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Per singola "tipologia di danno": Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "tipologia di danno". I sinistri che non si riferiscono all'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento e che riguardano record che hanno il campo "tipologia di danno" correttamente valorizzato.

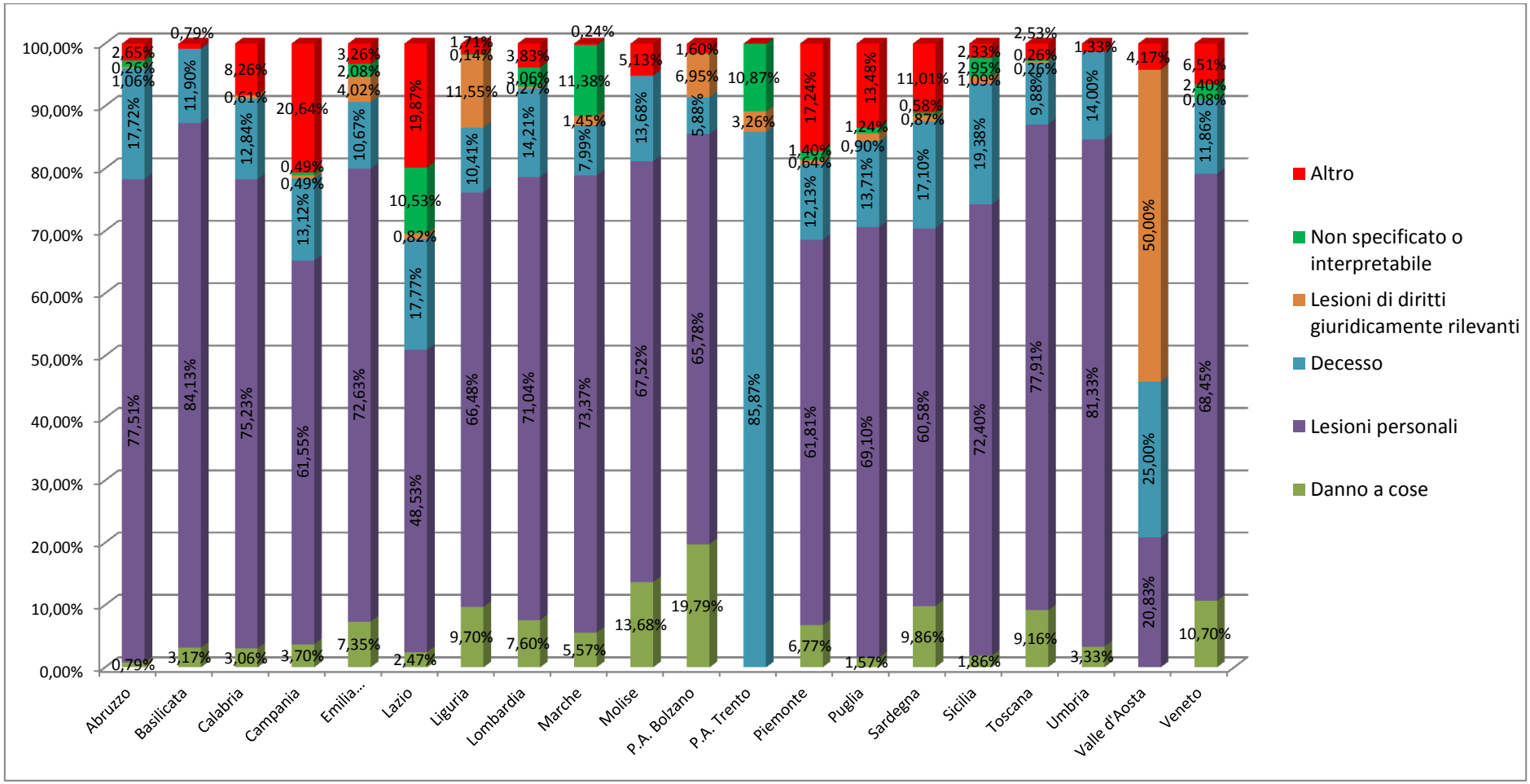
CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un anno diverso da quello di riferimento Sinistri che hanno il campo "tipologia di danno" non correttamente valorizzato.

Figura 5. Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipologia di danno - Dato aggregato nazionale



Fonte: Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 5.1 Percentuale di sinistri per tipologia di danno per Regione e PA "2015"



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.6 SINISTRI PER TIPO DI PRESTAZIONE

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ sinistri per tipo prestazione / ∑ sinistri) x100

NUMERATORE

Numero di sinistri aperti per singola categoria di "tipo prestazione" nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Numero totale sinistri aperti nell'anno di riferimento

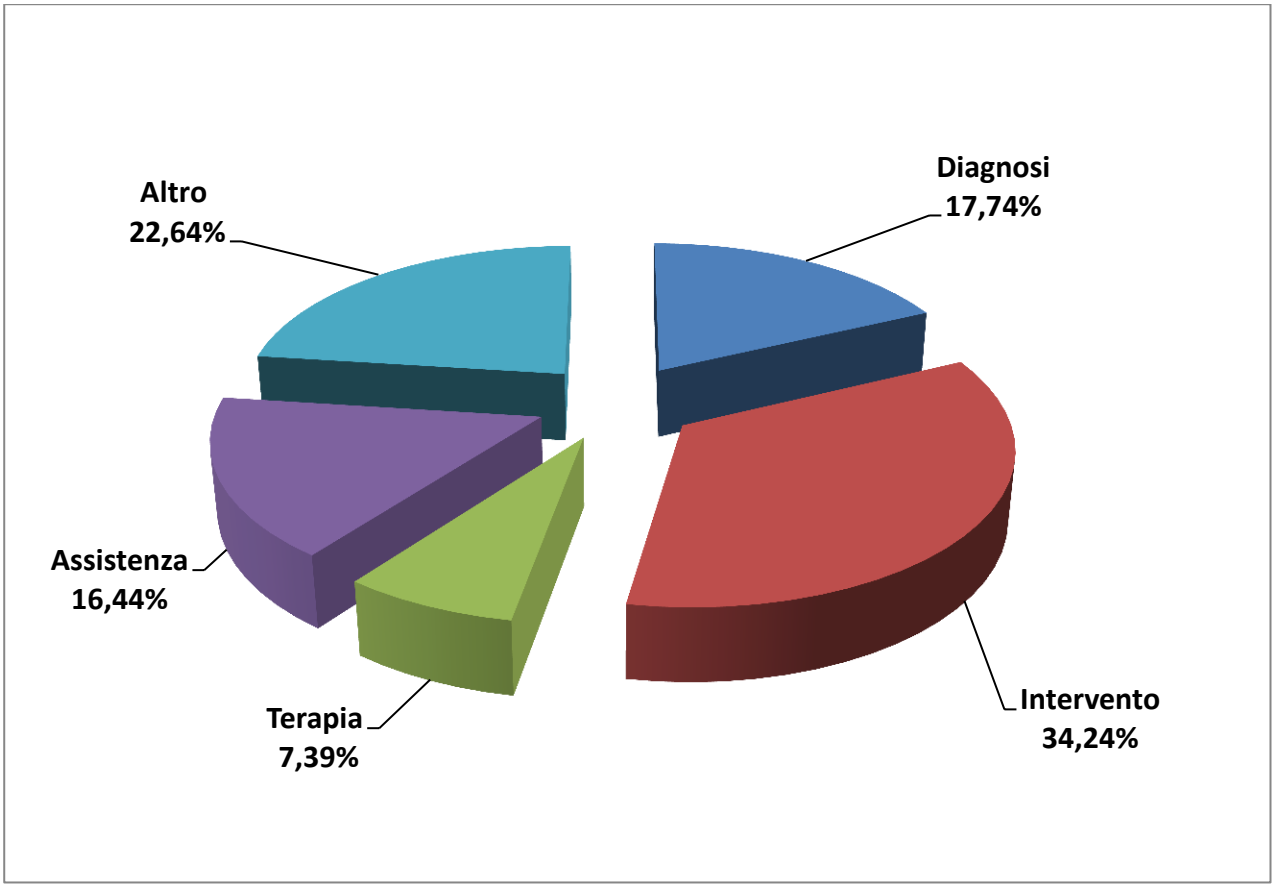
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singola tipologia di prestazione: Sinistri che hanno correttamente compilato il campo "tipo di prestazione". I sinistri devono essere aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Per singola tipologia di prestazione: Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "tipo di prestazione". I sinistri che non si riferiscono all'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento e che fanno riferimento a record che hanno il campo "tipo di prestazione" correttamente valorizzato.

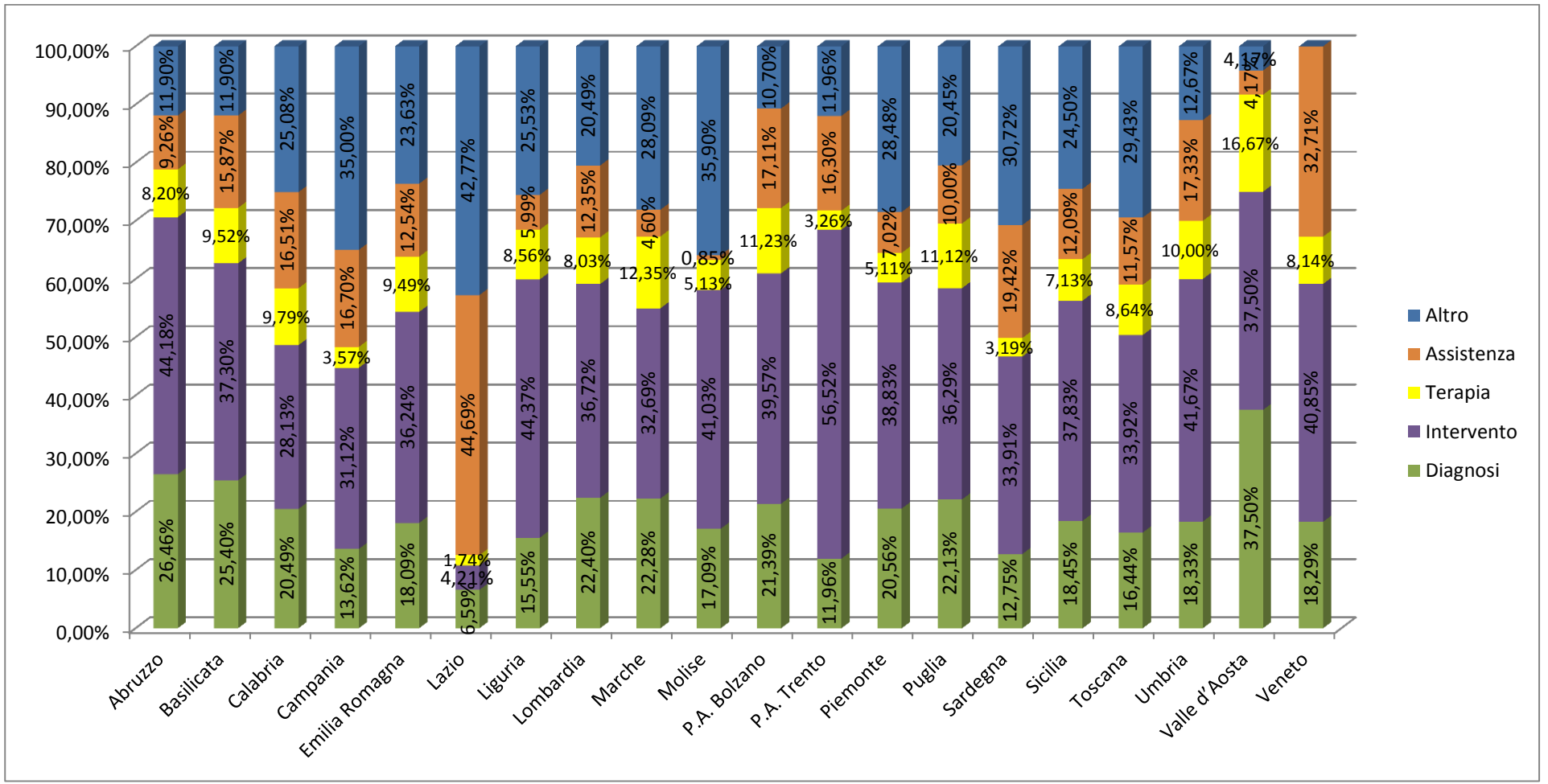
CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri occorsi in un anno diverso da quello di riferimento (aperti prima del 1 gennaio o dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento). Sinistri che hanno il campo "tipo di prestazione" non correttamente valorizzato.

Figura 6 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipo di prestazione – dato aggregato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 6.1 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipo di prestazione per Regione e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.7 COSTO MEDIO SINISTRI LIQUIDATI PER TIPO DI DANNO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

∑ i=1;n importi liquidati per tipo di danno/Numero sinistri liquidati

NUMERATORE

Totali importi liquidati per tipo di danno nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Numero sinistri liquidati per tipo di danno nell'anno di riferimento

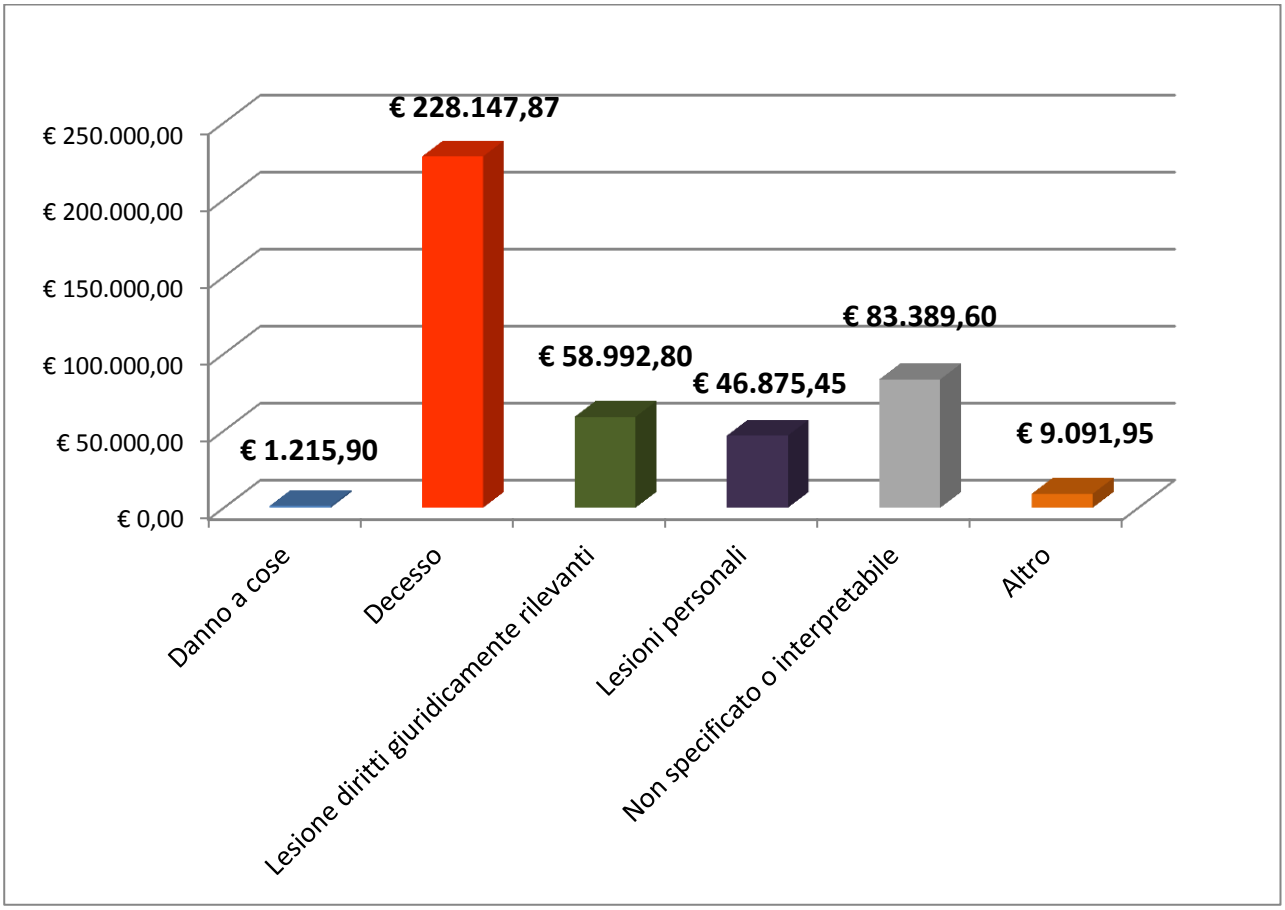
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Importi relativi a sinistri chiusi, non respinti e liquidati nell'anno di riferimento (sinistri chiusi con accoglimento della richiesta di risarcimento e liquidati tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre di ogni anno) indipendentemente dalla data di apertura sinistri da strutture regionali, per tipo di danno. Per singolo sinistro, deve essere correttamente valorizzato il campo "tipo di danno".

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Importi relativi a sinistri chiusi e liquidati in un periodo differente dall'anno di riferimento (liquidati prima del 1 gennaio o dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento) che non facciano riferimento alle categorie precedenti.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistro chiuso con accoglimento della richiesta di risarcimento e liquidato nell'anno di riferimento (chiuso e liquidato tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre) per tipo di danno, indipendentemente dalla data di apertura del sinistro. Il singolo sinistro deve avere specificato il campo "tipo di danno".

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri non chiusi. Sinistri non liquidati. Sinistri respinti. Sinistri chiusi e liquidati in un periodo differente da quello di riferimento.

Figura 7 Costo medio dei sinistri liquidati per tipo di danno. Dato aggregato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Tabella 3.1 Costo medio dei sinistri liquidati per tipo di danno, per Regioni e PA (Regioni da Abruzzo a Molise) 2015

Tipologie danno	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise
Altro	€ 72.021,14						€ 5.834,40	€ 2.952,12		
Danno a cose	€ 2.300,00			€ 1.401,74	€ 832,62		€ 1.886,18	€ 1.060,60		
Decesso	€ 216.316,00				€ 157.705,60		€ 182.162,11	€ 275.983,60	€ 22.312,00	
Lesione diritti giuridicamente rilevanti					€ 29.279,80		€ 66.792,16		€ 42.000,00	
Lesioni personali	€ 37.509,57		€ 25.107,14	€ 15.928,82	€ 41.373,15	€ 12.356,00	€ 33.513,52	€ 67.885,44	€ 13.951,14	
Non specificato o interpretabile					€ 100,00			€ 100.474,50		

Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Tabella 3. 2 Costo medio dei sinistri liquidati per tipo di danno, per Regioni e PA (Regioni da P.A. Bolzano a Veneto) 2015

Tipologie danno	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
Altro	€ 5.352,61		€ 8.571,00	€ 3.475,00				€ 1.777,50		€ 2.423,50
Danno a cose	€ 775,35	€ 1.657,63	€ 36.218,67		€ 267,00		€ 1.412,38	€ 1.534,48		€ 1.038,94
Decesso	€ 15.000,00	€ 22.506,54	€ 36.800,00	€ 115.000,00			€ 277.121,34	€ 602.000,00	€ 73.101,00	€ 242.520,50
Lesione diritti giuridicamente rilevanti	€ 6.320,82	€ 1.000,00					€ 116,00		€ 10.000,00	
Lesioni personali	€ 15.979,30	€ 56.278,22	€ 14.513,61	€ 8.823,30	€ 1.453,76		€ 45.190,07	€ 52.908,55		€ 33.395,12
Non specificato o interpretabile			€ 30.000,00							

Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.8 PERCENTUALE DI SINISTRI LIQUIDATI NELL'ANNO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

Per regione: (∑ i=1;n sinistri liquidati/∑ i=1;n sinistri) X 100

NUMERATORE

Numero sinistri liquidati

DENOMINATORE

Numero totale sinistri

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Sinistri aperti nell'anno di riferimento e sinistri chiusi con accoglimento della richiesta e liquidati nell'anno di riferimento (sinistri chiusi, non respinti e liquidati tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento). Il campo "Importo Liquidato" deve essere correttamente valorizzato.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Sinistri aperti in anni differenti rispetto a quello di riferimento; sinistri chiusi e liquidati in un periodo differente dall'anno di riferimento (chiusi e/o liquidati prima del 1 gennaio o dopo il 31 dicembre dell'anno di riferimento). Sinistri che hanno il campo "Importo Liquidato" non correttamente valorizzato.

