

# Linee di indirizzo per la gestione dei sinistri di Regione Lombardia - Indicazioni per le Direzioni strategiche e i CVS

**Enrico Burato** ■ *Coordinatore Centro Regionale Gestione del rischio sanitario e sicurezza del paziente, Direzione Generale Welfare - Regione Lombardia*

Circa 20 anni fa, l'ingente incremento degli oneri risarcitori del Sistema Socio-Sanitario Regionale - SSR lombardo, così come quello degli SSR delle altre Regioni, aveva posto in crisi la sostenibilità assicurativa tradizionale (con coperture pressoché complete) delle aziende ospedaliere, ora sociosanitarie, che aveva fatto allontanare da esse varie compagnie assicurative.

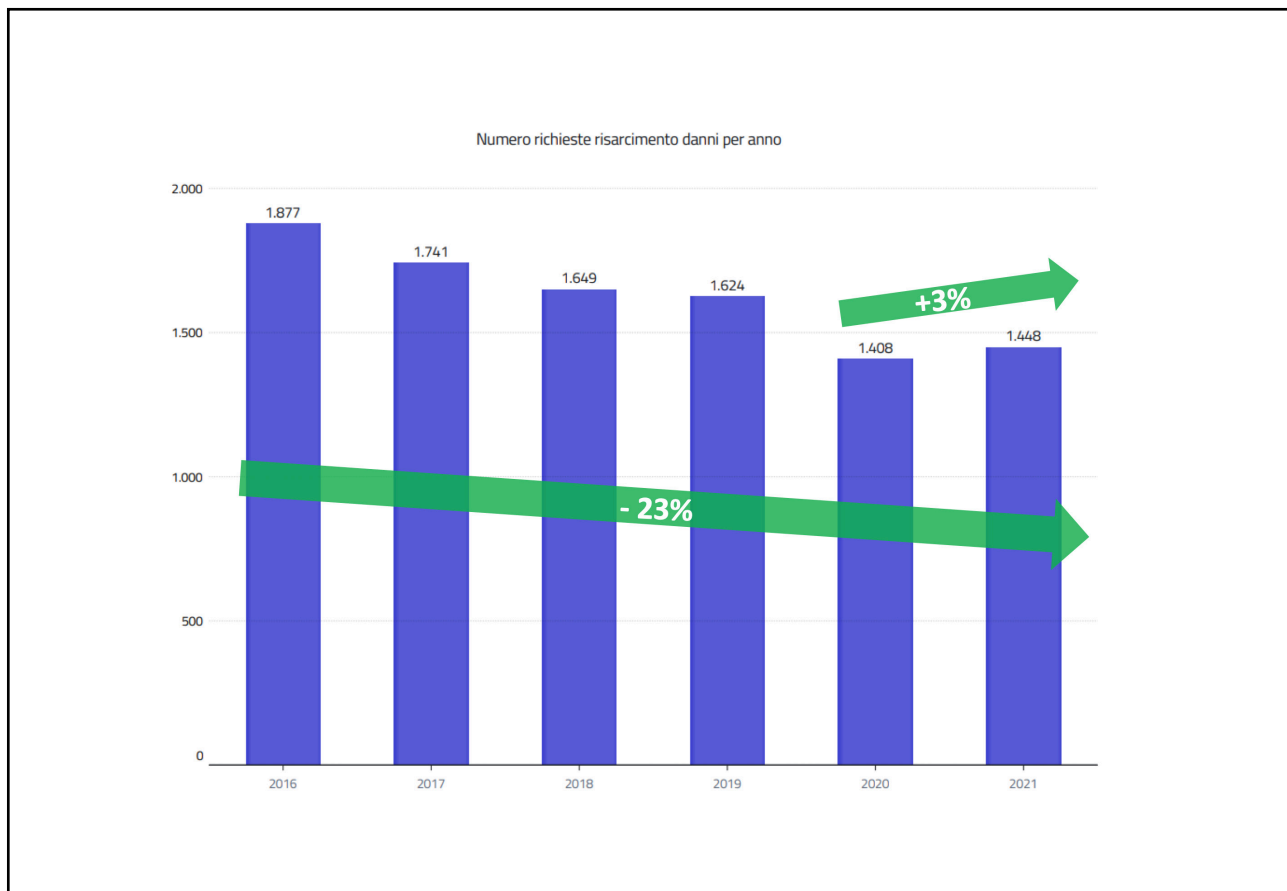
Si è dovuto, dunque, dare un nuovo assetto alla gestione dei sinistri degli SSR, onde ritornare ad una condizione di sostenibilità assicurativa. In Lombardia, si sono intraprese alcune profonde azioni nel settore dal 2004, tra le quali vi sono state in particolare:

- l'implementazione delle funzioni di gestione dei rischi (risk management) e l'istituzione dei Comitati Valutazione Sinistri - CVS (circ. 46/ SAN/2004 del 27.12.2004);
- la ritenzione aziendale degli oneri gestionali e risarcitori (Progetto assicurativo regionale), mediante la stipula di polizze con una quota di self insured retention - SIR (misura analoga), in media pari a 250.000€ per ogni singolo sinistro ed una copertura assicurativa per i rischi con un valore superiore alla SIR su tutte le ASST del SSR;
- la riduzione del ricorso alle sedi giudiziali per la soluzione dei contenziosi legali.

L'adozione delle polizze con SIR ha ridotto di molto l'ammontare dei premi assicurativi. Ciò, assieme alle altre misure adottate, ha ridotto la sostenibilità assicurativa al sistema. Allo stesso tempo, la legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. legge Gelli) ha esteso la platea di professionisti per i quali le aziende del SSR sono chiamate a fornire tutele verso gli oneri risarcitori e le SIR hanno aumentato i risarcimenti ad esborso diretto da parte delle aziende dell'SSR, che per quelle pubbliche sono poi oggetto di valutazione da parte della Procura generale presso la sezione regionale della Corte dei Conti. Nello specifico le richieste di risarcimento danni sono distribuite secondo un trend decrescente. In particolare, si evidenzia un decremento del 22,9% nel 2021 rispetto al 2016, anche se nell'ultimo anno oggetto di analisi (2021) sono state presentate circa il 3% in più di denunce rispetto a quello precedente (2020). La diminuzione del numero di richieste nel tempo è un fattore positivo che potrebbe essere spiegato anche da tutta una serie di attività fatte dalla Regione dal 2004 ad oggi in ottica di Prevenzione e Risk Management sul rischio Medmal.

Si evidenzia un decremento del 22,9% nel 2021 rispetto al 2016, anche se nell'ultimo anno oggetto di analisi (2021) sono state presentate circa il 3% in più di denunce rispetto a quello precedente (2020).

Figura 1. Trend Richieste Risarcimento Danni



Gli importi economici (liquidati + riservati) registrano un andamento decrescente negli anni (dai € 100M del 2016 ai € 77M dell'ultimo anno). La diminuzione nel tempo della magnitudo dei sinistri è un fattore positivo che potrebbe essere spiegato dalla centralizzazione con monitoraggio continuo dei dati di bilancio, che attraverso la presenza dei CVS (Comitati Valutazione Sinistri) - in cui sono presenti attori con diverse competenze (broker, loss adjuster, risk manager, medico legale, inclusa la competenza assicurativa in logica attuariale) - si attiva nella rivalutazione delle riserve legata alla riforma in materia di bilanci. Il progetto regionale sui sinistri ha permesso con questo modello integrato tra Regione e singole Aziende di mantenere una standardizzazione di analisi e gestione dei sinistri, pur nella dovuta autonomia gestionale dei singoli Enti che hanno

la diretta conoscenza e gestione dell'ambito in cui operano e, al contempo ha sviluppato una continua produzione da parte del Centro regionale di linee di indirizzo annuali di risk management. L'effetto è stato quello di aver portato anche ad un risparmio medio annuo di oltre 16 milioni di euro, negli ultimi 10 anni, avendo quale anno di riferimento la situazione del 2012.

I vantaggi di questo modello sono:

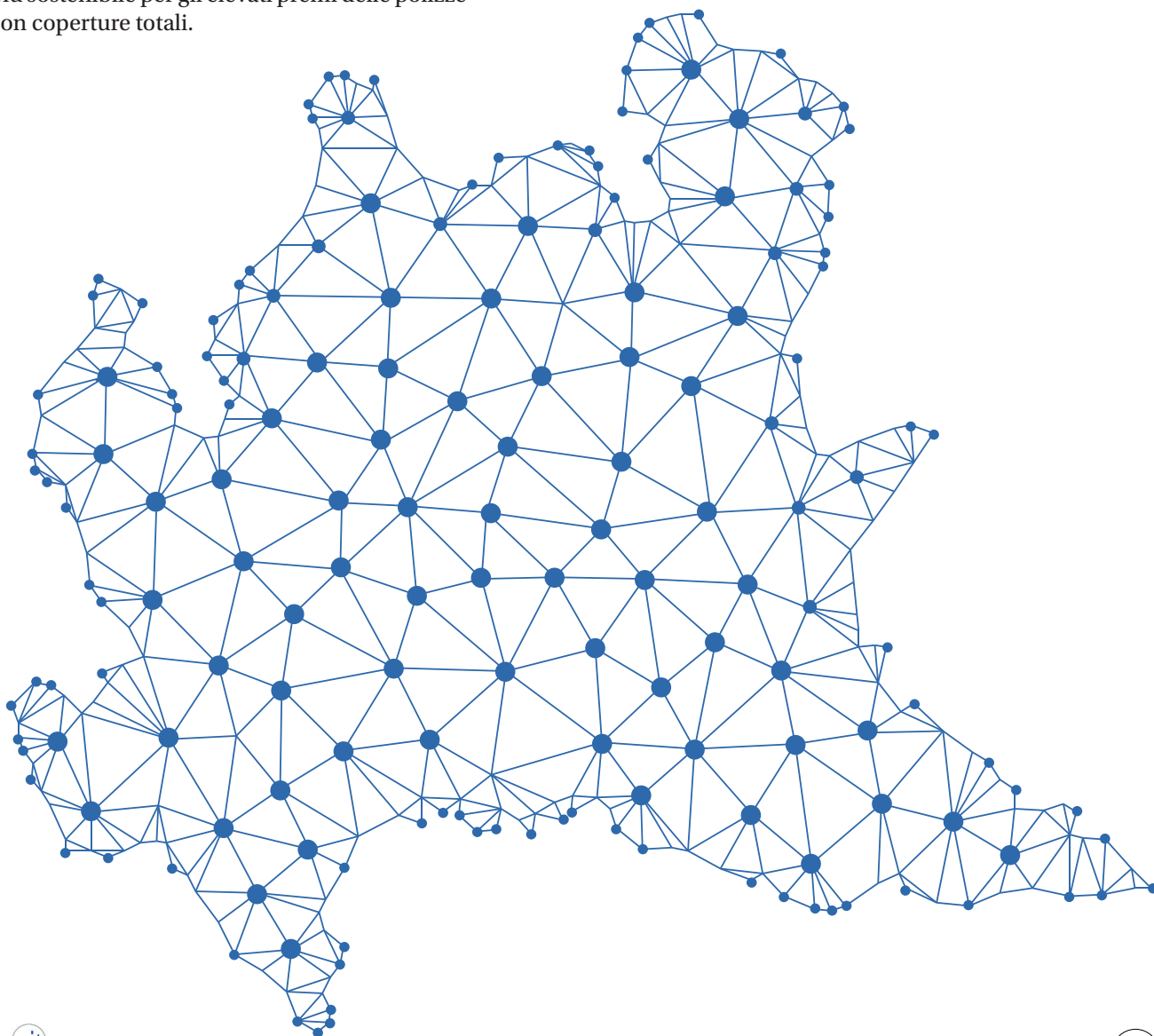
- un bilancio certo grazie all'attività del CVS;
- rispetto ai sistemi in auto-assicurazione Regione Lombardia riesce a valorizzare e determinare sia gli importi liquidati ma soprattutto le riserve, grazie anche al sistema informatizzato centralizzato di raccolta sinistri "GEDISS";

- l'adozione del mix SIR + COPERTURA ASSICURATIVA, già in linea con la Legge 24/17 c.d. "Gelli Bianco";
- dal 2004 Regione Lombardia ha svolto in modo continuo e strutturato attività in materia di Prevenzione e Risk Management del Rischio Medmal;
- è stato allargato il mercato assicurativo interessato al mondo sanità a 3 compagnie assicurative;
- nessuna gara di nessuna azienda sanitaria lombarda è andata deserta;
- sono state ricevute almeno tre offerte;
- nessuna azienda sanitaria lombarda ad oggi è in totale auto-ritenzione.

Nel lungo periodo, si potrà, comunque, valutare se il costo complessivo dell'attuale sistema di ritenzione aziendale, parziale o totale degli oneri gestionali e risarcitori, si dimostrerà inferiore, pari o superiore al costo complessivo del sistema precedente, quest'ultimo, come dinanzi ricordato, già da tempo è divenuto non più sostenibile per gli elevati premi delle polizze con coperture totali.