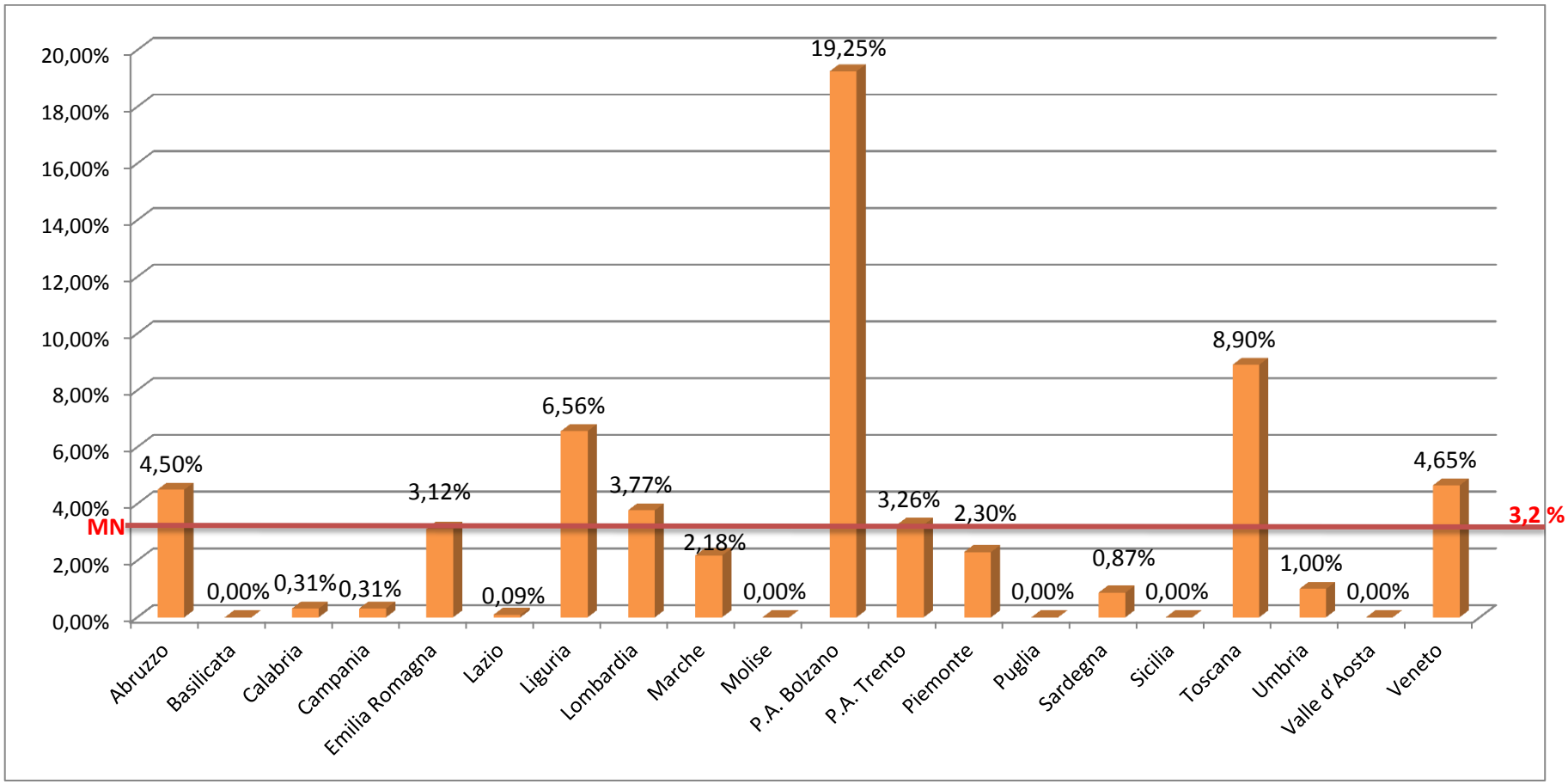
CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento .

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un periodo differente dall'anno di riferimento.

Valore medio nazionale 2015 = 3,2 %

Valore medio nazionale 2014 = 2,76%

Figura 8 Percentuale di sinistri liquidati nell'anno 2015 per Regione e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

MN = Valore Medio Nazionale

4.3.9 COSTO PRESUNTO SINISTRI[24]

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

∑ i=1;n importi liquidati/[∑ i=1;n sinistri liquidati x ∑ i=1;n sinistri

NUMERATORE

Importi liquidati e numero sinistri aperti nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Numero sinistri (che determinano gli importi al numeratore)

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Importi relativi a sinistri chiusi con accoglimento della richiesta di risarcimento e liquidati tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Il campo "importo Liquidato" deve essere correttamente valorizzato. Tutti i sinistri aperti nell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Importi relativi a sinistri liquidati in un periodo differente dall'anno di riferimento che non facciano riferimento alle categorie precedenti.

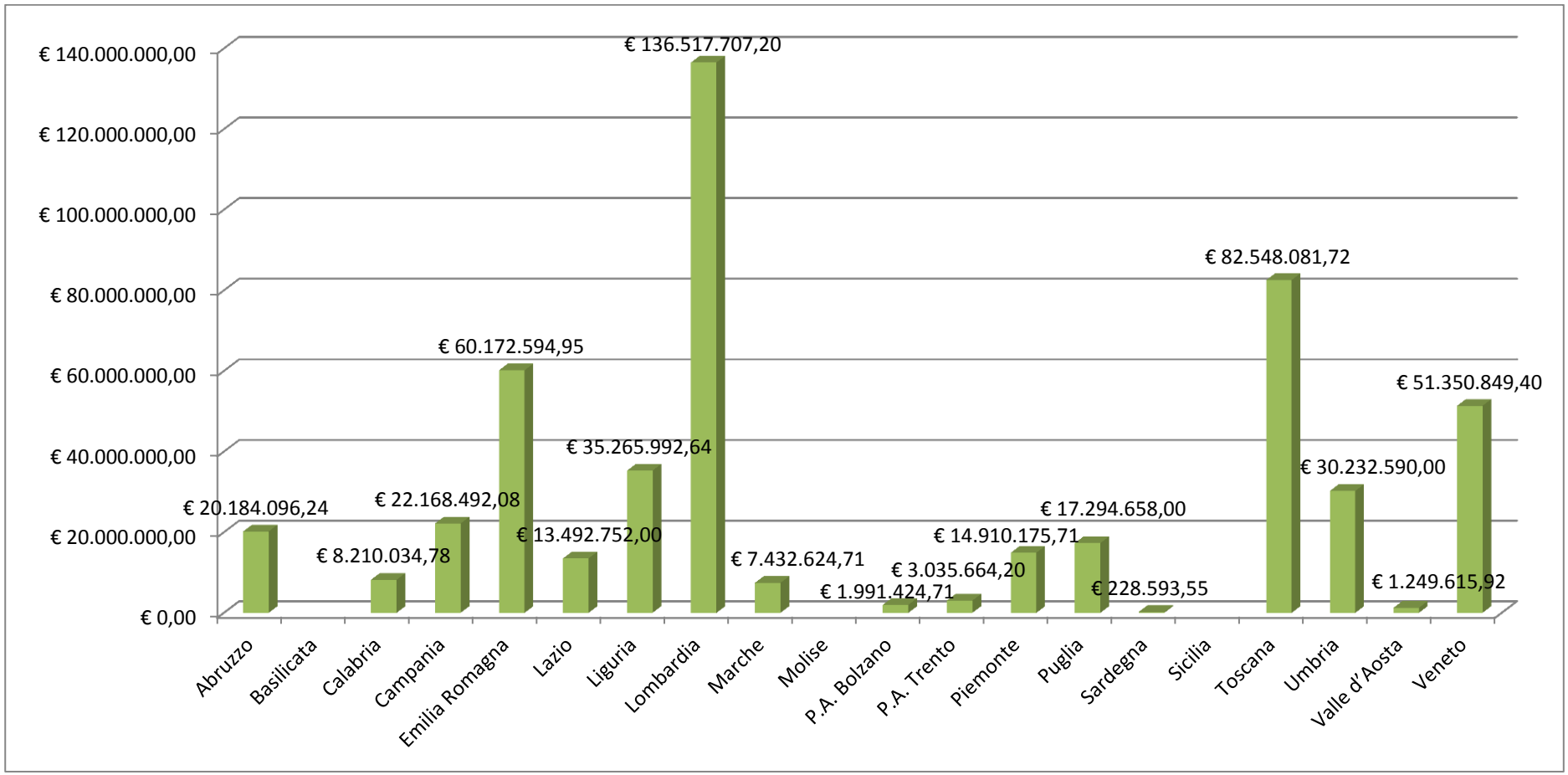
CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Tutti i sinistri chiusi con accoglimento della richiesta di risarcimento (liquidati/non liquidati) registrati nell'anno di riferimento. È necessario garantire la coerenza con il numeratore, seguendo il singolo sinistro. Indipendentemente dalla data di apertura del sinistro i casi del denominatore devono essere quelli inclusi nel numeratore (numero di sinistri liquidati tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento indipendentemente dalla data di apertura). Tutti i sinistri aperti nell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Tutti i sinistri che non hanno correttamente valorizzato il campo importo liquidato.

NOTE: il valore informativo dell'indicatore è significativo se utilizzato come dato di trend su una serie storica di alcuni anni (ed eventualmente aggiustato per tipo di danno).

[24] Tale indicatore, calcolato per singola Regione/P.A. vuole fornire una previsione della spesa da sostenere in Regione qualora si dovessero liquidare tutti i sinistri relativi alle richieste di risarcimento presentate nell'anno di riferimento, considerando di avere a disposizione esclusivamente il dato sul costo dei sinistri già liquidati nel corso dell'anno

Figura 8. Costo presunto sinistri per Regioni e P.A. 2015



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.10 GIORNI MEDI PER L'APERTURA DI UNA PRATICA

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

∑i=1;n [data apertura pratica – data evento] / ∑ i=1;n pratiche aperte

(in giorni)

NUMERATORE

Giorni per l'apertura della pratica. Sommatoria delle durate. Per ogni pratica: data apertura pratica (gg/mm/aaaa) – data evento (gg/mm/aaaa). Misura espressa in giorni.

DENOMINATORE

Numero sinistri aperti nell'anno di riferimento

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Pratiche che presentano i campi "apertura pratica" e "data evento" correttamente valorizzate. Pratiche che si riferiscono a sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Pratiche che non hanno correttamente valorizzati i campi "apertura pratica" e "data evento". Sinistri e aperti in un periodo diverso da quello di riferimento.

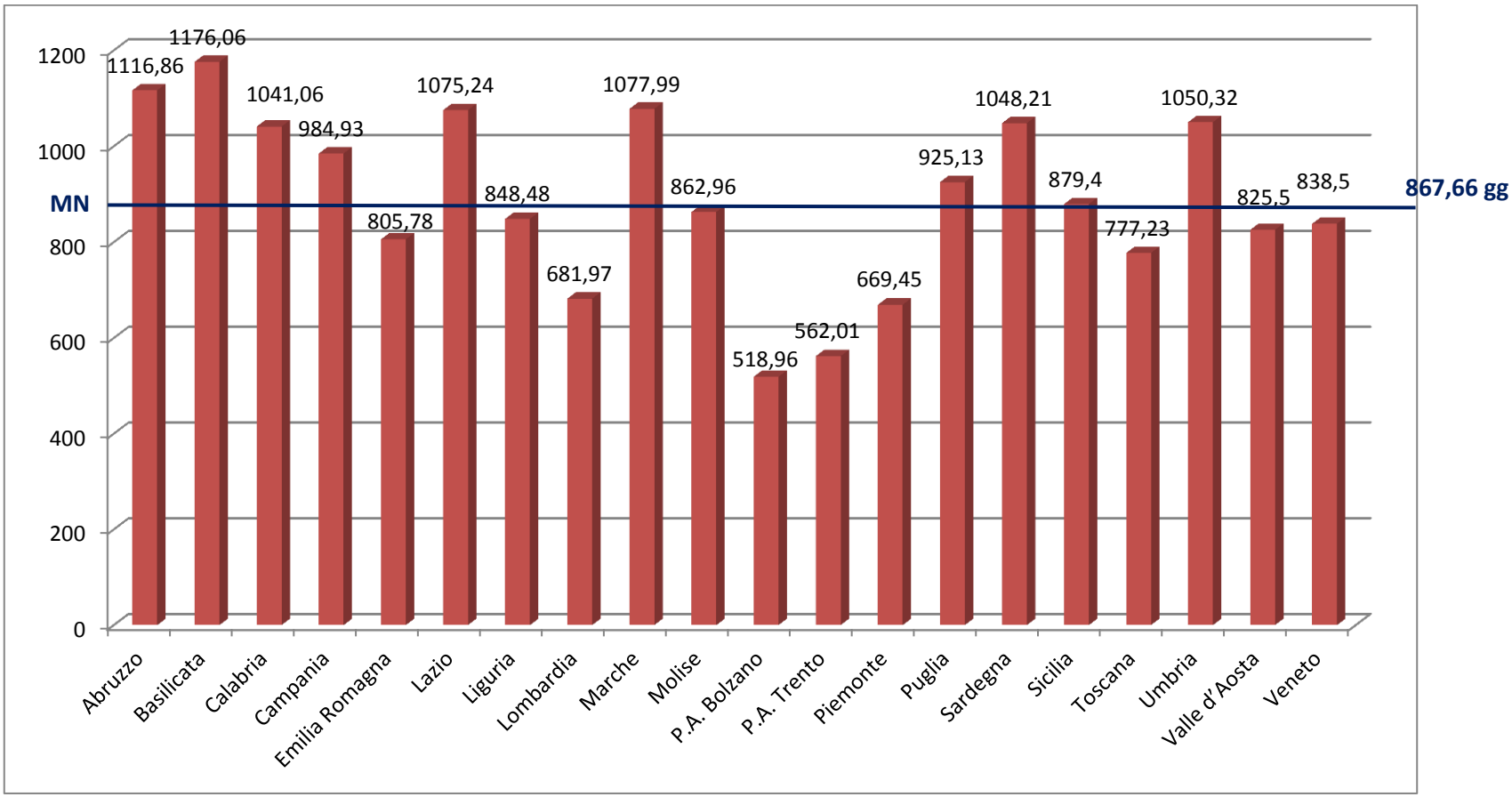
CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento che abbiano correttamente valorizzato il campo "data evento" e "apertura pratica.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un periodo diverso da quello di riferimento Sinistri che non hanno valorizzato correttamente il campo "data evento" e il campo "data apertura pratica.

Valore Medio Nazionale 2015= 867,66 giorni

Valore medio nazionale 2014 = 872,53 giorni

Figura 9 Giorni medi per l'apertura di una pratica di sinistro. Per Regione e PA 2015



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

MN = valore medio nazionale

4.3.11 GIORNI MEDI PER LA CHIUSURA DI UNA PRATICA

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

∑i=1;n [data chiusura i-esima pratica – data apertura i-esima pratica] / ∑i=1;n pratiche chiuse

(in giorni)

NUMERATORE

Giorni per la chiusura della pratica. Sommatoria delle durate. Per ogni pratica: data chiusura pratica (gg/mm/aaaa) – data apertura pratica (gg/mm/aaaa). Misura espressa in giorni.

DENOMINATORE

Numero pratiche chiuse

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Pratiche chiuse che hanno i campi "apertura pratica" e "chiusura pratica" correttamente valorizzate. Pratiche che si riferiscono a sinistri chiusi tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Pratiche che non hanno correttamente valorizzati i campi "apertura pratica" e "chiusura pratica". Sinistri non chiusi. Sinistri chiusi in un periodo diverso da quello di riferimento.

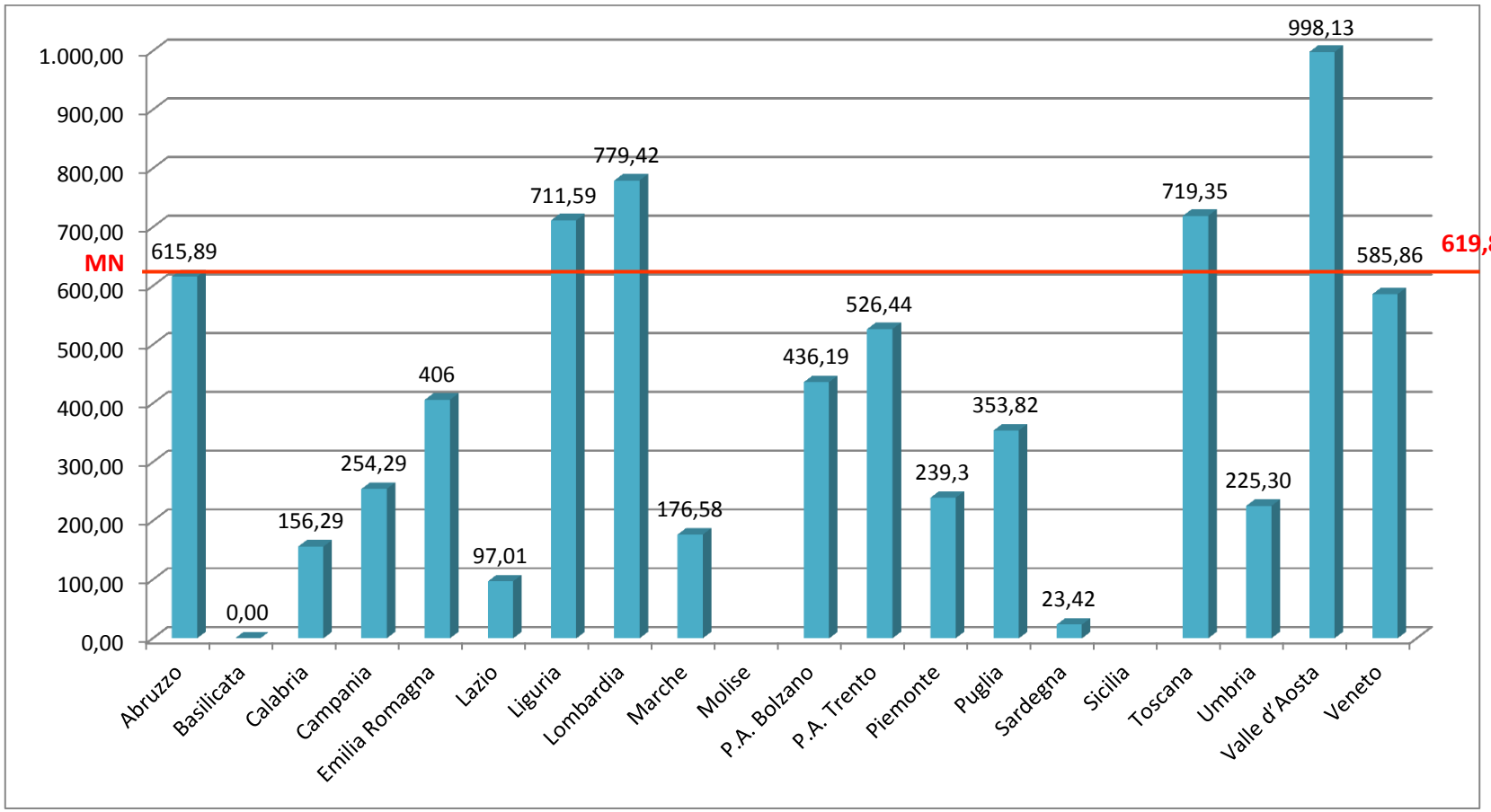
CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Si fa riferimento al totale di sinistri considerati al numeratore. Sinistri chiusi tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Pratiche chiuse che hanno i campi "apertura pratica" e "chiusura pratica" correttamente valorizzate.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri non ancora chiusi. Sinistri che non hanno i campi "apertura pratica" e "chiusura pratica" correttamente valorizzate.

VALORE MEDIO NAZIONALE 2015= 619,84 giorni

Valore medio nazionale 2014 = 542,45 giorni

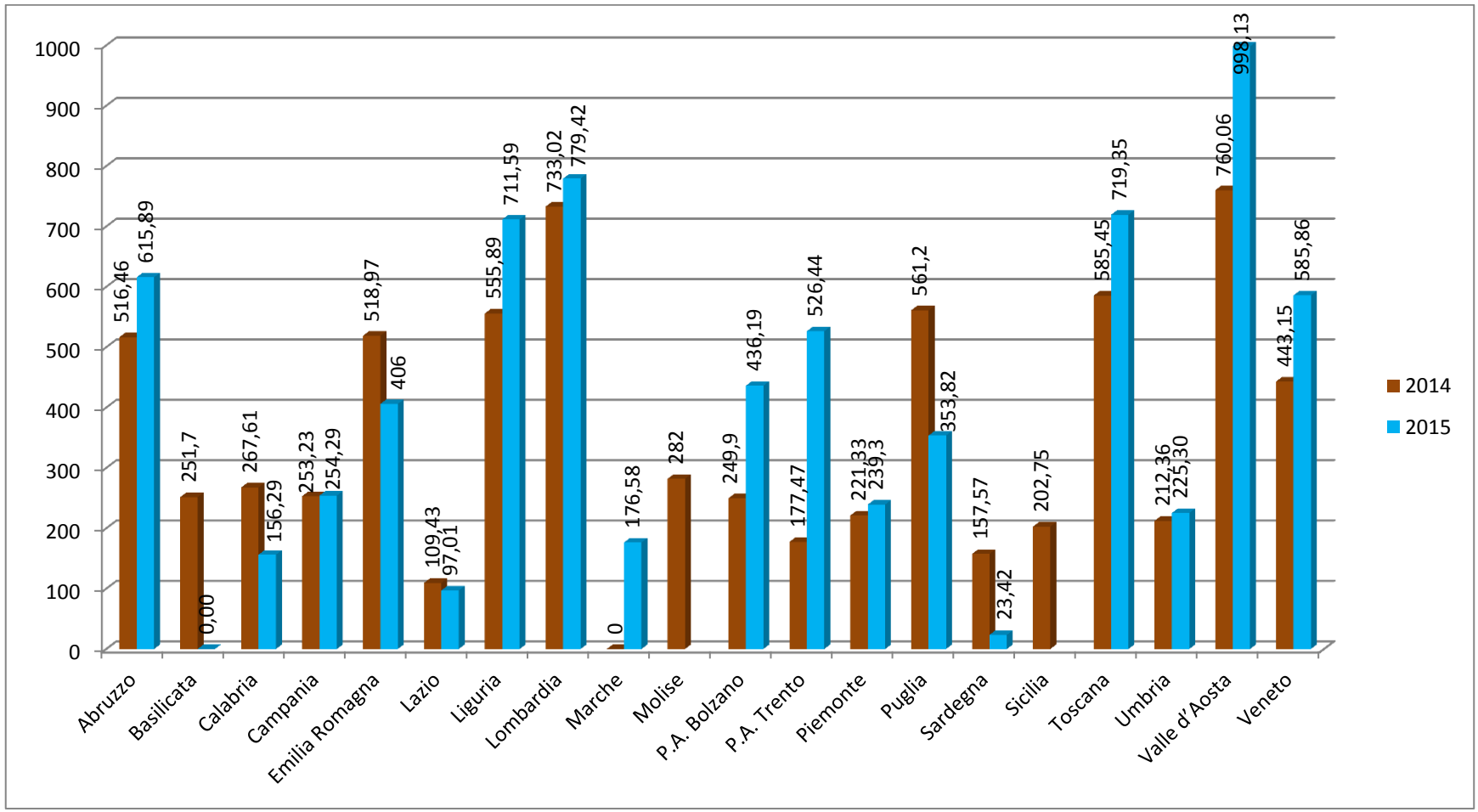
Figura 11. Giorni medi per la chiusura di una pratica di sinistro, per Regioni e PA 2015



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

MN = valore medio nazionale

Figura 11.1. Giorni medi per la chiusura di una pratica di sinistro, per Regioni e PA, 2014- 2015



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.12 SINISTRI PER CONTESTO DI RIFERIMENTO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ sinistri per singolo contesto di riferimento / ∑ sinistri) x 100

NUMERATORE

Per singolo contesto di riferimento (Ricovero ordinario; Ricovero in day hospital; Accesso ambulatoriale; Accesso in pronto soccorso; Soccorso in emergenza; Altro), sinistri aperti nell'anno di riferimento.

DENOMINATORE

Numero totale sinistri aperti nell'anno di riferimento.

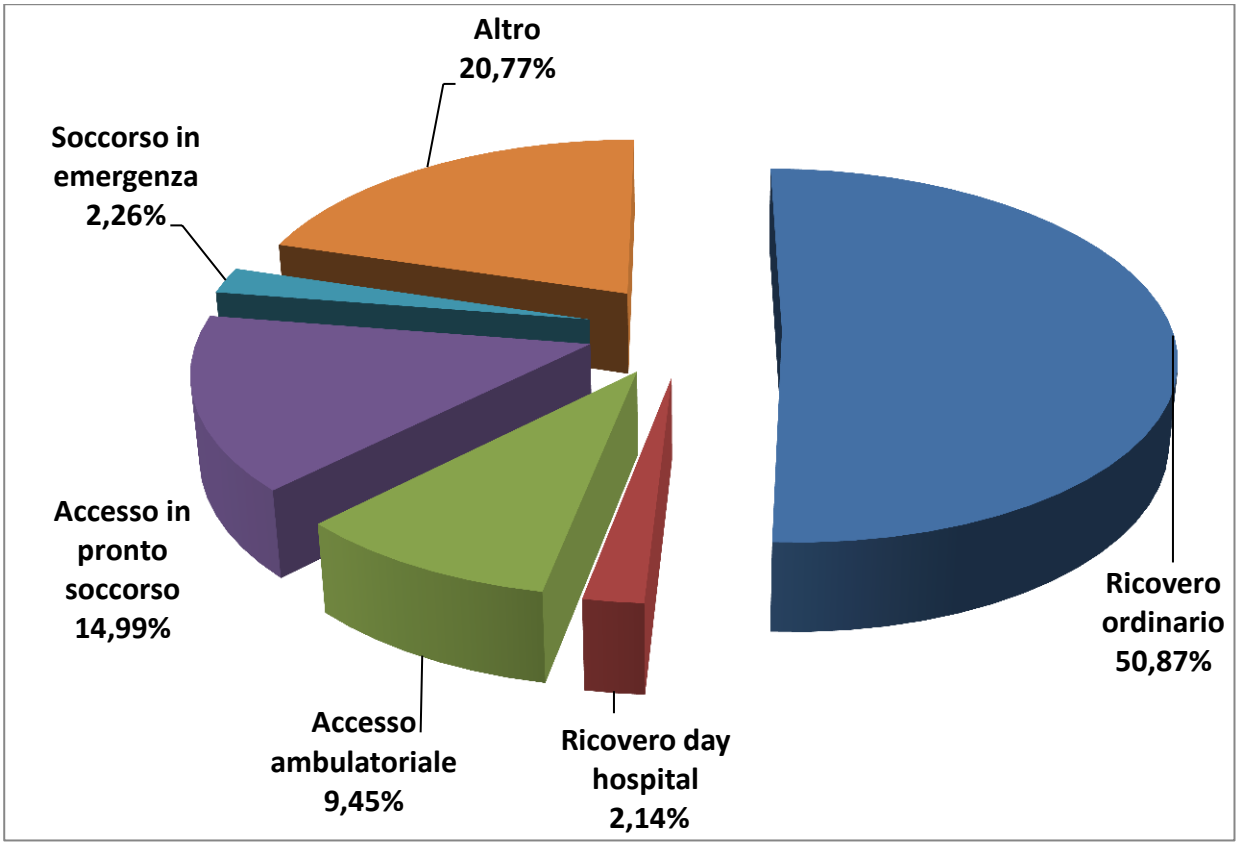
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singolo "contesto di riferimento": Sinistri che hanno correttamente compilato il campo "contesto di riferimento". I sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Per singolo "contesto di riferimento": Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "contesto di riferimento". I sinistri che non si riferiscono all'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento e che riguardano record che hanno il campo "contesto di riferimento" correttamente valorizzato.

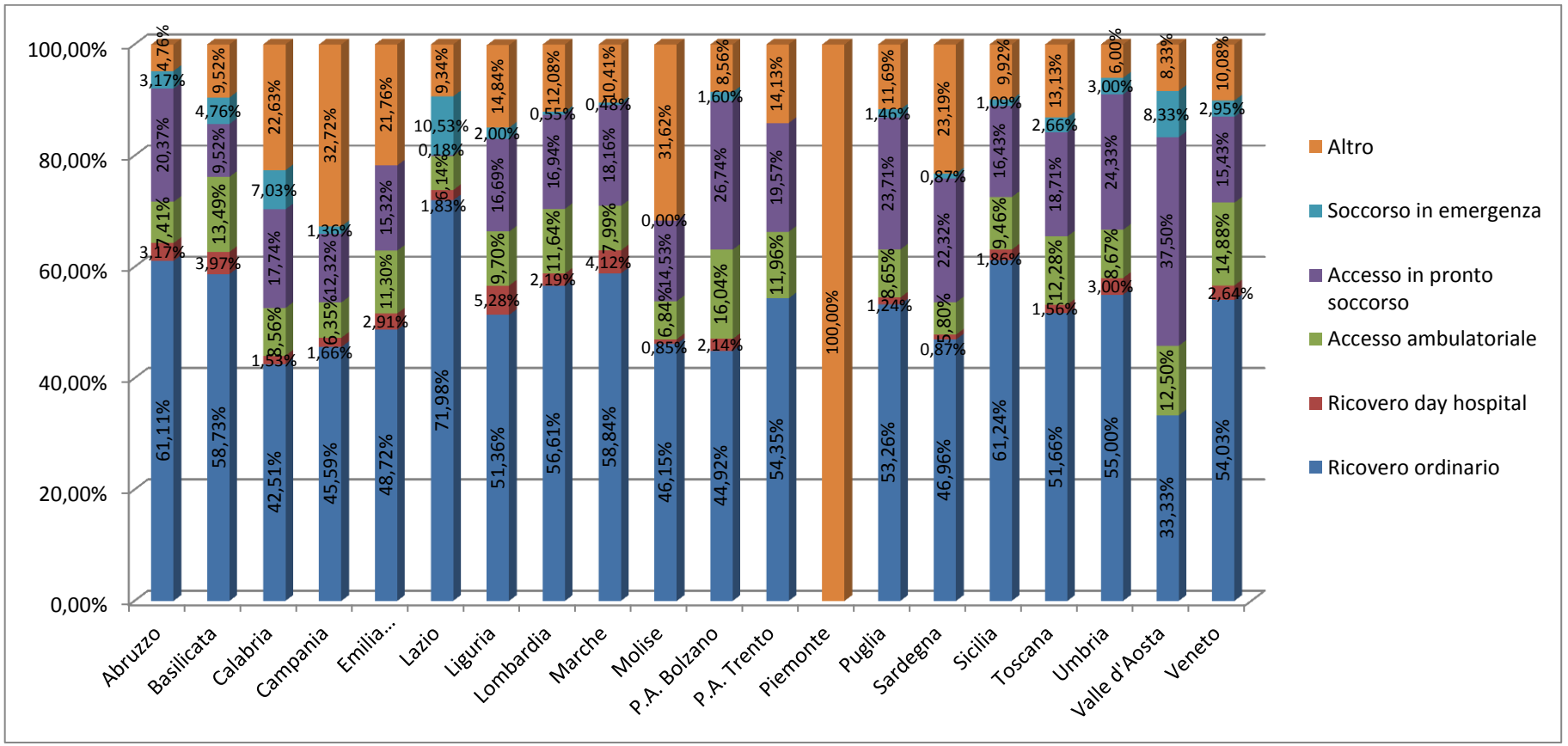
CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un anno diverso da quello di riferimento. Sinistri che hanno il campo "contesto di riferimento" non correttamente valorizzato.

Figura 12 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per contesto di riferimento. Dato aggregato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 12.1 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per contesto di riferimento, per Regioni e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.13 SINISTRI PER TIPO DI PROCEDIMENTO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ sinistri per tipo procedimento / ∑ sinistri) x 100

NUMERATORE

Numero di sinistri aperti nell'anno di riferimento per singola categoria di "tipo procedimento" (Stragiudiziale, Giudiziale civile, Giudiziale penale, Conciliazione[25]).

DENOMINATORE

Numero totale sinistri aperti nell'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singolo "tipo di procedimento": Sinistri che hanno correttamente compilato il campo "tipo di procedimento". I sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "contesto di riferimento". I sinistri che non si riferiscono al 2015 (aperti prima del 1 gennaio 2015 o dopo il 31 dicembre 2015).

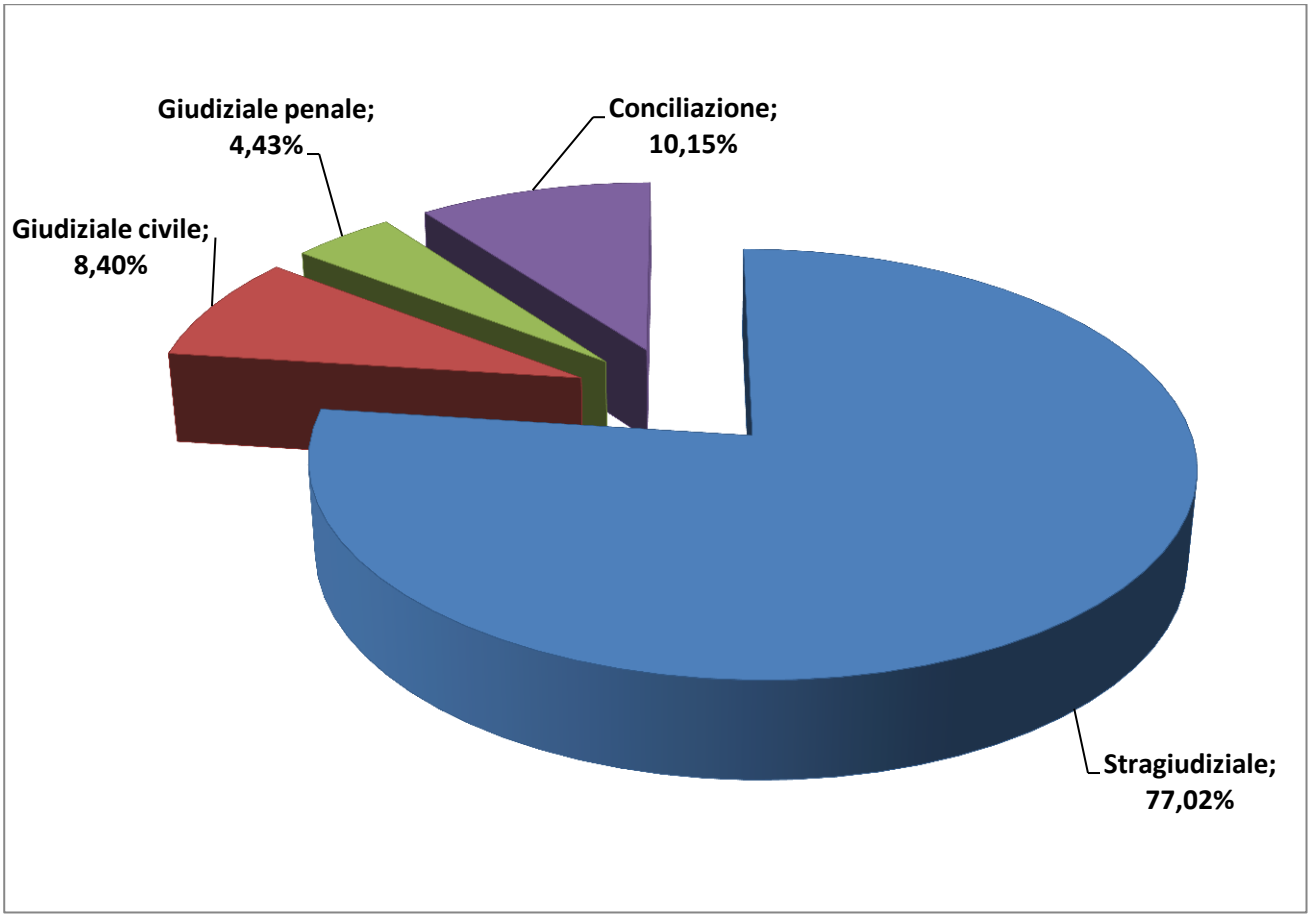
CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre 2015 e che fanno riferimento a record che hanno il campo "tipo di procedimento" correttamente valorizzato.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un anno diverso da quello di riferimento. Sinistri che hanno il campo "tipo di procedimento" non correttamente valorizzato.

NOTE: l'indicatore fornisce una "fotografia" della percentuale di sinistri per tipo di procedimenti al momento dell'elaborazione dei dati; l'informazione relativa al tipo di procedimento è dinamica.

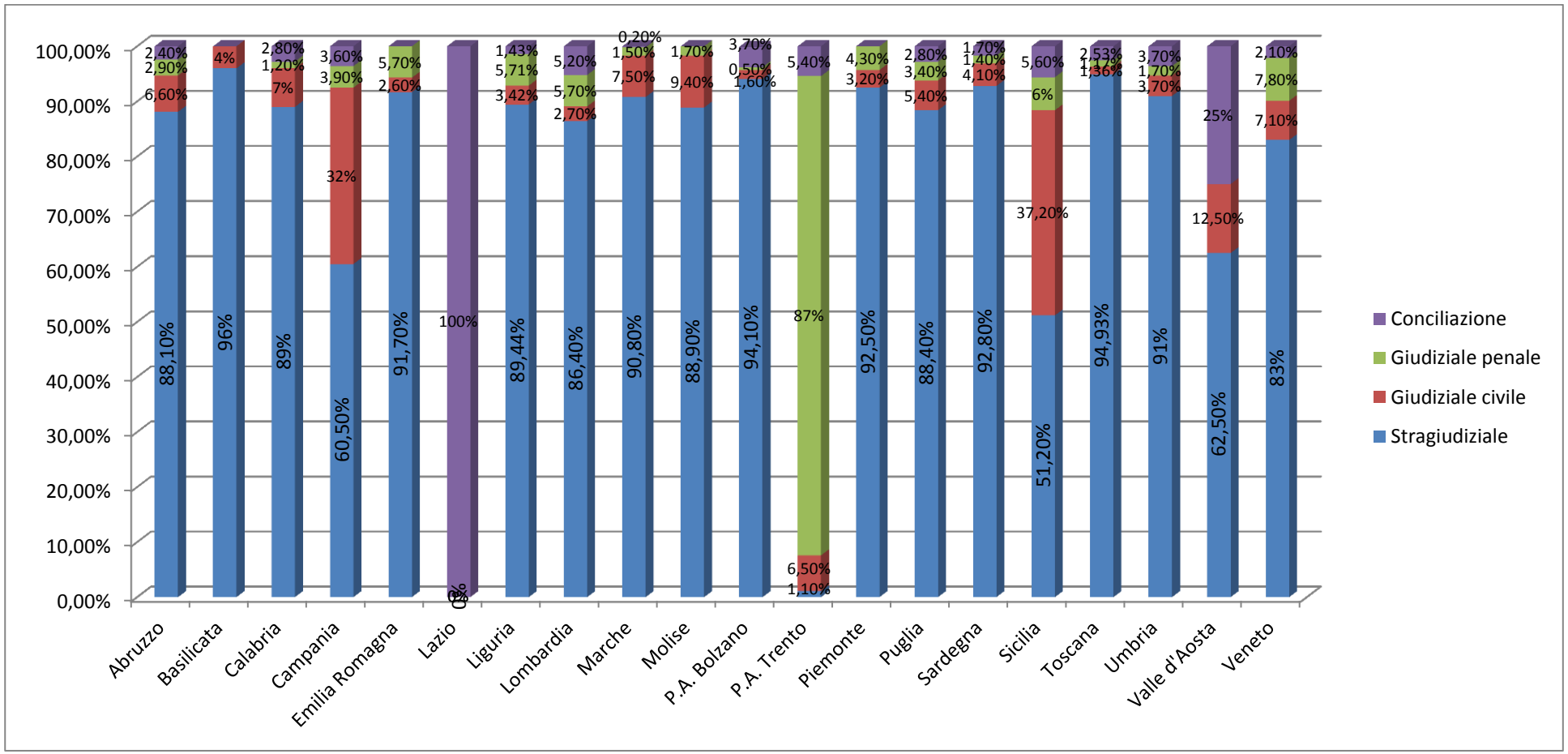
[25] Il tortuoso percorso tra obbligatorietà e non obbligatorietà del ricorso alla mediazione parte dal D.Lgs. 28/2010 recante delega al Governo in materia di mediazione e conciliazione delle controversie civili e commerciali e D.M. Giustizia 180/2010. La sentenza della Corte costituzionale del 6.12.2012, n. 272 dichiara incostituzionale la norma che prevede la mediazione come condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Il successivo d.l. n. 69/2013 reintroduce la mediazione obbligatoria per quasi tutte le materie già contemplate dall'art. 5, co. 1, compreso il risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria.

Figura 13 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipo di procedimento. Dato aggregato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 13.1 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipo di procedimento. Per Regioni e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.14 SINISTRI PER TIPOLOGIA TRAMITE

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ sinistri per singolo tipo di tramite/ ∑ sinistri) x 100

NUMERATORE

Per singola tipologia di tramite (Agenzia Antinfortunistica; Associazione per i diritti del malato; Avvocato, Direttamente, Rappresentante legale, Altro): numero totale sinistri aperti nell'anno di riferimento.

DENOMINATORE

Numero totale sinistri aperti nell'anno di riferimento.

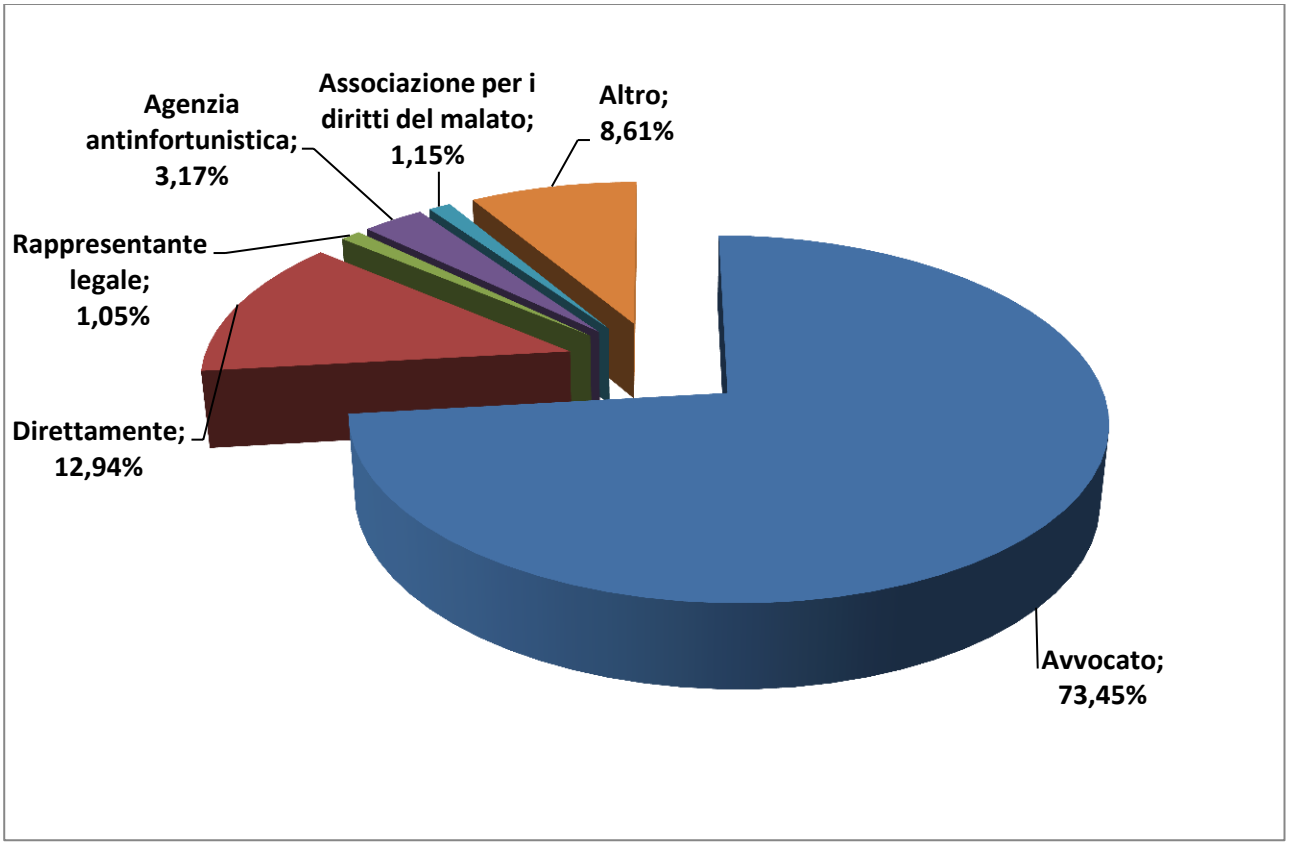
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singola tipologia di tramite: Sinistri che hanno correttamente compilato il campo "tipologia tramite". I sinistri devono essere aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "tipologia tramite". I sinistri che non si riferiscono al 2015 (aperti prima del 1 gennaio 2015 o dopo il 31 dicembre 2015).