Inoltre, nel corso degli anni la Regione Lombardia ha:

- svolto una costante attività di formazione e aggiornamento del personale deputato alla gestione dei rischi e degli oneri risarcitori dell'SSR;
- effettuato network trimestrali con tutti gli attori del sistema (Risk Manager. Componenti del CVS);
- prodotto linee di indirizzo regionali in tema di risk management dall'anno 2005 a tutt'oggi per la rispettiva produzione dei piani annuali aziendali che vengono poi verificati e rendicontati dal Centro regionale;
- prodotto vari atti di indirizzo per l'affinamento e l'armonizzazione della gestione del contenzioso;
- riunito le aziende dell'SSR in appositi raggruppamenti legali e medico-legali, per il confronto ed il sostegno interaziendale (anche rivolto alla second opinion).



Tutto quanto sopra si pone già in linea con l'indirizzo della L. 24/2017 e con gli inviti della Magistratura ordinaria a ricorrere agli iter giudiziari solo quando indispensabili, onde non gravare sul sistema giudiziario, purtroppo sempre più sovraccarico. Ciò non può che indirizzare alle modalità alternative agli iter giudiziari classici, vale a dire alle conciliazioni mediante interazioni dirette con le controparti, oppure mediante mediazioni civili, o mediante ricorsi per accertamenti tecnici preventivi ex art. 696 bis cpc. Il passaggio della gestione della sinistrosità dal modello delle compagnie assicurative a quello in ritenzione parziale o totale da parte delle aziende del SSR, ha richiesto un lungo e complesso lavoro poiché si sono dovute sviluppare delle professionalità medico-legali, legali e amministrative specializzate nell'ambito della responsabilità professionale sociosanitaria, in un'epoca nella quale, per le disposizioni nazionali, non v'è stata un'implementazione del personale del SSN/SSR ma, all'opposto, una sua importante riduzione. Nell'attuale assetto gestionale, ogni singola richiesta risarcitoria è oggetto di una valutazione multiprofessionale da parte dei CVS, che mediante lo svolgimento delle istruttorie formulano i pareri sui casi in punto di responsabilità, di entità dei danni, di difendibilità o di rischio di soccombenza in giudizio: pareri che sono sempre collegiali, basati su valutazioni tecniche, giuridiche ed amministrative e che sono poi posti all'attenzione delle Direzioni strategiche aziendali per le decisioni in ordine al proseguimento della trattazione dei casi. Un altro lungo e altrettanto complesso lavoro è stato svolto nei confronti del personale sociosanitario, per migliorarne le conoscenze, sia dei rischi sia degli eventi lesivi, nonché aumentarne la partecipazione alla loro gestione mediante la promozione della cultura no blame. Si è trattato di un'assai lunga e faticosa opera di educazione alla gestione diretta dei sinistri, che ha dovuto vincere i fisiologici e tradizionali meccanismi di resistenza, che si pongono in essere di fronte a degli addebiti di colpe professionali. Si tratta di un punto tutt'altro che secondario in quanto si correla a sua volta ad altri punti di crescente importanza per la sostenibilità dell'SSR:

- le crescenti fatiche e frustrazioni percepite dal personale sociosanitario, che spingono all'abbandono delle strutture - specie pubbliche - talora con riduzioni del

personale così nette da rendere critica l'erogazione dei servizi stessi. Ciò avviene in particolare nelle branche sociosanitarie che si fanno carico dei casi gravati da maggiori rischi con un impoverimento di tali strutture e branche;

- gli aumenti dei premi delle polizze dei singoli professionisti, con difficoltà per taluni al reperimento delle tutele assicurative;
- i crescenti timori di azioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa, che favoriscono anch'essi lo spopolamento delle strutture e delle branche sociosanitarie che gestiscono i casi più rischiosi; vale a dire proprio di quei settori che necessiterebbero, all'opposto, di professionisti posti nella migliore serenità per poter agire.

L'emergenza sanitaria pandemica ha posto ad un ulteriore dura prova il personale del SSR, che da anni è sotto una forte condizione di stress. In questo contesto critico senza precedenti, vari professionisti sociosanitari e persino alcuni professionisti dei CVS stessi, sono stati raggiunti da inviti a dedurre da parte di alcuni Procuratori presso la sezione regionale della Corte dei Conti con la prospettiva di azioni di responsabilità amministrativa nei loro confronti. Parimenti, sono giunte alle aziende delle richieste di esprimersi sulla presunta "gravità" delle colpe dei propri professionisti, potendosi così ingenerare delle difficoltà nei rapporti con gli stessi. La percezione di un accrescimento delle azioni giudiziali contabili rischia di avere un rilevante impatto negativo su quanto dinanzi esposto, potendo avere nei confronti del personale sociosanitario un effetto opposto alla cultura no blame e innescare anche nella gestione stessa del contezioso sociosanitario delle logiche "difensive", in analogia a quanto avviene nella cosiddetta "medicina difensiva", vanificando il lungo e complesso lavoro svolto per far maturare il settore e ottimizzare la gestione degli oneri risarcitori. La conseguenza a ciò, per paradosso, è quello di un nuovo aumento del ricorso degli iter giudiziari tradizionali, con un assai probabile nuovo aggravio dei costi risarcitori e gestionali a carico delle strutture sociosanitarie pubbliche dell'SSR e la prospettiva di una nuova crisi della sostenibilità assicurativa e auto-assicurativa del settore, con gli enormi problemi che questa comporterebbe. Si deve in proposito significare che, per ponderare se resistere alle richieste risarcitorie oppure addivenire a delle