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio e il 31 dicembre 2015 e che fanno riferimento a record che hanno il campo "tipologia tramite" correttamente valorizzato.

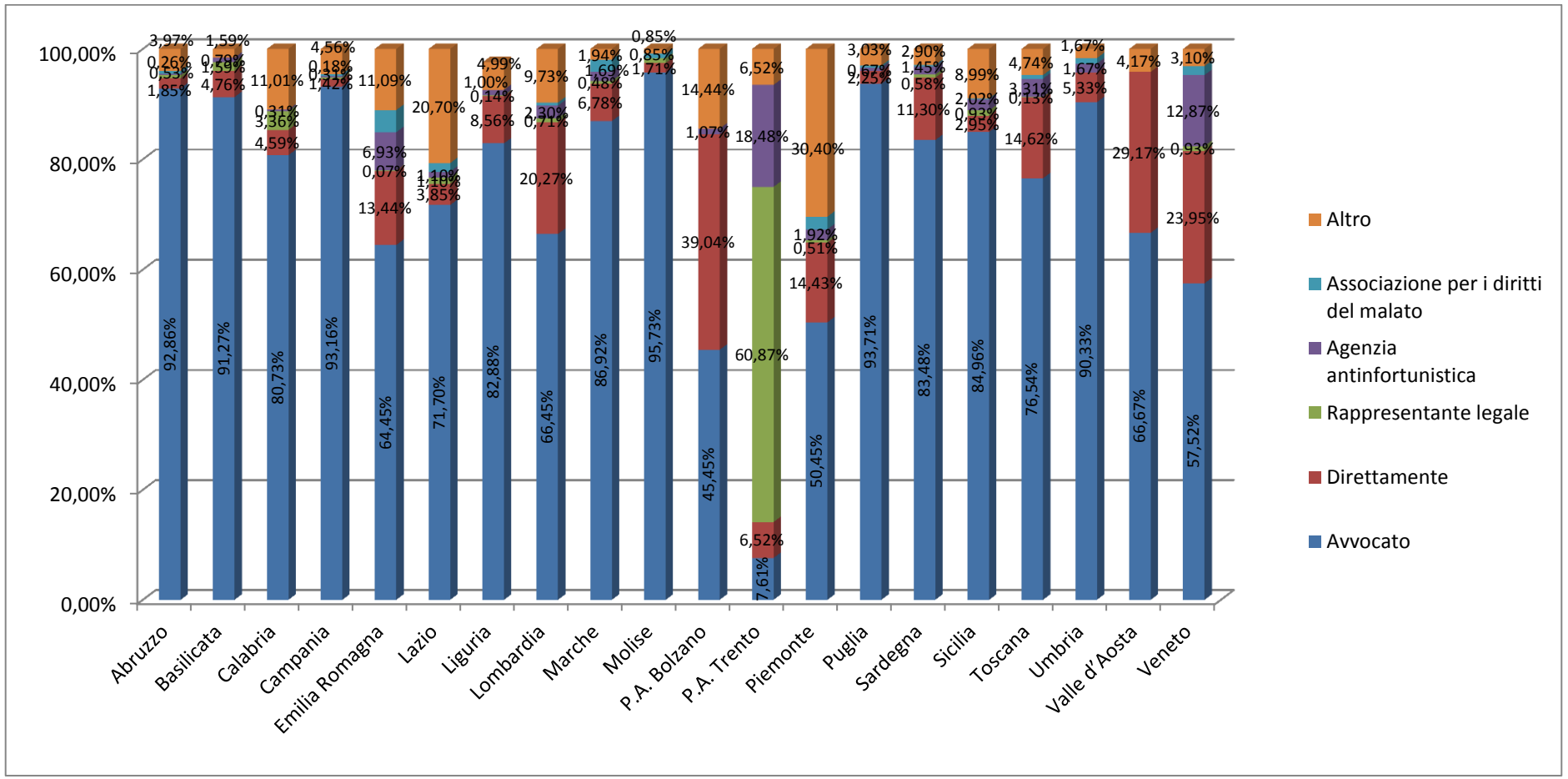
CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un anno diverso da quello di riferimento. Sinistri che hanno il campo "tipologia tramite" non correttamente valorizzato.

Figura 14. Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipologia di tramite. Dato aggregato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 14.1. Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipologia di tramite. Per Regioni e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.15 PERCENTUALE SINISTRI CHIUSI IN VIA STRAGIUDIZIALE ENTRO L'ANNO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

[∑ i=1;n sinistri stragiudiziali chiusi /∑ i=1;n sinistri stragiudiziali] x100

NUMERATORE

Sinistri con tipologia di procedimento stragiudiziale chiusi entro l'anno di riferimento.

DENOMINATORE

Totale sinistri aperti nell'anno di riferimento con tipologia di procedimento stragiudiziale.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Sinistri stragiudiziali chiusi tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento che hanno correttamente compilati i campi "tipo di procedimento" e "data chiusura sinistro.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Sinistri non stragiudiziali; sinistri stragiudiziali non ancora chiusi; sinistri che non hanno correttamente compilati campi "tipo di procedimento" e "data chiusura sinistro". Sinistri stragiudiziali non aperti all'anno di riferimento.

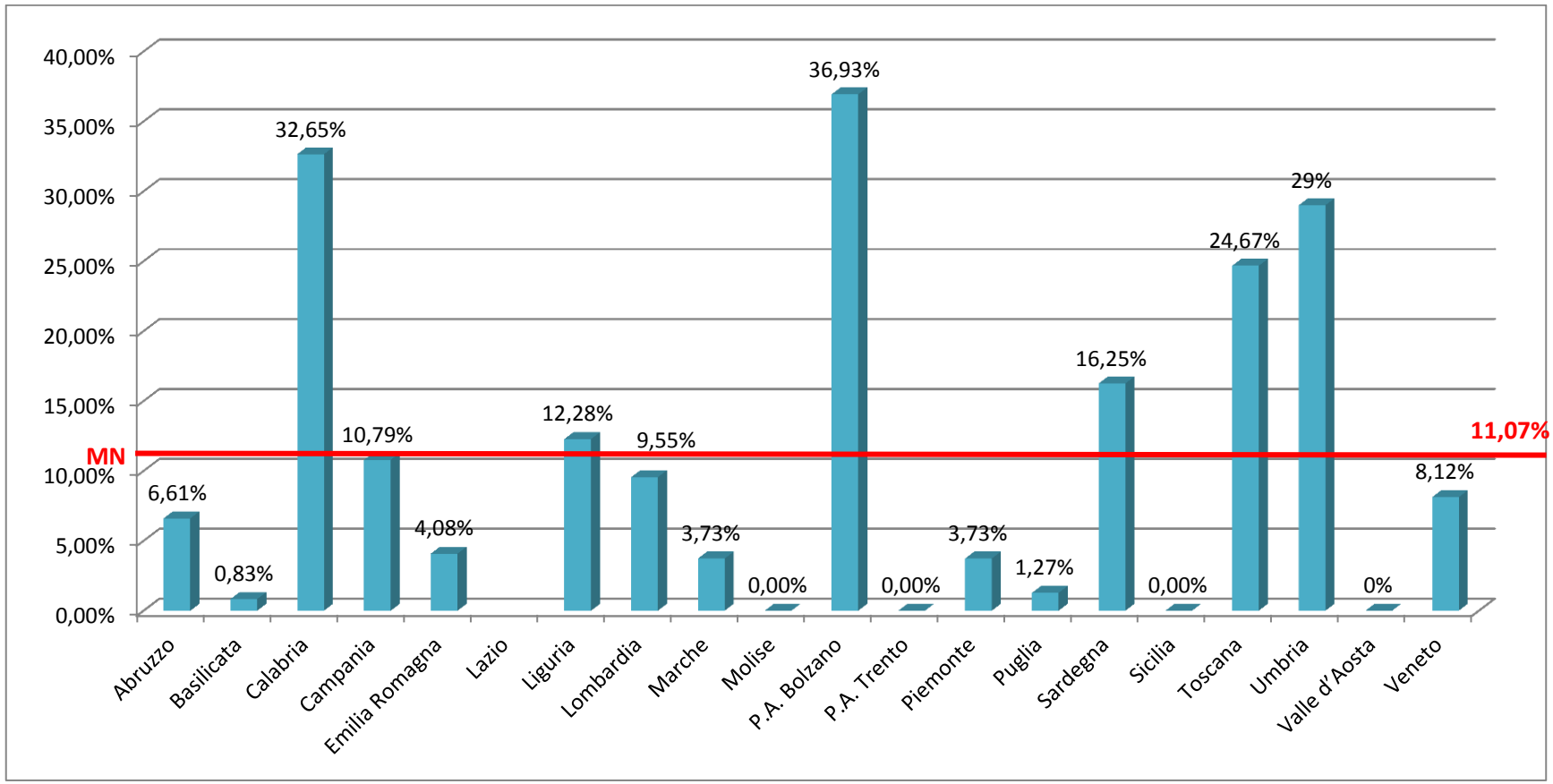
CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri con tipo procedimento stragiudiziale aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento che hanno correttamente compilati i campi "tipo di procedimento" e "data chiusura sinistro.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri non stragiudiziali; sinistri che non hanno correttamente compilati i campi "tipo di procedimento" e "data chiusura sinistro". Sinistri non aperti all'anno di riferimento.

Valore Medio Nazionale 2015=11,07%

Valore medio nazionale 2014 =7,87%

Figura 15. Percentuale di sinistri chiusi in via stragiudiziale entro l'anno (2015) Per Regioni e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

MN= VALORE MEDIO NAZIONALE

4.3.16 COSTO PRESUNTO SINISTRI PER TIPO DI DANNO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

Per ogni tipo di danno: [∑ i=1;n importi liquidati/∑ i=1;n sinistri liquidati] x ∑ i=1;n sinistri

NUMERATORE

Importi liquidati e numero sinistri aperti nell'anno di riferimento, per tipo di danno.

DENOMINATORE

Numero sinistri liquidati che determinano gli importi al numeratore.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Importi relativi a sinistri chiusi con accoglimento della richiesta di risarcimento e liquidati tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Tutti i sinistri aperti nell'anno di riferimento (tra il 1 gennaio e il 31 dicembre) per tipo di danno. Per singolo sinistro, deve essere correttamente valorizzato il campo "tipo di danno".

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Sinistri non chiusi. Sinistri respinti. Sinistri non liquidati. Importi relativi a sinistri chiusi e liquidati in un periodo differente dall'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE È necessario garantire la coerenza con il numeratore, seguendo il singolo sinistro. Indipendentemente dalla data di apertura del sinistro i casi del denominatore devono essere quelli inclusi nel numeratore (numero di sinistri liquidati tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento indipendentemente dalla data di apertura) Numero di sinistri aperti nell'anno di riferimento per tipologia di danno.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Tutti i sinistri che non hanno correttamente valorizzato il campo importo liquidato. Tutti i sinistri non chiusi entro il 31 dicembre dell'anno di riferimento. Tutti i sinistri che non hanno correttamente valorizzato il campo "Tipologia Danno".

Tabella 4.1 Costo presunto sinistri per tipo di danno. Per Regioni e PA (Regioni da Abruzzo a Molise) 2015

Costo presunto sinistri per tipo di danno	Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise
Altro	€ 720.211						€ 70.013	€ 206.648		
Danno a cose	€ 6.900			€ 84.104	€ 88.258		€ 129.587	€ 147.423		
Decesso	€ 14.493.172				€ 24.286.662		€ 15.000.952	€ 71.755.736	€ 736.296	
Lesione diritti giuridicamente rilevanti					€ 1.698.228		€ 5.410.165		€ 252.000	
Lesioni personali	€10.990.304		€ 6.176.356	€15.912.891	€ 43.359.061	€ 6.548.680	€ 15.617.299	€ 88.251.072	€ 4.227.195	
Non specificato o interpretabile					€ 3.000			€ 5.626.572		

Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Tabella 4.2 Costo presunto sinistri per tipo di danno. Per Regioni e PA (Regioni da P.A. Bolzano a Veneto) 2015

Costo presunto sinistri per tipo di danno	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto
Altro	€ 16.058		€ 1.157.085	€ 417.000				€ 7.110		€ 203.574
Danno a cose	€ 28.688		€ 1.919.590	€ 14.030.000	€ 9.078		€ 199.146	€ 15.345		€ 143.374
Decesso	€ 165.000	€ 1.778.017	€ 3.496.000				€42.122.444	€ 25.284.000		€ 37.105.637
Lesione diritti giuridicamente rilevanti	€ 82.171	€ 3.000					€ 464		€ 120.000	
Lesioni personali	€ 1.965.454		€ 7.024.587	€ 5.426.330	€ 303.836		€ 54.182.889	€ 12.909.686	€ 365.505	€ 29.487.891
Non specificato o interpretabile			€ 330.000							

Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.17 SINISTRI PER SESSO (DEL DANNEGGIATO)

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

a) *[∑ sinistri F / ∑ sinistri (M+F)] x 100*

b) *[∑ sinistri M / ∑ sinistri (M+F)] x 100*

NUMERATORE

Numero sinistri suddivisi per sesso del presunto danneggiato. Numero sinistri per F e numero sinistri per M, aperti nell'anno di riferimento.

DENOMINATORE

Totale dei sinistri aperti nell'anno di riferimento.

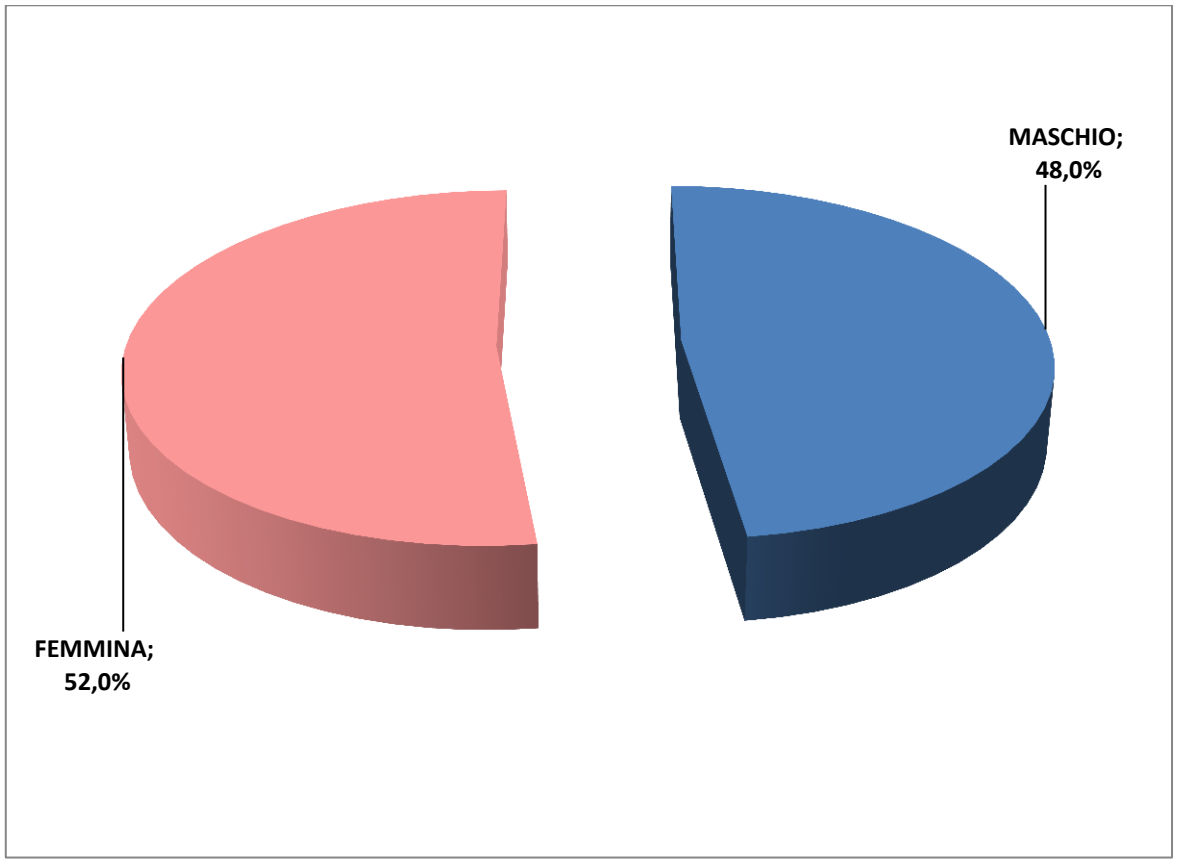
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per a) sinistri che hanno correttamente compilato il campo "sesso" con "F"; Per b) sinistri che hanno correttamente compilato il campo "sesso" con "M". I sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Per a) sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "sesso" con "F"; sinistri che fanno riferimento a "M"; Per b) sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "sesso" con "M"; sinistri che fanno riferimento a "F". I sinistri che non si riferiscono all'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri che hanno correttamente compilato il campo "sesso". I sinistri devono inoltre essere aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

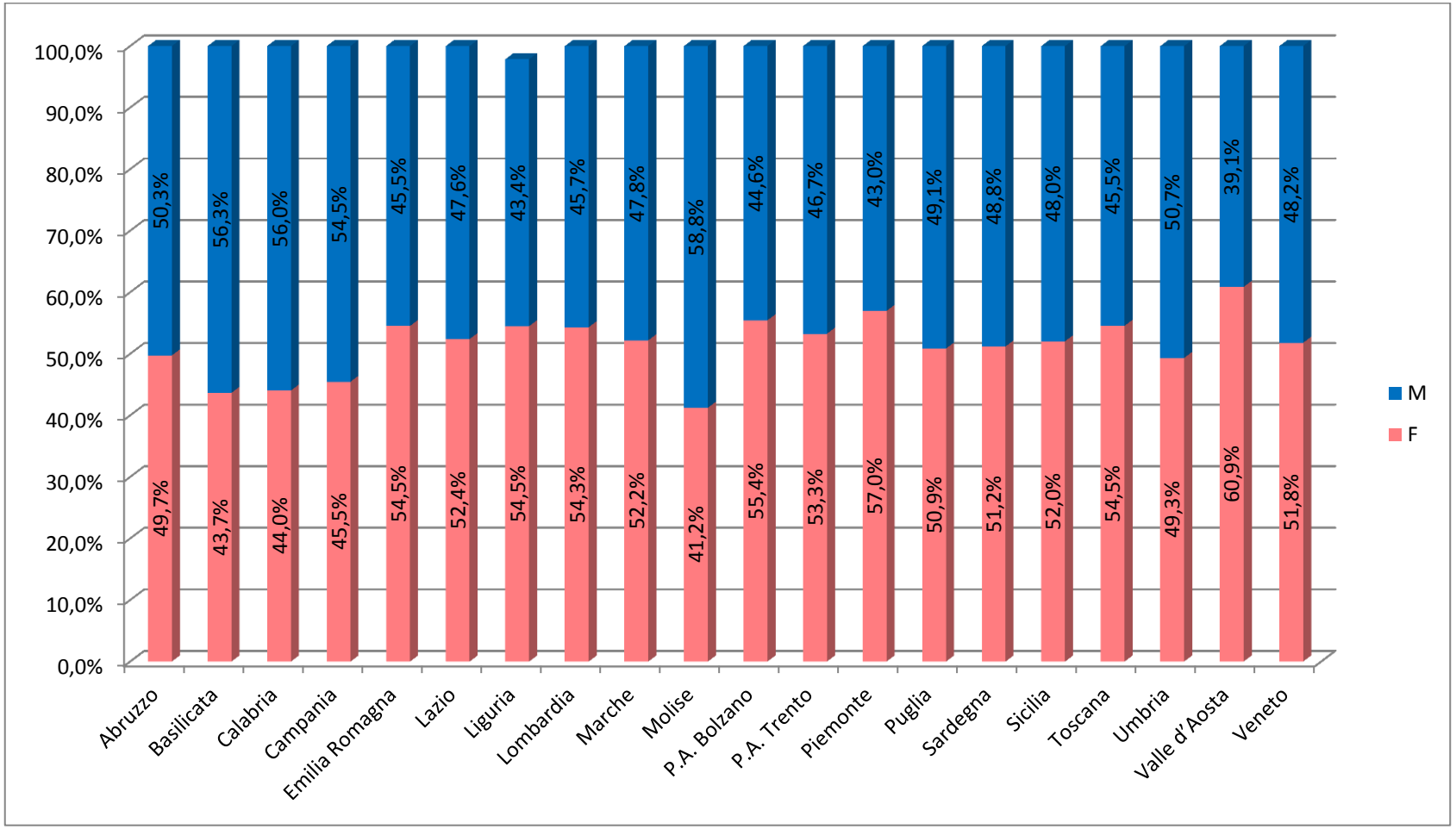
CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "sesso" (con M o F). I sinistri che non sono stati aperti nell'anno di riferimento.

Figura 17. Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per sesso del (presunto) danneggiato. Dato aggregato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 17.1 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per sesso del (presunto) danneggiato. Per Regioni e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.18 RAPPORTO TRA IMPORTI LIQUIDATI E SOMME PREVENTIVATE

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

$\sum i=1;n$ *Importo liquidato*$/\sum i=1;n$ *importo preventivato*

NUMERATORE

Importo (totale) liquidato nell'anno di riferimento

DENOMINATORE

Somme preventivate per l'anno di riferimento

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Importi liquidati tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento, indipendentemente dalla data di apertura sinistro.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Importi liquidati in un periodo differente dall'anno di riferimento.

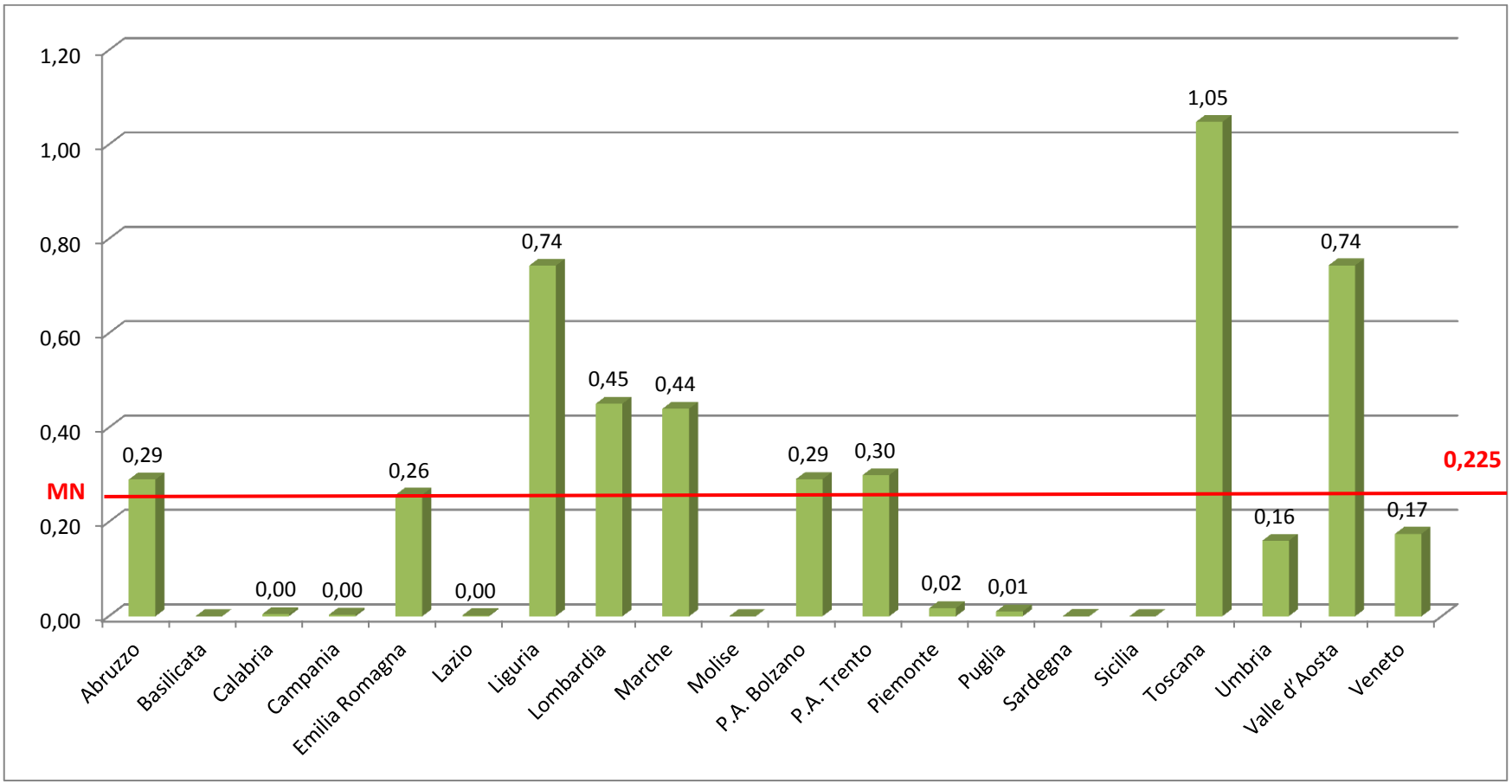
CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Importo iscritto a riserva, somme accantonate che si prevede di corrispondere a titolo di risarcimento, per i sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Importi preventivati relativi a sinistri aperti in un periodo differente da quello considerato.

Valore Medio Nazionale 2015 = 0,225

Valore medio nazionale 2014 = 0,27

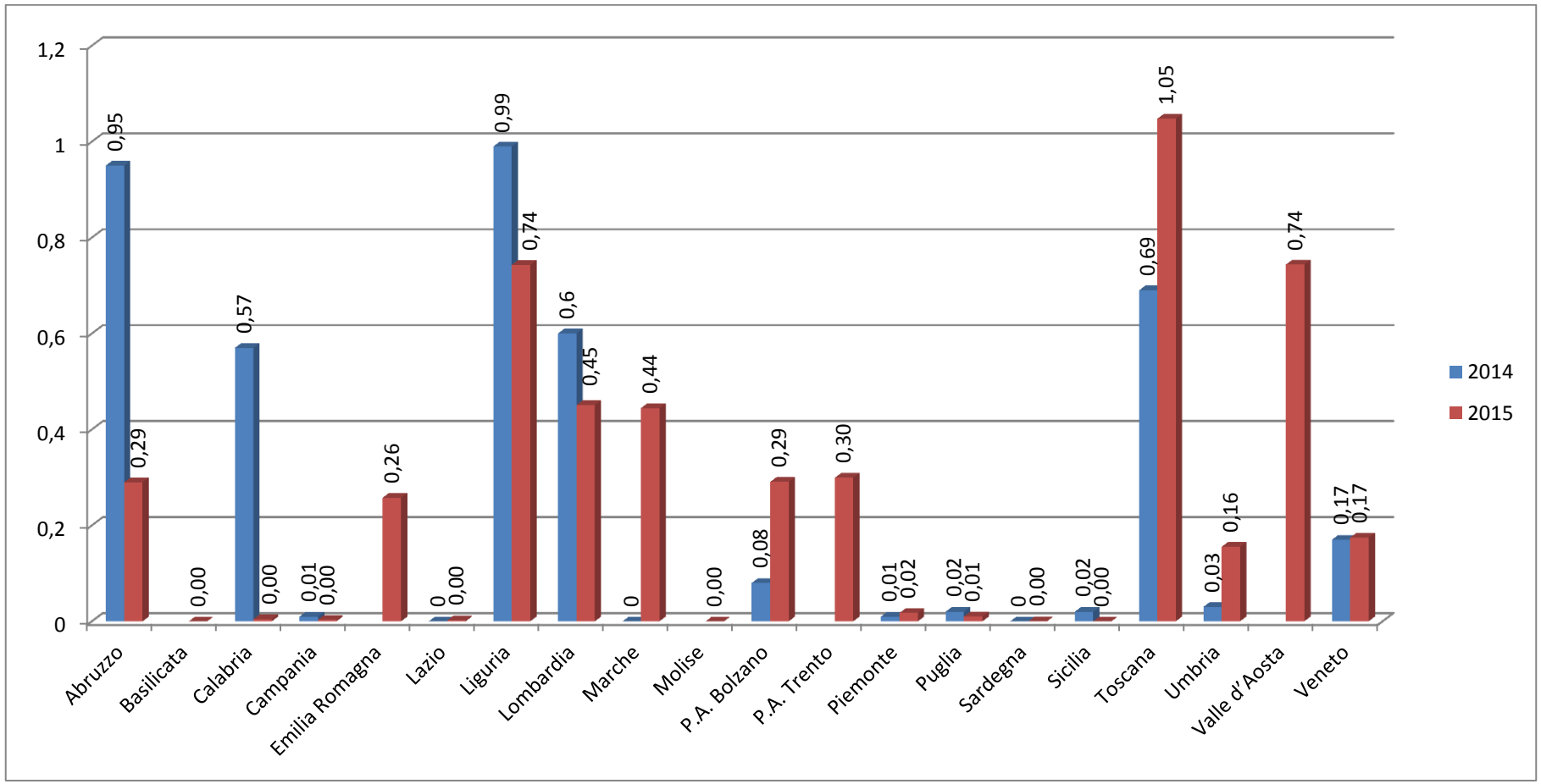
Figura 18 Rapporto tra importi liquidati nel 2015 e somme preventivate. Per Regioni e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

MN= valore medio nazionale

Figura 18.1 Rapporto tra importi liquidati e somme preventivate. Per Regioni e PA, 2014-2015



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.19 SINISTRI PER ETÀ (DEL DANNEGGIATO)

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

(∑ sinistri classe di età X / ∑ sinistri) x 100

NUMERATORE

Numero sinistri suddivisi per classi di età del presunto danneggiato, aperti nell'anno di riferimento.

DENOMINATORE

Totale dei sinistri aperti nell'anno di riferimento.

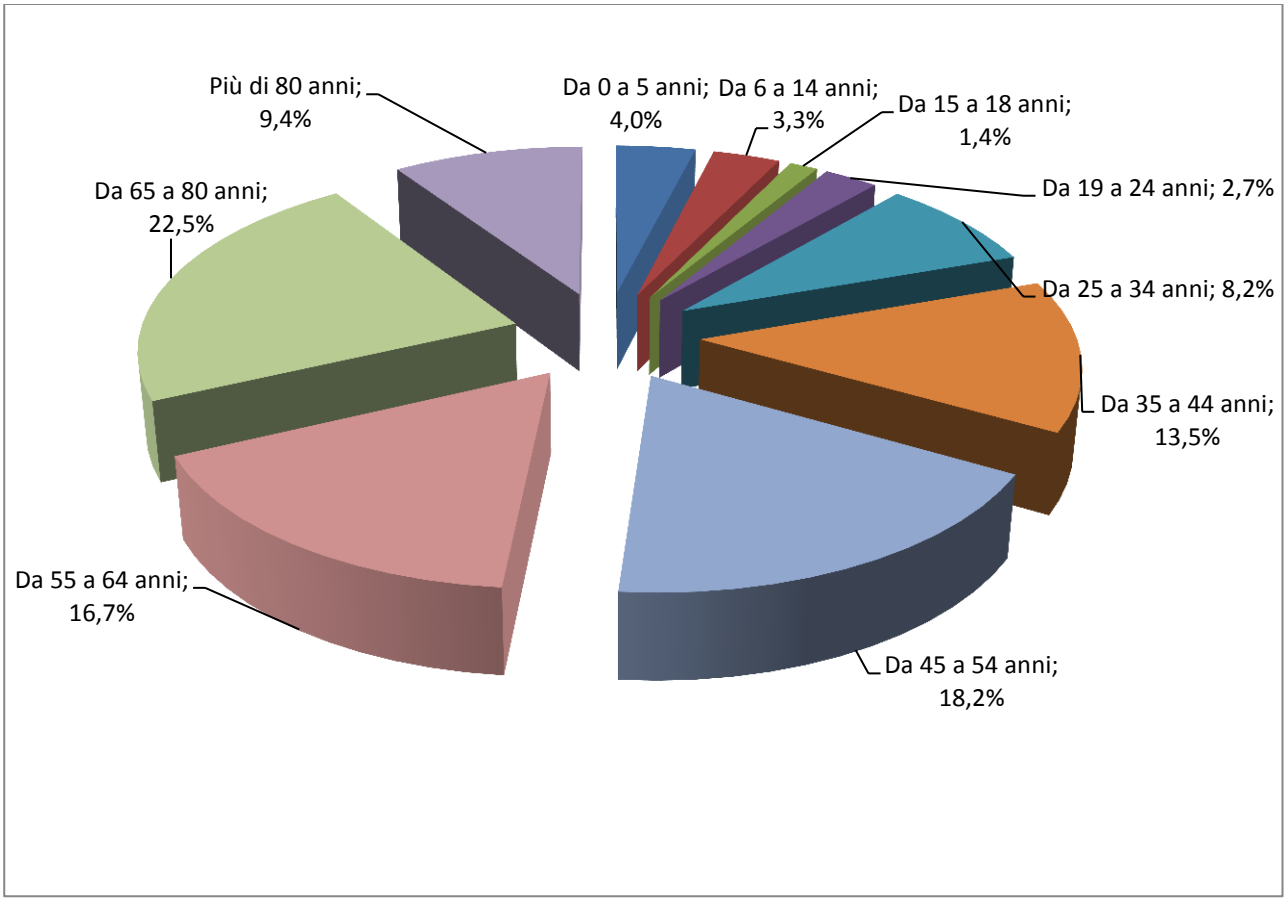
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singola "classe d'età": Sinistri aperti che hanno correttamente compilato il campo "data di nascita". I sinistri riferimento aperti tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Per singola "classe d'età": Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "data di nascita". I sinistri che non si riferiscono all'anno di riferimento.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento e che riguardano record che hanno il campo "data di nascita" correttamente valorizzato.

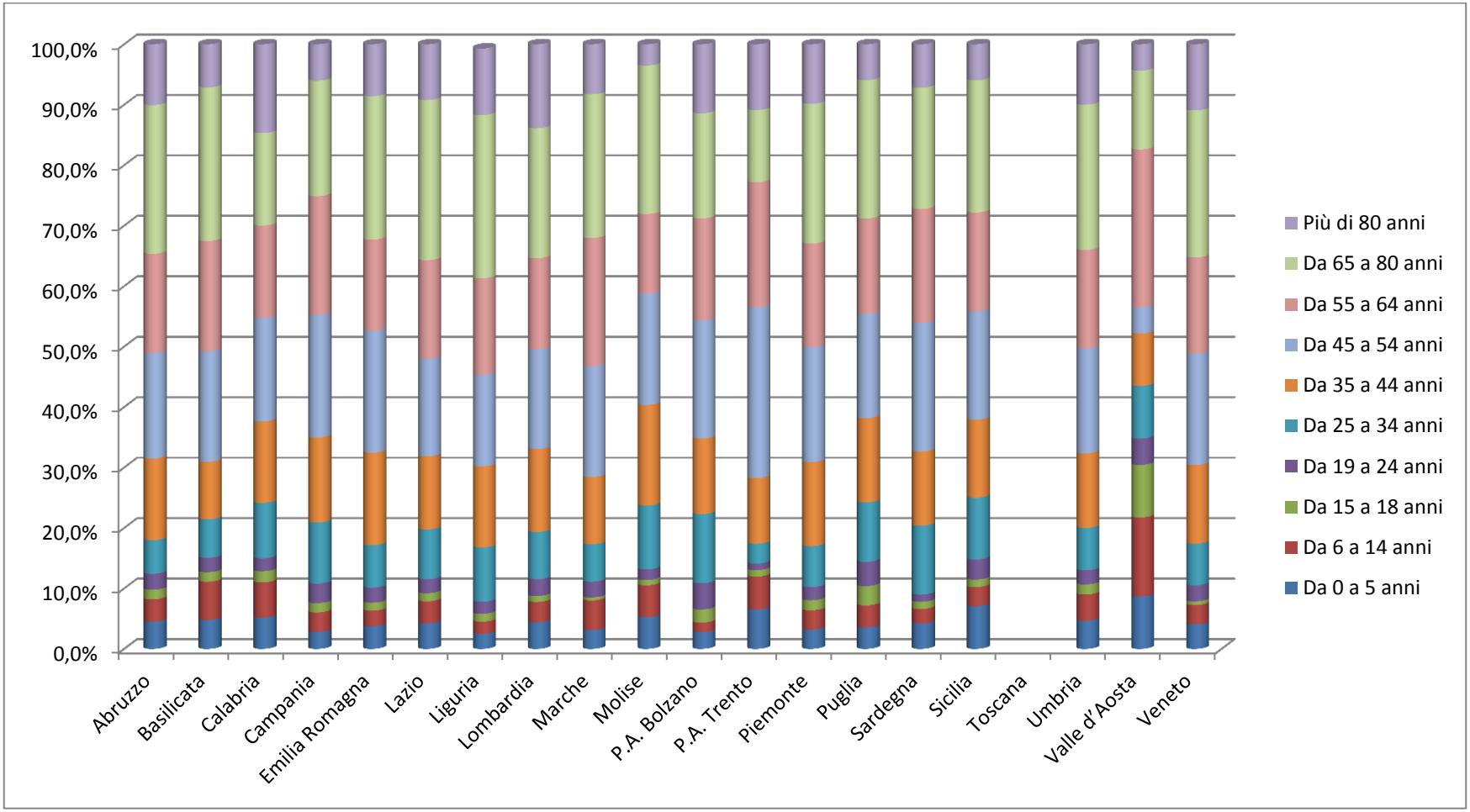
CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un anno diverso da quello di riferimento. Sinistri che hanno il campo "data di nascita" non correttamente valorizzato.

Figura 19.1 Percentuali di sinistri aperti nel 2015 per classe di età del presunto danneggiato. Dato aggregato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 19.2 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per classe di età del presunto danneggiato. Per Regione e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.20 SINISTRI PER TIPOLOGIA DI DANNEGGIATO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

Per ogni tipo di danneggiato:

(Σ sinistri per tipo di danneggiato / Σ pazienti+personale+visitatore+altro) x 100

NUMERATORE

Numero di sinistri aperti per singola categoria di "tipo di danneggiato" nell'anno di riferimento.

DENOMINATORE

Numero totale sinistri aperti nell'anno di riferimento

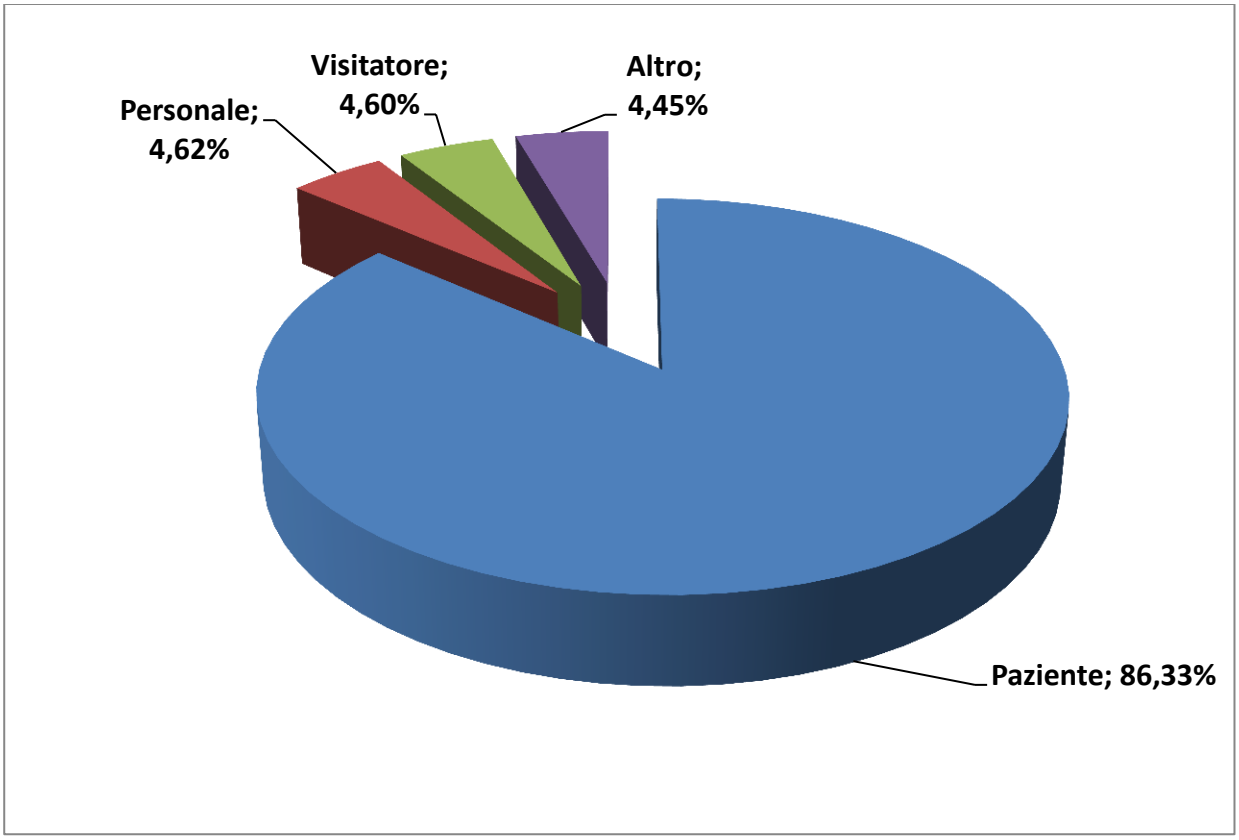
CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE Per singola tipologia di danneggiato: Sinistri che hanno correttamente compilato il campo "tipo di danneggiato". I sinistri aperti tra il 1 gennaio ed il 31 dicembre dell'anno di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Per singola tipologia di danneggiato: Sinistri che non hanno correttamente compilato il campo "tipo di danneggiato". I sinistri che non si riferiscono all'anno 2015.

CRITERI DI INCLUSIONE NEL DENOMINATORE Sinistri aperti tra il 1 gennaio e il 31 dicembre dell'anno di riferimento e che fanno riferimenti a record che hanno il campo "tipo di danneggiato" correttamente valorizzato.

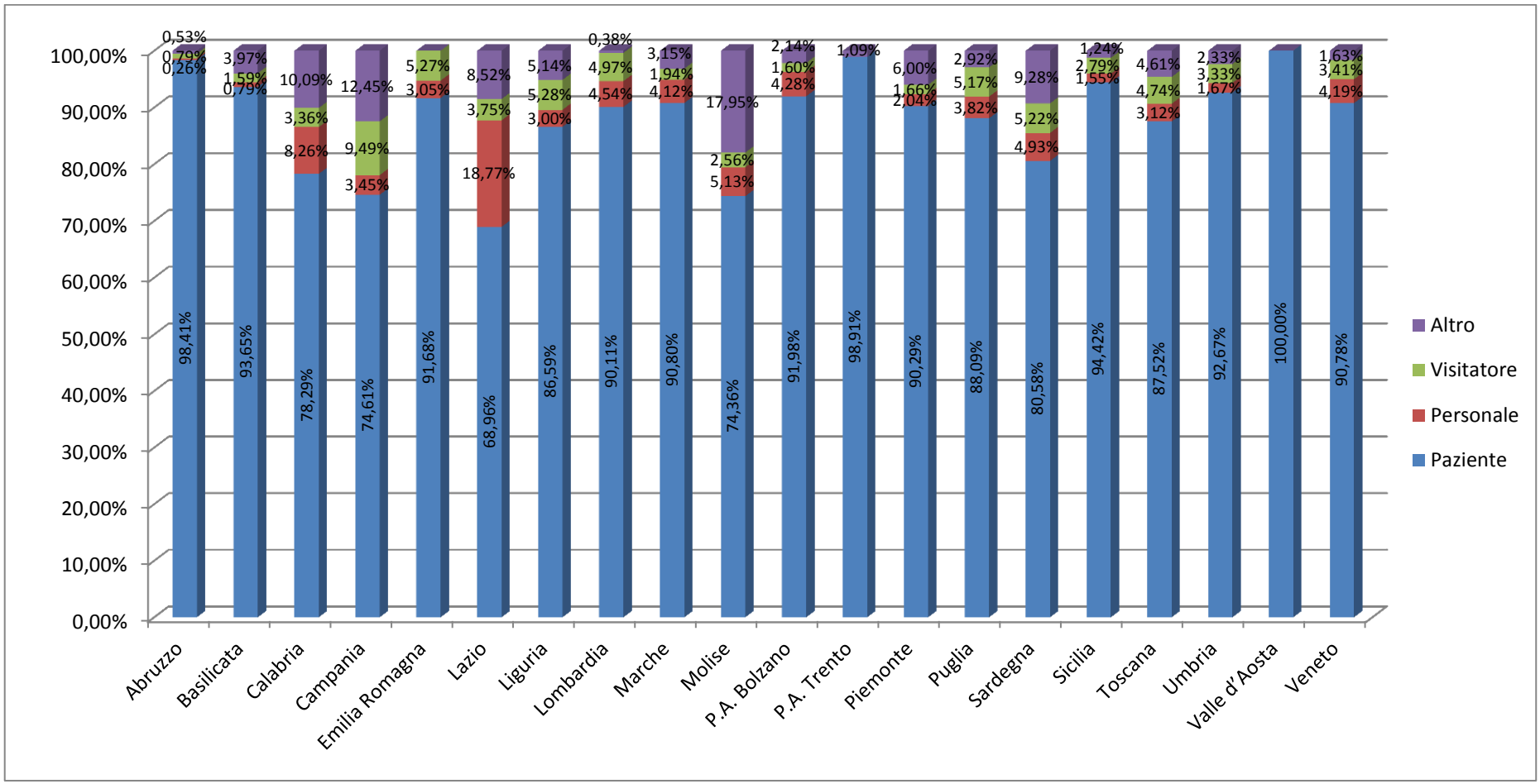
CRITERI DI ESCLUSIONE DAL DENOMINATORE Sinistri aperti in un anno diverso da quello di riferimento. Sinistri che hanno il campo "tipo di danneggiato" non correttamente valorizzato.

Figura 20 Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipologia di (presunto) danneggiato. Dato aggregato a livello nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Figura 20.1. Percentuale di sinistri aperti nel 2015 per tipologia di danneggiato. Per Regioni e PA



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

4.3.21 MASSIMO/MINIMO IMPORTO LIQUIDATO PER TIPO DI DANNO

Regione: Tutte le Regioni che hanno partecipato al monitoraggio (cfr parag. Premessa)

Anno: 2015

INDICATORE (FUNZIONE)

"Massimo e minimo importo liquidato per tipo di danno".

NUMERATORE

Massimo e minimo importo liquidato per tipo di danno

DENOMINATORE

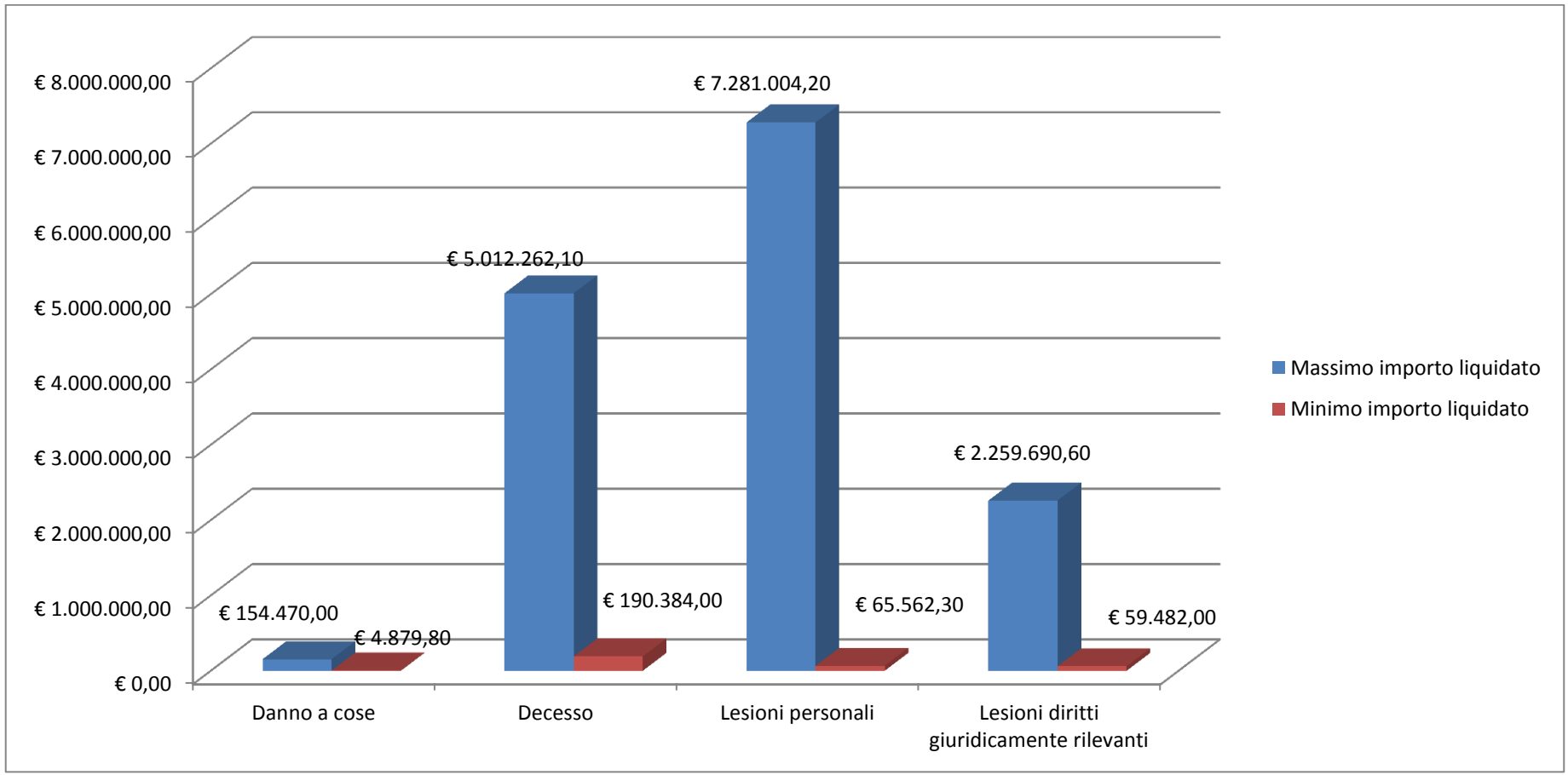
-

CRITERI DI INCLUSIONE NEL NUMERATORE L'importo più alto/basso liquidato per sinistro suddiviso per tipo di danno (danno a cose; lesioni personali, decesso, lesioni di diritti giuridicamente rilevanti, altro).

Ci si riferisce a sinistri chiusi con accoglimento della richiesta di risarcimento e liquidati nel periodo di riferimento.

CRITERI DI ESCLUSIONE DAL NUMERATORE Importi che non sono il massimo/minimo liquidato. Importi relativi a sinistri liquidati in un periodo diverso da quello di riferimento. Importi riferiti a sinistri che non presentano compilato il campo "tipologia danno".

Figura 21 Massimo e minimo importo liquidato nel 2015 per tipo di danno. Dato nazionale



Fonte: SIMES/DS e dati forniti dalle Regioni e PA

Tabella 5.1 Massimo e minimo inporto liquidato nel 2015 per tipo di danno. Per Regioni e P.A.[26]

	Abruzzo		Calabria		Campania		Emilia Romagna		Lazio		Liguria		Lombardia		Marche	
	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min
Danno a cose	€ 2.300	€ 2.300			€ 3.207	€ 200	€ 4.400	€ 30			€ 9.900	€ 84	€ 12.021	€ 50		
Decesso	€ 680.000	€ 25.000					€ 755.000	€ 10			€ 696.842	€ 5.000	€ 1.108.228	€ 0	€ 22.312	€ 22.312
Lesioni personali	€ 220.000	€ 500	€ 125.000	€ 650	€ 100.000	€ 500	€ 1.500.000	€ 150	€ 12.356	€ 12.356	€ 510.000	€ 343	€ 2.203.194	€ 37	€ 35.000	€ 202
Lesione diritti giuridicamente rilevanti							€ 100.049	€ 400			€ 2.100.000	€ 82			€ 42.000	€ 42.000
Non specificato o interpretabile							€ 100	€ 100					€ 450.000	€ 1.000		
Altro	€ 247.883	€ 1.200									€ 9.769	€ 100	€ 15.000	€ 38		

[26] Si riportano unicamente i dati relativi alle Regioni e P.A. che hanno liquidato sinistri nel 2015

Tabella 5.1 Massimo e minimo inporto liquidato nel 2015 per tipo di danno. Per Regioni e P.A.[27]

	P.A. Bolzano		P.A. Trento		Piemonte		Puglia		Sardegna		Umbria		Valle d'Aosta		Veneto	
	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min
Danno a cose	€ 5.109	€ 84	€ 2.200	€ 1.100	€ 107.306	€ 350			€ 355	€ 179	€ 2.102	€ 501			€ 5.570	€ 1
Decesso	€ 15.000	€ 15.000	€ 54.880	€ 162	€ 80.000	€ 400	€ 200.000	€ 30.000			€ 800.000	€ 90.000			€ 600.000	€ 2.500
Lesioni personali	€ 230.000	€ 150	€ 499.000	€ 82	€ 90.000	€ 130	€ 25.000	€ 700	€ 1.454	€ 1.454	€ 1.150.000	€ 2.100	€ 100.000	€ 46.202	€ 480.000	€ 7
Lesione diritti giuridicamente rilevanti	€ 6.642	€ 6.000	€ 1.000	€ 1.000									€ 10.000	€ 10.000		
Non specificato o interpretabile					€ 30.000	€30.000										
Altro	€ 5.353	€ 5.353			€ 25.000	€ 45	€ 8.000	€ 1.200			€ 2.730	€ 825			€ 10.000	€ 3

[27] Il dato relativo alla Regione Toscana non è disponibile

Il presente rapporto intende rispondere alla crescente urgenza con cui viene avvertita, a tutti i livelli, la necessità di rilevare e monitorare le informazioni inerenti le denunce di sinistri avanzate nei confronti delle strutture sanitarie, sia per le implicazioni di carattere economico connesse al volume e alle caratteristiche del contenzioso, che per la rilevanza che dette informazioni possono avere nella definizione di strategie di gestione del rischio clinico e nella messa a punto di adeguati modelli organizzativi per la gestione del rischio RCT/O.

Il documento rappresenta il secondo rapporto annuale sul monitoraggio delle denunce di sinistri, realizzato dall'Osservatorio Nazionali Sinistri in accordo al mandato ricevuto dall'Intesa Stato – Regioni del 2008[28] e dal Decreto Ministeriale dell'11/12/2009 recante l'istituzione del sistema informativo SIMES.

Il rapporto fa riferimento ai dati sulle denunce di sinistri di 20 Regioni e Province Autonome, trasmessi al SIMES secondo le modalità previste per la trasmissione dei contenuti informativi all'NSIS[29], in accordo all'art. 5 del summenzionato DM 11/12/2009[30]. Trattasi in particolare delle denunce di sinistri (richieste di risarcimento danni, denunce cautelative, notifiche di atti giudiziari civili e penali) avanzate nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche nell'anno 2015.

Esso rappresenta il risultato di una fruttuosa collaborazione tra Regioni e Province Autonome, Agenas e Ministero della Salute.

In esso è inoltre contenuta una dettagliata analisi dei modelli adottati dalle Regioni e Province Autonome per la gestione del rischio RCT/O nel 2016, ad aggiornamento degli analoghi lavori realizzati da Agenas nel 2009 e nel 2013[31]. Quale effettivo ampliamento dell'ambito di studio

[28] [28] Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e delle cure

[29] Con eccezione della Regione Toscana che ha fornito direttamente i dati rilevati ed elaborati dal sistema regionale

[30] art.5 del DM 11/12/2009 "Nel confermare la previsione di cui all'art. 2, comma 1, in ordine alla decorrenza, dal 1° gennaio 2011 il conferimento dei dati, nelle modalita' e nei contenuti di cui al presente decreto, è ricompreso fra gli adempimenti cui sono tenute le regioni per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, ai sensi dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-regioni il 23 marzo 2005 e successive integrazioni e modifiche"

[31] Rapporto sull'indagine relativa ai sistemi regionali di gestione sinistri – 2009 (http://www.agenas.it/images/agenas/rischio_clinico/Indagine_regionali_gest_sinistri_2009.pdf)
Indagine sui modelli regionali di gestione sinistri e polizze 2013 (http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/14_indagine_sui_modelli_regionali_sinistri.pdf)

dell'Osservatorio, viene anche presentata una panoramica delle principali caratteristiche delle polizze assicurative stipulate dalle Regioni e/o dalle Aziende per la copertura del rischio RCT/O. Con l'obiettivo di rendere disponibili le informazioni alle Regioni e alle organizzazioni sanitarie impegnate nella definizione della struttura organizzativa per la gestione del contenzioso, viene anche fornito un quadro dei modelli organizzativi adottati ai vari livelli per la gestione operativa dei sinistri.

In considerazione della puntuale contestualizzazione dei dati relativi alle denunce sinistri nell'ambito della descrizione dei modelli adottati da ciascuna Regione per la gestione del rischio RCT/O, e in accordo al percorso, condiviso con le Regioni, di progressivo ampliamento della diffusione dei contenuti del monitoraggio, in un'ottica di piena trasparenza ed accountability, si è deciso, previo assenso delle singole Regioni e Province Autonome alla pubblicazione in chiaro dei propri dati regionali, di presentare nel rapporto 2015 i dati aggregati a livello regionale. Mentre per l'anno 2014 i dati di livello regionale erano stati trasmessi, in forma riservata e non divulgabile, unicamente al Signor Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin, la diffusione pubblica riguarda, per l'anno 2015, i dati aggregati a livello nazionale e regionale. Ciò anche in considerazione degli stimoli alla disclosure e alla trasparenza contenuti nelle previsioni del DDL 2224 sulla responsabilità professionale che all'articolo 4.3 dello schema approvato dalla Camera dei Deputati contempla "*Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono altresì disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario*".

I dati vengono presentati in forma aggregata a livello regionale con l'unica finalità di promuovere l'avvio di un processo virtuoso di miglioramento. Essi non sono da intendersi per il confronto inter-regionale e non si prestano ad utilizzi finalizzati a scopi differenti dal miglioramento.

L'elaborazione del rapporto ha consentito l'evidenziazione di alcuni aspetti suscettibili di ampio miglioramento, sia in termini di contenuti oggetto di rilevazione, che delle stesse modalità di rilevazione e di rappresentazione. In accordo con quanto previsto dall'art. 2 comma 6 del DM 11/12/2009, con l'obiettivo di verificare, aggiornare e migliorare i contenuti

informativi del SIMES/Denunce Sinistri, è stato nel 2016 costituito un gruppo di lavoro di Regioni autocandidatesi all'interno del Comitato Tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, i cui lavori avranno avvio in parallelo alla ripresa delle attività del suddetto Comitato. Obiettivo del lavoro sarà la risoluzione di alcune criticità e l'aggiornamento dei contenuti e delle procedure previste per il monitoraggio delle denunce sinistri. Si riporta a titolo di esempio, un elenco non esaustivo delle questioni che potranno essere trattate all'interno del gruppo di lavoro:

- Definizione dell'ambito di azione del monitoraggio (strutture pubbliche o anche private);
- Riclassificazione delle "cause" di sinistro;
- Verifica, con riferimento all'indicatore "Sinistri per età", della possibilità di inserire anche valori minori dell'anno di nascita del danneggiato (es: casi in cui il sinistro sia avvenuto nella fase diagnostico/prenatale);
- Rianalisi dell'indicatore "indice di sinistrosità regionale";
- Verifica della possibilità di abilitare la doppia selezione per il tipo di procedimento
- Analisi della fattibilità di un eventuale sistema di verifica della qualità dei dati (audit)

Si ritiene, a conclusione, meritevole di menzione, l'efficacia dello sforzo compiuto dalle Regioni e dalle organizzazioni sanitarie nel riappropriarsi di dati sanitari per molto tempo ceduti, insieme alla delega della gestione della materia, a soggetti esterni al Sistema Sanitario.
Lungi dalla convinzione della necessità di avanzare giudizi in merito ai modelli organizzativi adottati dalle Regioni per la gestione del rischio RCT/O, costituisce un sicuro successo di tutti i sistemi sanitari regionali, e del Sistema Sanitario Nazionale più in generale, la creazione e il consolidamento di fonti informative interne anche sulla materia del contenzioso sanitario.

IL GRUPPO DI LAVORO

AGENAS	GIOVANNI CARACCI
	BARBARA LABELLA
	ROBERTA DE BLASI
	GIULIA DE MATTEIS
	VITTORIA BIANCOFIORE
REGIONE ABRUZZO	ANGELO MURAGLIA LUIGIA CALCALARIO
REGIONE BASILICATA	MARIA LUISA ZULLO
REGIONE CALABRIA	ROSALBA BARONE FRANCESCA FRATTO
REGIONE CAMPANIA	MARCELLO PEZZELLA
	ANTONIO POSTIGLIONE
REGIONE EMILIA ROMAGNA	MARIA TERESA MONTELLA OTTAVIO NICASTRO ALESSANDRA DE PALMA ELEONORA VERDINI DONATA DAL MONTE
LAZIO	FABIO ANDREASI BASSI ROSSELLA CARICATI ANGELO PERNASETTI
LIGURIA	SERGIO VIGNA ALESSANDRA MOISELLO BRUNO BUONOPANE
LOMBARDIA	DAVIDE MOZZANICA CHIARA PICCHETTI SARA POIDOMANI
MARCHE	ALBERTO DEALES ALBERICO MARCOBELLI
MOLISE	PAOLA SABATINI CARLO CAMPOBASSO GABRIELLA RUZZI PAOLO SCARANO
P.A. BOLZANO	HORAND MEIER FLAVIA BASILI
P.A. TRENTO	CAMILLA MATTIUZZI
PIEMONTE	MIRELLA ANGARAMO
PUGLIA	ALESSANDRO DELL'ERBA FIORENZA ZOTTI
SARDEGNA	RITA PILLONI
SICILIA	GIUSEPPE MUROLO
TOSCANA	RICCARDO TARTAGLIA TOMMASO BELLANDI ELISABETTA FLORE
UMBRIA	PAOLA CASUCCI TIZIANA BACELLI MAURIZIO VALOROSI
VALLE D'AOSTA	LAURA GULLONE DANIELA TARELLO
VENETO	MATTEO CORRADIN BARBARA CAMERIN MARINA BRATTINA

Si ringraziano per la collaborazione i Servizi Informativi Agenas: Ing. Giulio Siccardi, Ing. Fortunata La Valle, Dr. Stefano Parisi.

Si ringrazia la Direzione Generale della Digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica del Ministero della Salute.

Si ringraziano per i contributi forniti:
ASL Lanciano – Vasto – Chieti: U.O.C Affari Generali e Legali
ASL Pescara: Dr. Fabrizio Verì, titolare p.o. Affari Generali e Assicurativi; Dr.ssa Francesca Rancitelli, Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali
ASL Avezzano – Sulmona – L'Aquila: Dr. Rinaldo Tordera, Direttore Generale; Dr.ssa M. Clara Fiorenza Direttore U.O.C Affari Generali
ASL Teramo: Avv. Roberto Fagnano, Direttore Generale; Dr. Ercole D'Annunzio, Dr.ssa Emanuela Grimaldi
ASL Roma 1: Dr. Angelo Tanese, Commissario Straordinario; Dr.ssa Gloria Ciccarelli, UOS Contratti convenzioni assicurazioni ex Asl RMA
ASL Roma 2: Ufficio Assicurativo, Ufficio Affari Istituzionali, Ufficio Affari Generali ex ASL RMB; Direttore U.O.C. Affari Generali ex RMC
ASL Roma 3: Dr. Giuseppe Legato Commissario Straordinario; Dr. Vittorio Chinni Direttore Generale U.O.C. Qualità, Sicurezza e Gestione del Rischio
ASL Roma 4: Dr. Giuseppe Quintavalle, Direttore Generale
ASL Roma 6: Dr. Fabrizio D'Alba Direttore Generale, Dr. Francesco Marchitelli, U.O.C. AA. GG. ed Istituzionali
ARES 118: Dr.ssa Maria Paola Corradi, Direttore Generale; Dr. Gianfranco Ventura Direttore Amministrativo F.F.; Dr.ssa Fulvia Casati, Direttore UOC Affari Generali
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata: Dr.ssa Ilde Corio, Direttore Generale; Dr.ssa Maria Rita Corsetti Direttore UOC Atti e Procedimenti Giuridico Amministrativi Contratti e Convenzioni

Azienda Ospedaliera Sant'Andrea: Dr. Giuseppe Caroli, Commissario Straordinario; Dr.ssa Stefania Marconi Dirigente della UOS AA.GG.

IFO e IRCCS Spallanzani: Dr.ssa Marta Branca, Commissario Straordinario

Policlinico Umberto I: Ufficio Attività Stragiudiziale e Assicurativa

Policlinico Tor Vergata: Dr. Francesco Cosi, Direttore del Dipartimento Affari Istituzionali, Generali e Giuridico Amministrativi - UOC Affari Istituzionali, Generali e Legali; Dr.ssa Cecilia Monaco

ASL Viterbo: Dr.ssa Annunziata Minopoli, Direttore U.O.C. Affari Generali e Relazioni Esterne

ASUR Marche: Avv. Lucia Cancellieri, Area Affari Generali e Contenzioso

AOU Ospedali Riuniti di Ancona: Dr. Andrea Soccetti, Risk Manager

INRCA: Dr.ssa Irene Leonelli, Responsabile Affari Legali e Contenzioso

BIBLIOGRAFIA

[1] Beckmann J.P., *Nursing Negligence: Analyzing Malpractice in the Hospital Setting*, SAGE Publications, 20 mar 1996

[2] Benson J.S., Coogan C.L., *Urological Malpractice: Analysis of Indemnity and Claim Data From 1985 to 2007*, The Journal of Urology Volume 184, Issue 3, September 2010, Pages 1086–1090

[3] 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

[4] Bismark M., Spittal M. J., Gogos A. J., et al, Remedies sought and obtained in healthcare complaints, BMJ Qual Saf 2011 20: 806-810

[5] 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.

[6] 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

[7] Brennan T.A, Leape L.L, Laird N.M, Hebert L, Localio A.R, Lawthers A.G, et al. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: Results of the Harvard medical practice study* I New England Journal of Medicine, 324 (6) (1991), pp. 370–376

[8] Cohen D., Chan S. B., Dorfman M. *Malpractice Claims on Emergency Physicians: Time and Money*, The Journal of Emergency Medicine, Volume 42, Issue 1, January 2012, Pages 22–27

[9] Cohen D., Klyve-Wood M., Chan S., *Trends in Malpractice Claims on Emergency Physicians: Time and Money*, Annals of Emergency Medicine Volume 64, Issue 4, Supplement, October 2014

[10] Committee to Study Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care, Institute of Medicine, *Medical Professional Liability and the Delivery of Obstetrical Care:Volume II, An Interdisciplinary Review*, National Academies Press, 01 gen 1989

[11] Danzon P.M., *Medical Malpractice: Theory, Evidence, and Public Policy*, Harvard University Press, 1985

[12] Fenn P, Diacon S, Gray A, Hodges R, Rickman N, Current cost of medical negligence in NHS hospitals: analysis of claims database, BMJ 2000

[13] Harvey H. B., Tomov E., Babayan A., Dwyer K., Bolanda S., Pandharipande P.V., Halpern E.F., Alkasab T.K., Hirsch J.A., Schaefer P.W., Boland G.w., Choy G., *Radiology Malpractice Claims in*

the United States From 2008 to 2012: Characteristics and Implications, Journal of the American College of Radiology, 9 October 2015

[14] Karcz A., Korn R., Burke M.C. , Caggiano R., Doyle M. J., Erdos M. J., Green E. D., Williams K. *Malpractice Claims Against Emergency Physicians in Massachusetts: 1975-1993*, American Journal Of Emergency Medicine , Volume 14, Number 4 , July 1996

[15] Kenneth P. Miller, *Malpractice: Nurse Practitioners and Claims Reported to the National Practitioner Data Bank*, The Journal for Nurse Practitioners, Volume 7, Issue 9, October 2011, Pages 761–763, 773

[16] Kessler D. P. *Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform*, J Econ Perspect. 2011 Spring; 25(2): 93–110.

[17] 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.

[18] Leape L.L, Brennan T.A, Laird N, Lawthers A.G, Localio A.R, Barnes B.A, et al. *The nature of adverse events in hospitalized patients*, New England Journal of Medicine, 324 (6) (1991), pp. 377–384

[19] Localio A.R, Lawthers A.G, Brennan T.A, Laird N.M, Hebert L.E, Peterson L.M, et al. *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) (1991), pp. 245–251

[20] Marshall, D. C. , Punglia, R. S., Fox D., Recht A., Hattangadi-Gluth J. A., *Medical Malpractice Claims in Radiation Oncology: A Population-Based Study 1985-2012*, International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics, Volume 93, Issue 2, 1 October 2015, Pages 241–250

[21] Metzner J., Posner K.L., Lam M. S., Domino K.B., *Closed claims' analysis*, Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 25 (2011) 263–276

[22] Michelle M., Mello D., Hemenwa, Medical malpractice as an epidemiological problem, Social Science & Medicine 59 (2004) 39–46

[23] Morgan J. L., Vijh R., *Trends in malpractice litigation in relation to the delivery of breast care in the National Health Service*, The Breast Volume 22, Issue 5, October 2013, Pages 964–967

[24] Nauss M., Mucha J., Schultz L., *Emergency Medicine Malpractice Claims: One Medical Group's Experience*, Annals of Emergency Medicine, Volume 66, Issue 4, Supplement, October 2015

[25] Orosco R.K, Talamini J.D, Chang D.C , Talamini M. A *Patterns and predictors of settlement amounts from surgical malpractice claims in the United States, 1990-2006*, Surgical Forum Abstracts, Vol. 213, No. 3S, September 2011

[26] Stafford N. – *Hamburg German insurers call for central database of complaints against doctors* - BMJ 2016; 353:i2815 doi: 10.1136/bmj.i2815. Published 18 May 2016

[27] Studdert D.M, Thomas E.J, Burstin H.R, Zbar B.I, Orav J, Brennan T.A, *Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado*, Medical Care, 38 (3) (2000), pp. 250–260

[28] Thomas E.J, Studdert D.M, Burstin H.R, Orav E.J, Zeena T, Williams E.J, et al. *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado*, Medical Care, 38 (3) (2000), pp. 261–271

[29] Weiler P.C., Hiatt H., Newhouse JP, Johnson W G, Brennan T., Leape L., *A Measure of Malpractice- Medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation*, Harvard University press, 1993

[30] Wennberg,J. E. ; Roos N.; Sola L.; Schori A.; Jaffe R., Use of Claims Data Systems to Evaluate Health Care Outcomes: JAMA. 1987

REGIONE ABRUZZO	
Modello di gestione	Non è stata adottata una politica Regionale. Sono presenti Aziende in gestione mista con franchigia e con SIR
Livello di gestione	Aziendale
ASL PESCARA	**Gestione Mista con franchigia**
Compagnia	AM TRUST Europe Limited
Durata del contratto	30/04/2013 al 30/04/2016 con proroga la 30/04/2017
Clausole	Claims made, ultrattività, retroattività, clausola broker, recesso e rinnovo, estensioni e precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio, clausola modalità di pagamento/regolazione del premio
Franchigia	Per sinistro € 100.000,00 aggregata € 2.500.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Tassi lordi sull'importo base delle retribuzioni erogate di competenza dell'annualità di riferimento; azioni di gestione del rischio clinico non influenzino la sua determinazione che può essere influenzata dall' ammontare di riserve dei risarcimenti apposte dalla compagnia e dal valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno
Ricorso al Broker	Sì
Compagnia di brokeraggio	RTI Mediass GPNGBS/GPA
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	U.O.C. Affari Generali e Legali e dalla U.O.S. Rischio Clinico con la collaborazione del broker
Unità di medicina legale	presente
ASL TERAMO	**Gestione Mista con franchigia**
Compagnia	AM Trust Europe Limited
Durata del contratto	01.01.2015/31.12.2017
Clausole	Ultrattività, retroattività, clausola broker, recesso, estensioni e precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio, clausola modalità di pagamento/regolazione del premio
Franchigia	€ 200.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Numero sinistri, sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti, valore di quelli versati; offerta delle compagnie tiene conto del grado di sinistrosità dell'Azienda e delle politiche di gestione del rischio clinico
Ricorso al broker	Sì
Compagnia di brokeraggio	Assiteca SPA

Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Comitato Valutazione Sinistri composto da coordinatore (il direttore UOC medicina legale) e segretario (funzionario direttivo/dirigente amministrativo)
Unità di medicina legale	Sì
ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI	**Gestione Mista con franchigia**
Compagnia	AM Trust Europe
Durata del contratto	30.06.2015 al 31.12.2017
Clausole	Claims made, retroattività, recesso, rinnovo, estensioni e precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e clausola modalità di pagamento/regolazione del premio
Franchigia	€ 250.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Numero sinistri, sinistri denunciati, valore degli indennizzi richiesti, valore di quelli versati ma anche dalle azioni di gestione del rischio
Ricorso al broker	No
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Ufficio Affari Generali e Legali
Unità di medicina legale	Sì
ASL AVEZZANO - SULMONA - L'AQUILA	**Gestione Mista con SIR**
Importo della SIR	€ 250.000,00;
Compagnia	AM Trust Europe
Durata del contratto	30 mesi e scadenza al 31/12/2016
Clausole	Claims made, clausole di retroattività della polizza, recesso, estensione di garanzia, precisazioni di garanzia e clausole in caso di variazione del rischio
Metodo per il calcolo del premio	Sulla base delle retribuzioni dei dipendenti; può essere influenzato dal numero sinistri ma non dalle azioni di gestione del rischio clinico
Ricorso al broker	No
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	UOC Affari Generali
Unità di medicina legale	Sì

REGIONE BASILICATA	
Modello di gestione	Gestione Diretta
Livello di gestione	Regionale
Fondo	Istituito in capo alla Regione garantisce la copertura degli esborsi; è posto in bilancio delle singole aziende sulla base degli importi dei risarcimenti mediamente erogati nel corso degli ultimi 5 anni
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	In Regione non è previsto un ufficio gestione sinistri, la gestione è aziendale - Dipartimento Interaziendale Gestione Sinistri
Unità di medicina legale	Presente all'interno delle aziende sanitarie locali

REGIONE CALABRIA	
Modello di gestione	Gestione mista con franchigia
Livello di gestione	Regionale
Compagnia	AM Trust Europe
Durata del contratto	al 31.12.2020
Clausole	Retroattività, precisazioni garanzia (soprattutto con riferimento a quelle di esclusione) e di estensione di garanzia
Franchigia	Fissa per sinistro di € 100.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Contratto non soggetto a regolazione essendo il premio calcolato in forma "flat" per tutta la durata dell'assicurazione
Ricorso al Broker	Sì
Compagnia di brokeraggio	AON S.p.A.,
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Ogni Azienda ha un Comitato Valutazione Sinistri

REGIONE CAMPANIA	
Modello di gestione	Non è stata adottata una politica Regionale. Sono presenti Aziende in gestione mista (7 con franchigia e una con SIR) e Aziende in gestione diretta (3)
Livello di gestione	Aziendale
AZIENDE IN GESTIONE MISTA	
Polizza	Polizza contratta con gara europea
Durata del contratto	Da 1 a 4 anni
Clausole	Claims made, ultrattività, retroattività, clausola broker, recesso e rinnovo, estensioni e precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio, clausola modalità di pagamento/regolazione del premio
Franchigia	€ 100.000,00 per 4 aziende 1 azienda è in fase di gara 1 azienda ha una SIR di € 500.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Rapporto S/P (analisi della sinistrosità pregressa registrata negli ultimi 3/5 anni) e analisi dei rischi aziendali; le azioni di prevenzione del rischio possono influire sulla valutazione finale
Ricorso al Broker	Solo alcune
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Unità operative denominate AA.GG.LL, AA. LL; in alcuni casi AA.GG. con ufficio sinistri e Unità operativa di Assistenza Giuridico/Legale
Unità di medicina legale	presente
AZIENDE IN GESTIONE DIRETTA	**Gestione Assicurativa**
Fondo	In sede di esercizio di bilancio viene determinato il fondo per la copertura dei sinistri insieme ad altre due voci che compongono il Fondo Rischi, 1/12v pro-mese dell'importo dell'ultimo premio assicurativo RCT/O pagato
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Unità operative denominate AA.GG.LL, AA. LL; in alcuni casi AA.GG. con ufficio sinistri e Unità operativa di Assistenza Giuridico/Legale
Unità di medicina legale	Presente

REGIONE EMILIA ROMAGNA	
Modello di gestione	Gestione Diretta Fanno eccezione AOU Ferrara, USL di Ferrara, Istituto Ortopedico Rizzoli
Livello di gestione	Regionale Gestione aziendale fino a € 250.000; cogestione Azienda - Regione sopra la soglia dei € 250.000
Il modello	Prima fascia: enti provvedono direttamente ed esclusivamente con risorse del proprio bilancio a corrispondere ai risarcimenti, provvedendo in via preliminare alla valutazione della sussistenza della responsabilità e alla determinazione del *quantum*; Seconda fascia: Regione ed enti collaborano nella gestione dei sinistri
Fondo	fondo regionale e accantonamenti aziendali per la gestione dei sinistri determinati mediante costante valutazione da parte delle Aziende su riserve e accantonamenti; quando viene superata la soglia se ne invia comunicazione alla Regione
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Aziende garantiscono l'organizzazione integrata delle diverse componenti della gestione del rischio e adottano un proprio Programma Aziendale. Prevista obbligatorietà di alcune figure e organismi: medico legale interno, struttura legale e/o assicurativa, Comitato Valutazione Sinistri. Con riferimento alla gestione dei sinistri entro la soglia di € 250.000, su richiesta dell'Azienda, potrà essere previsto un intervento del Nucleo di Valutazione
Unità di medicina legale	presente
AOU Ferrara, USL di Ferrara, Istituto Ortopedico Rizzoli	**Gestione Mista con Franchigia**
Compagnia	Am Trust
Franchigia	€ 250.000,00

REGIONE LAZIO	
Modello di gestione	Non è stata adottata una politica regionale. Delle Aziende che hanno risposto al questionario: 8 sono in gestione diretta, 3 in gestione mista con SIR e 2 in gestione mista con franchigia
Livello di gestione	Aziendale
ASL ROMA 1*	**Gestione Diretta**
Il Fondo	Gli accantonamenti per la copertura dei sinistri vengono determinati mediante una stima del danno, anche alla luce di una pretesa iniziale e una eventuale rivalutazione, in decremento o incremento, in corso di trattazione del caso
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	UOS Contratti Convenzioni e Assicurazione, incardinata all'interno dello UOC A/fari Generali ex ASL Roma A
Unità Medicina legale	Rete di Medicina Legale ex ASL Roma A e del Dipartimento di medicina Legale della ex Roma E
* sono in corso le procedure di evidenza pubblica per l'affidamento a terzi del rischio RCT/O	
ASL ROMA 3	**Gestione Diretta**
Il Fondo	Il CAVS valuta le richieste di risarcimento danni che pervengono all'Azienda e definisce l'importo da appostare a riserva; a completamento dell'istruttoria si provvede ad aggiornare l'importo appostato.
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	UOC Qualità sicurezza e gestione del rischio
Unità Medicina legale	Presente
ASL ROMA 4*	**Gestione Diretta**
Il Fondo	costituzione di un apposito fondo rischi per la copertura economica dei sinistri. l'Azienda procede alla valutazione del danno presunto relativo ai singoli sinistri, allo scopo costituendo un accantonamento nel relativo fondo riserva oggetto, se del caso, di aggiornamento e revisione
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	non esiste una struttura specificamente dedicata alla gestione dei sinistri, gestione che viene vicariata delle attività svolte dalla USD Affari Istituzionali e Legali
*Regime provvisorio di autoassicurazione	
ASL ROMA 6	**Gestione Diretta**
Il Fondo	La consistenza del Fondo rischi è dimensionata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale. Il fondo da appostare in Bilancio viene calcolato applicando il principio contabile della "competenza" e non della ''cassa", in adempimento a quanto stabilito dal D.lgs. n.118/2011
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	U.O.C. Affari Generali ed Istituzionali
ARES 118	**Gestione Diretta**

Il Fondo	Accantonamento mensile di € 41.000, 00, per un importo di € 492.000,00 per gli anni 2012/2013/2014. Per l'anno 2015 è stato disposto di integrare la somma accantonata per la responsabilità civile verso terzi nell'anno 2014 per un importo pari a € 992.908,00, nonché di accantonare per l'anno 2015 la somma di € 1.500.000 quantificata in via prudenziale sulla base dell'andamento della sinistrosità anno 2014
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	UOC Affari Generali
Unità Medicina legale	Non presente
AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA	**Gestione Diretta**
Il Fondo	Istituzione nel bilancio aziendale di un fondo rischi, per un importo di € 5.000.000 al fine di consentire all'Azienda di ottemperare alla liquidazione dei danni definiti in via stragiudiziale e transattiva
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Area Legale - U.O.S.D Attività Amministrativa Legale
AO SANT'ANDREA	**Gestione Diretta**
Il Fondo	Determinato in base alle valutazioni di natura medico legale ed alle determinazioni assunte dal Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	UOC Risk Management, con il supporto della UOS Affari Generali e Consulenza Giuridica
IFO	**Gestione Diretta**
A decorrere dal 20/03/2016 gli Istituti sono in regime di autotutela. Si precisa che è in corso di espletamento una procedura aperta per il servizio assicurativo RCT/O.	
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	U.O.C. Affari Generale - U.0.S. Assicurazioni e Contenzioso
Unità Medicina legale	Non prevista
ASL ROMA 2 - EX RM B	**Gestione mista con franchigia**
Compagnia	AM TRUST
Durata del contratto	Annuale al 31/07/2016
Clausole	Claims made, di retroattività della polizza, clausola broker, facoltà di recesso, estensioni di garanzia, clausole di precisazioni di garanzia, in caso di variazione del rischio e clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio
Franchigia	€ 50.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Al premio e alle retribuzioni erogate ai dipendenti viene applicato un tasso percentuale. Numero sinistri, sinistri denunciati, valore degli indennizzi richiesti valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno, possano influenzare la determinazione del premio. Il tasso per la determinazione del premio di polizza tiene conto anche di altre informazioni contenute in uno specifico questionario redatto in collaborazione

	col broker. Si ritiene che il valore del premio non sia calcolato in base alle azioni di gestione del rischio clinico.
Ricorso al Broker	Sì
Compagnia di brokeraggio	AON SpA (in scadenza)
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Ufficio Assicurativo nell'ambito della UOC Affari Generali
Unità di medicina legale	Presente
ASL ROMA 2 – EX RMC	**Gestione mista con franchigia**
Compagnia	Cattolica Assicurazioni, ora AIM Underwriting Agency S.r.l
Durata del contratto	Annuale al 30/06/2016
Clausole	Claims made, di retroattività della polizza, facoltà di recesso, clausole di rinnovo, estensioni di garanzia, clausole di precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio, clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio
Franchigia	€ 50.000
Metodo per il calcolo del premio	Calcolato applicando il tasso lordo del promille all'ammontare degli emolumenti annui lordi erogati ai prestatori di lavoro. Si ritiene che il numero di sinistri, i sinistri denunciati, il valore degli indennizzi richiesti e il valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno, possano influenzare la determinazione del premio e che il valore dello stesso non sia calcolato in base alle azioni di gestione del rischio clinico
Ricorso al Broker	No
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Ufficio Assicurativo nell'ambito della UOC Affari Generali
Unità di medicina legale	Presente
IRCCS SPALLANZANI	**Gestione mista con franchigia**
Compagnia	Lloyd's of London
Durata del contratto	In scadenza al 31.07.2016 con possibilità di rinnovo annuale
Clausole	Claims made, di ultrattività e retroattività, broker, di recesso, di rinnovo, estensioni di garanzia e di precisazioni della garanzia
Franchigia	€ 100.000
Metodo per il calcolo del premio	Deve essere rappresentato agli assicuratori lo stato di rischio dell'Istituto; solitamente viene compilato un questionario che fornisce tutte le informazioni necessarie per quotare il rinnovo della polizza. Sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possano influenzarne la determinazione. Il valore del premio viene anche calcolato in base alle azioni di gestione del rischio.

Ricorso al Broker	Sì
Compagnia di brokeraggio	AON S.p.A.
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	l'U.O.C. Affari Generali - U.O.S. Assicurazioni e Contenzioso
Unità di medicina legale	Non previsto
POLICLINICO UMBERTO I	**Gestione mista con SIR**
Compagnia	Berkshire Hathaway
Durata del contratto	Annuale
Clausole	Claims made, broker, di recesso, di rinnovo, estensioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e modalità di pagamento (regolazione) del premio
SIR	€ 350.000
Metodo per il calcolo del premio	Deve essere rappresentato agli assicuratori lo stato di rischio dell'Azienda. Si ritiene che sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possano influenzarne la determinazione. Il valore del premio viene anche calcolato in base alle azioni di gestione del rischio
Ricorso al Broker	Sì
Compagnia di brokeraggio	AON SpA
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	IPAS Ufficio Affari Legali e Contenzioso Attività Stragiudiziale e Assicurativa
Unità di medicina legale	Presente
POLICLINICO TOR VERGATA	**Gestione mista con SIR**
Compagnia	AM TRUST EUROPE LIMITED SpA sino al 30.04.16 e con la compagnia assicurativa SHAM dal 01.05.16. A far data dal 15.02.16
Durata del contratto	Contratto di 12 mesi a far data dall'01.05.16, con opzione di rinnovo per ulteriori 12 mesi
Clausole	Claims made, clausola di retroattività, facoltà di recesso, clausola di rinnovo, estensioni di garanzia, clausola di precisazioni di garanzia, clausole in rischio variazione del rischio
SIR	€ 250.000,00 fino al 30.04.2016 ed € 220.000,00 fino al 1.05.2016
Metodo per il calcolo del premio	È stato previsto in sede di disciplinare di gara uno sconto percentuale (7,5%) sul premio imponibile di polizza a valere *pro rata temporis* successivamente alla data del rilascio della certificazione di ente terzo del modello di gestione del rischio clinico. Il premio annuo lordo nella vigente polizza è fisso e non soggetto a regolazione premio a conguaglio. Sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possano influenzarne la determinazione.
Ricorso al Broker	Scaduto e non rinnovato; fino al 15.02.16 il Broker Marhs SpA

Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	UOC Affari Istituzionali, Generali e Legali
Unità di medicina legale	Presente
ASL VITERBO	**Gestione mista con SIR**
Compagnia	AmTrust Europe Limited
Durata del contratto	Due anni per il periodo: 31/03/2016 - 31/03/2018
Clausole	Claims Made, broker e facoltà di recesso
SIR	€ 350.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Attribuendo una percentuale (tasso di premio) alle retribuzioni erogate al personale dipendente dall'Azienda. Sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e indennizzi versati dalla compagnia nell'anno possono influenzarne la determinazione. Il valore del premio viene anche calcolato in base alle azioni di gestione del rischio. Viene fornito un esatto stato di rischio, con le informazioni necessarie agli assicuratori, contenute nello specifico questionario redatto e presentato in fase di gara per il rinnovo della polizza.
Ricorso al Broker	Sì
Compagnia di brokeraggio	AON S.p.A.
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Ufficio Assicurativo in collaborazione con l'Ufficio Legale entrambi afferenti alla UOC Affari Generali e Relazioni Esterne; per la parte relativa alle Medical Malpractice si interfaccia con l'ufficio Responsabilità Professionale afferente alla UO Medicina Legale
Unità di medicina legale	Presente

REGIONE LIGURIA	
Modello di gestione	Gestione Diretta
Livello di gestione	Regionale
Fondo	Fondo in capo alla Regione garantisce copertura degli esborsi che le Aziende devono effettuare ogni anno, per ciascun sinistro liquidato e delle spese di funzionamento del sistema. Il calcolo del fondo viene effettuato dal Loss Adjuster che, con calcoli di matematica attuariale e statistica, individua per ogni sinistro denunciato l'importo che presumibilmente potrebbe essere liquidato. Tale importo viene posto a riserva.
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Presso ogni Azienda/Ente è previsto un Ufficio competente per la gestione dei sinistri (Struttura Affari Legali, Struttura Affari Generali e Legali o struttura equivalente)

REGIONE LOMBARDIA	
Modello di gestione	Gestione Mista con SIR
Livello di gestione	Regionale ma la gestione della polizza avviene a livello aziendale
Compagnia	80% AM Trust; 20% XL Insurance
Durata del contratto	3 anni + 3
Clausole	claims made con clausole di retroattività medica circa 10/12 anni
SIR	Da € 250.000,00 a € 500.000,00
Metodo per il calcolo del premio	contratto non soggetto a regolazione essendo il premio calcolato in forma "flat" per tutta la durata dell'assicurazione
Ricorso al Broker	Si
Compagnia di brokeraggio	AON regionale; alcune Aziende si avvalgono singolarmente del supporto del broker (MARHS, WILLIS, AON e ITAL BROKER)
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Ogni Azienda dispone di un' organizzazione interna solitamente: uno o più responsabili legali, un avvocato interno, un medico legale (interno/esterno) e personale di supporto. A livello sovraziendale: presenti n. 4 raggruppamenti che forniscono consulenza per i sinistri maggiormente difficoltosi. Sono previsti un coordinatore medico legale e un avvocato.
Unità di medicina legale	È previsto ma non in tutte le Aziende Ospedaliere è presente un medico legale interno; alcune si avvalgono del supporto di quello presente all'interno delle Aziende Sanitarie che si occupano di invalidità oppure della consulenza di medici legali esterni.

REGIONE MARCHE	
Modello di gestione	Non è stata adottata una politica Regionale. Aziende in gestione mista con franchigia o SIR e Aziende in gestione diretta
Livello di gestione	Aziendale
ASUR	**Gestione diretta**
Il modello	Individuazione funzioni/responsabilità del servizio aziendale coinvolto e che partecipa a iter istruttorio funzionale ad adozione di determinazione in merito alla richiesta risarcitoria
Fondo	Determinazione riserve tecniche per sinistri avvenuti, di cui sia pervenuta formale richiesta risarcitoria, in modo che le riserve siano sufficienti a coprirne i relativi costi
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Area Affari Generali
Unità di medicina legale	Presente
AOU OSPEDALI RIUNITI	**Gestione mista con SIR**
Compagnia	AMT Europe
Durata del contratto	triennale dal 1.1.16 al 31.12.18
Clausole	claims made, ultrattività, retroattività, recesso, modalità di pagamento (regolazione) del premio
Franchigia	€ 500.000,00
Metodo per il calcolo del premio	numero sinistri, sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e versati dalla compagnia nell'anno; metodo: calcolo del personale
Ricorso al broker	No
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	ufficio affari generali e CVS
Unità di medicina legale	Presente
INRCA	**Gestione Mista con franchigia**
Compagnia	XL Insurance
Durata del contratto	Triennale
Clausole	Claims made, ultrattività e retroattività, clausola broker, recesso, estensioni di garanzia, precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e di modalità di pagamento (regolazione) del premio
Franchigia	unicamente una franchigia aggregata di € 350.000,00
Metodo per il calcolo del premio	influenzata da numero sinistri, sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e versati dalla compagnia nell'anno. Per il calcolo: al monte stipendi complessivo viene applicato un tasso lordo del 16,49 per mille. Le azioni di gestione del rischio clinico non influenzano la determinazione del valore

Ricorso al broker	Si
Compagnia di brokeraggi	AON
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Ufficio Affari Generali e Legali

REGIONE MOLISE	
Modello di gestione	Gestione mista con franchigia
Livello di gestione	Aziendale
Compagnia	AM TRUST
Durata del contratto	Triennale 2014 – 2017
Clausole	Retroattività
Franchigia	Aggregata € 3.500.000
Metodo per il calcolo del premio	Tassazione delle retribuzioni; azioni di gestione del rischio clinico non influenzano la determinazione del valore. Numero sinistri, sinistri denunciati, valore indennizzi richiesti e versati dalla compagnia nell'anno possono influenzare la determinazione del premio: nelle condizioni di garanzia e di calcolo del premio (art. 12 del contratto di polizza) questi elementi non risultano esplicitamente indicati.
Ricorso al Broker	SI
Compagnia di brokeraggio	ASSIDEA DELTA
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	ufficio assicurazioni ancora aggregato all'UOC Affari legali sebbene con Provvedimento del Direttore Generale del 02.09.2016 viene creato un ufficio gestione sinistri autonomo collocato all'interno dell'UOC affari generali

P.A. BOLZANO	
Modello di gestione	Gestione Assicurativa senza franchigia
Livello di gestione	Azienda Unica
Compagnia	UNIQA OSTERREICH VERSICHERUNGEN A.G.I. VIENNA
Durata del contratto	5 anni, suddiviso in tre più due con scadenza al il 30 giugno 2017, con proroga tecnica di 180 giorni
Clausole	claims made, ultrattività (120 giorni dalla scadenza) e retroattività della polizza (con riferimento a situazioni a partire dal 1/1/96), recesso, estensione della garanzia, precisazione della garanzia (soprattutto nel casi di "esclusione" quando, dunque, la garanzia viene esclusa) e clausole in caso di variazione del rischio.
Franchigia	No
Metodo per il calcolo del premio	mettendo a base i premi imponibili al momento dell'indizione della gara sui quali viene applicato un tasso e un premio lordo. Non viene effettuata la regolazione bensì la revisione del premio su base ISTAT. Le azioni di gestione del rischio clinico non influenzano la determinazione del premio che potrebbe essere influenzato, in caso di nuova gara, dal numero sinistri, sinistri denunciato e dal valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno.
Ricorso al Broker	Solo per poter operare in Italia: la compagnia deve appoggiarsi a un broker per la traduzione dei sinistri italiani
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	L'ufficio deputato alla gestione dei sinistri è inserito all'interno dell'area legale affari generali. A livello della P.A. l'ufficio che si occupa della gestione dei sinistri è l'Unità Operativa Governo Clinico
Unità medicina legale	All'interno di due comprensori è presente internamente all'Azienda

P.A. TRENTO	
Modello di gestione	Gestione mista con franchigia
Livello di gestione	Regionale
Compagnia	CATTOLICA ASSICURAZIONI
Durata del contratto	4 anni e 60 giorni
Clausole	claims made, ultrattività e retroattività della polizza, broker, facoltà di recesso, estensione di garanzia e di precisazioni di garanzia in caso di variazione del rischio.
Franchigia	€ 499.000,00
Metodo per il calcolo del premio	importo a base d'asta, tenuto conto dello storico dei sinistri. Le azioni di gestione del rischio clinico attualmente non determinano il valore del premio che invece può essere influenzato dal numero di sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti, dal valore indennizzi versati dalla compagnia nell'anno e dal numero di punti nascita
Ricorso al Broker	SI
Compagnia di brokeraggio	ATI EURORISK SRL, MARSH SPA E AON SPA – Gara attualmente in corso di aggiudicazione
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	servizio affari generali e legali, nello specifico un ufficio assicurazioni e un ufficio legale
Unità medicina legale	Presente

REGIONE PIEMONTE	
Modello di gestione	Gestione mista con SIR
Livello di gestione	Regionale
Il modello	copertura dei sinistri di valore compreso entro la franchigia di Euro 500.000/1.000.000, attraverso la costituzione di un Fondo Regionale e il trasferimento del rischio eccedente tali franchigie a due compagnie assicurative, attraverso le polizze "Primary" e "Excess Layer" (danni catastrofali)
Compagnia	LLOYD - NEW LINE per polizza Primary ZURICH per Excess Layer
Durata del contratto	3 anni + 3
Clausole	claims made, ultrattività e retroattività della polizza, clausola broker, facoltà di recesso, clausole di rinnovo, estensioni e precisazioni di garanzia, clausole in caso di variazione del rischio e clausola modalità di pagamento (regolazione) del premio
Franchigia	Compresa tra € 500.000,00 e € 1.000.000,00
Metodo per il calcolo del premio	compagnie assicurative partecipanti alle gare effettuano sopralluoghi nelle ASR per valutare i programmi di gestione del rischio clinico attivati; pertanto il premio viene influenzato dal numero dei sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore degli indennizzi richiesti e versati dalla compagnia nell'anno e dalle azioni di gestione del rischio
Ricorso al Broker	SI
Compagnia di brokeraggio	contenzioso in atto sulla gara indetta a livello regionale per l'individuazione del Broker per tutte le ASR; permangono in regime di proroga i contratti di brokeraggio stipulati dalle singole Aziende
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	In 11 ASR la gestione delle pratiche dei sinistri compete alle Strutture Legali, in 7 ASR alle Strutture Patrimonio; in 1 ASR è prevista una Struttura Assicurazioni. La responsabilità gestionale dei sinistri delle Aziende dell'Area rientranti per valore nei limiti del Fondo regionale è affidata ai Comitati sovra-aziendali.

REGIONE PUGLIA	
Modello di gestione	Non vi è una previsione regionale ma ogni azienda propone il suo modello in base alle proprie esigenze. Sono presenti Aziende in gestione mista con SIR e Aziende in gestione diretta
Livello di gestione	Aziendale
Gestione Diretta	
IRCCS pubblici De Bellis e Oncologico di Bari, l'ASL di Bari	
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Area legale con la collaborazione con le ulteriori articolazioni. Gli ufficio sono organizzati in maniera variabile a seconda della organizzazione aziendale. Presso il Policlinico di Bari e gli Ospedali Riuniti di Foggia è presente una unità complessa di Medicina Legale e Rischio Clinico quali unità funzionali
Unità di medicina legale	Presente
Gestione mista con SIR	
Aziende Sanitarie Locali	
Compagnia	AM Trust
Durata del contratto	Variabile a seconda dell'Azienda
Clausole	Variabili a seconda dell'Azienda
SIR	Variabile tra i 150.000 e i 250.000 Euro
Metodo per il calcolo del premio	Il valore del premio viene calcolato in base al numero dei sinistri denunciati, al valore degli indennizzi richiesti e al valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno, viene anche calcolato in base alle azioni di gestione del rischio clinico.
Ricorso al broker	Si
Compagnia di brokeraggio	Assidea e Delta e Italbroker
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Area legale con la collaborazione con le ulteriori articolazioni.
Unità di medicina legale	Presente come unità operativa semplice

REGIONE SARDEGNA	
Modello di gestione	Non è stata adottata una politica Regionale. Sono presenti Aziende in gestione diretta, Aziende in gestione mista con franchigia e SIR, Aziende in regime assicurativo. È in corso di firma una delibera che dovrebbe portare all'adozione di un modello unitario regionale
Livello di gestione	Aziendale
Gestione diretta	
ASL di Sassari e ASL di Carbonia Ufficio per la gestione sinistri: ASL Carbonia Ufficio Affari Generali Ufficio per la gestione sinistri: ASL Sassari Ufficio Legale Presente la medicina legale	
Gestione mista con franchigia	
ASL OLBIA	Compagnia Reale Mutua; franchigia per sinistro € 10.000 e franchigia aggregata € 750.000. Broker: GBS Galizia Ufficio gestione sinistri: Ufficio Affari Generali
ASL NUORO	Compagnia XL Insurance; franchigia per sinistro € 25.000 e aggregata € 1.250.000. Broker: GBS Galizia Presente la medicina legale
ASL LANUSEI	Compagnia Am Trust; franchigia per sinistro € 1.500 e franchigia aggregata € 350.000 Ufficio gestione sinistri: Ufficio Affari Generali Presente la medicina legale
AO BROTZU	Compagnia Am Trust; franchigia per sinistro € 160.000 Ufficio gestione sinistri: in staff alla Direzione Generale Presente la medicina legale
Gestione mista con SIR	
ASL ORISTANO	SIR € 350.000 e la parte sopra soglia è affidata alla compagnia Am Trust Ufficio gestione sinistri: Ufficio Legale Presente la medicina legale
Gestione assicurativa	
ASL SANLURI	Reale Mutua Ufficio gestione sinistri: Ufficio Legale
ASL CAGLIARI	LIG Insurance Broker: RTI Janua lonham Ufficio gestione sinistri: Ufficio Legale Presente la medicina legale
AOU SASSARI	Reale Mutua Ufficio gestione sinistri: Ufficio Affari Generali Presente la medicina legale

AOU CAGLIARI	LIG Insurance Ufficio gestione sinistri: Ufficio Legale Presente la medicina legale
Metodo per il calcolo del premio	La determinazione del premio può essere influenzata dal numero di sinistri, dai sinistri denunciati, dal valore indennizzi richiesti e da quello degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno; il valore è comunque l'esito di una gara per azienda. Non si ritiene che il valore del premio venga calcolato anche in base alle azioni di gestione del rischio clinico

REGIONE UMBRIA	
Modello di gestione	Gestione Mista con SIR
Livello di gestione	Regionale
Il modello	I FASCIA a gestione aziendale per importi non superiore a Euro 70.000; II FASCIA a gestione sovraziendale per importi compresi tra 70.000 e 800.000 Euro; III FASCIA per i cosiddetti rischi catastrofali che superino la soglia degli 800.000 Euro. I risarcimenti per i sinistri di II° e III° fascia sono finanziati con fondo regionale mentre quelli di I° fascia con il fondo aziendale.
Compagnia	III FASCIA - AMTrust
Clausole	claims made e sono previste clausola broker e facoltà di recesso
Franchigia	800.000
Metodo per il calcolo del premio	Il valore del premio è fisso e stabilito in maniera in sede di gara, pertanto le azioni di gestione del rischio clinico non ne influenzano la determinazione.
Ricorso al Broker	Si
Compagnia di brokeraggio	Marhs, AON e Centrale ma è in corso una gara per il broker unico regionale
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	La gestione e la valutazione dei sinistri è aziendale per la I fascia entro 70.000 euro. II fascia è presente un comitato sovraziendale. Per la III FASCIA il comitato è integrato dalla compagnia assicurativa.

REGIONE VALLE D'AOSTA	
Modello di gestione	Gestione Assicurativa con SIR
Livello di gestione	Regionale
Compagnia	AM Trust Europe
Durata del contratto	1 luglio 2015 - 30 GIUGNO 2017
Clausole	clausole claims made, ultrattività e retroattività, facoltà di recesso, clausola broker, estensioni di garanzia e clausole di precisazione di garanzia.
Franchigia	per sinistro di € 200.000,00
Metodo per il calcolo del premio	Il valore del premio è influenzato dal numero di sinistri, dal numero di sinistri denunciato, dal valore degli indennizzi richiesti e dal valore degli indennizzi versati dalla compagnia nell'anno
Ricorso al Broker	SI
Compagnia di brokeraggio	ATI composta da MARHS e AREA INSURANCE BROKER SRL
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	struttura complessa Affari Generali e Legali dell'Azienda USL
Unità medicina legale	Nell'Azienda è prevista inoltre una struttura semplice dipartimentale che si occupa di Medical malpractice, di medicina del lavoro, penitenziaria e gestione del contenzioso ed è gestita da un medico legale

REGIONE VENETO	
Modello di gestione	Gestione Mista con SIR
Livello di gestione	Regionale
Compagnia	Berkshire Apway International Insurance
Durata del contratto	Triennale a partire dal 1 gennaio 2016
Clausole	claims made, clausole di ultrattività e retroattività, clausola broker, facoltà di recesso, clausole di rinnovo, di precisazioni di garanzia e in caso di variazione del rischio
SIR	€ 500.000,00
Metodo per il calcolo del premio	contratto non soggetto a regolazione essendo il premio calcolato in forma "flat" per tutta la durata dell'assicurazione
Ricorso al Broker	SI
Compagnia di brokeraggio	ATI composta da Willis e Area Broker
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	Incardinato all'interno dell'area affari generali e legali di ogni azienda

REGIONE TOSCANA	
Modello di gestione	Gestione Diretta Eccezione Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, gestione assicurativa senza franchigia
Livello di gestione	Regionale
Il modello	La gestione diretta del rischio pone a carico della Regione, tramite il Fondo Sanitario Regionale, i costi relativi alla responsabilità civile circa i sinistri sanitari
Fondo	Il Fondo Sanitario Regionale garantisce la copertura degli esborsi che le Aziende devono 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. Ciascuna Azienda comunica a consuntivo quanto è stato effettivamente liquidato nel corso dell'anno
Ufficio preposto alla gestione dei sinistri	In ogni Azienda è prevista l'istituzione di Comitati Gestione Sinistri (CGS), organismi multidisciplinari che hanno il compito di procedere alla trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri in via transattiva. A livello regionale è istituito il Comitato Regionale Valutazione Sinistri
Unità di medicina legale	Presente all'interno delle Aziende
Fondazione Toscana Gabriele Monasterio	**Gestione assicurativa senza franchigia**
Compagnia	Carige