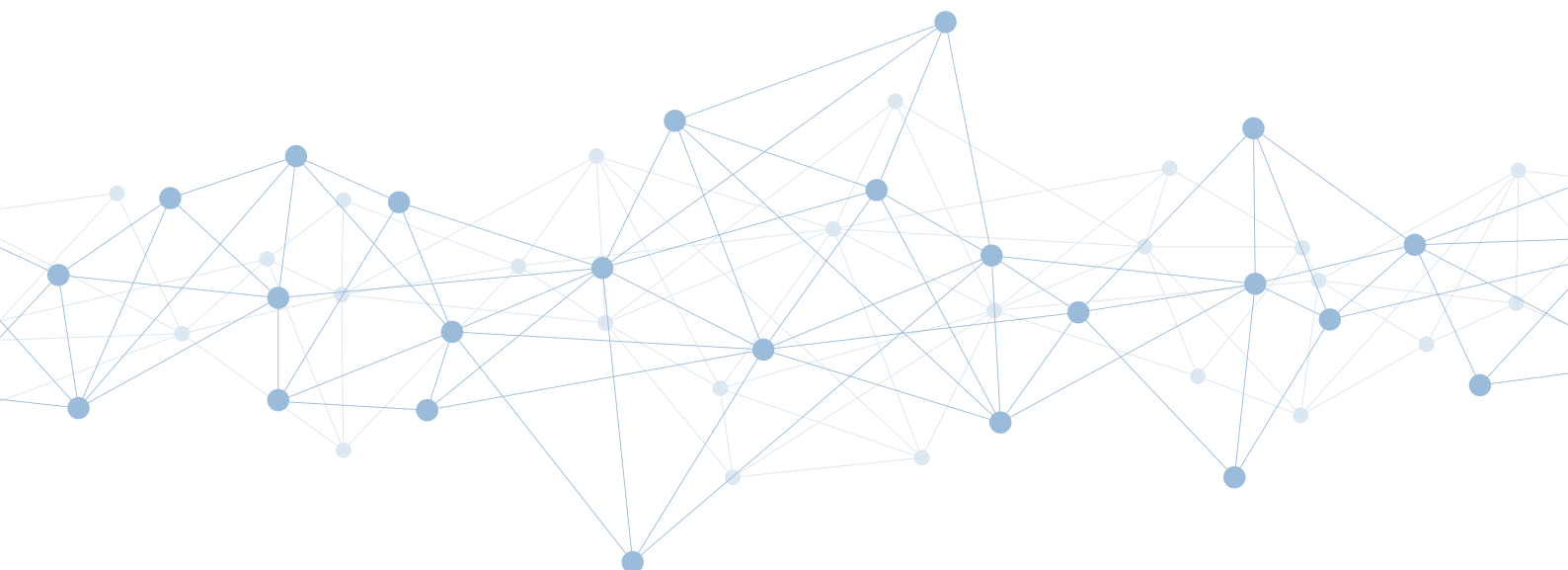
soluzioni conciliative, i CVS e le Direzioni strategiche delle aziende dell'SSR solo in una minor parte dei casi hanno di fronte a sé una prospettiva certa di vittoria o di soccombenza in giudizio. Invece, nella maggior parte dei casi la prospettiva è incerta e le decisioni che si è chiamati a maturare si basano su giudizi di tipo probabilistico. Se oggi le aziende dell'SSR si limitassero a conciliare i soli pochi casi per i quali si prospetta come certa la soccombenza in giudizio e affrontassero gli iter giudiziari per tutti gli altri casi, ne deriverebbero molte soccombenze con costi aggravati, ponendo così di nuovo a rischio la sostenibilità del sistema.

I CVS e le Direzioni strategiche aziendali debbono commisurarsi con importanti fattori d'incertezza decisionale:

- l'intrinseca complessità clinica e medico-legale dei casi, spesso elevata in un SSR ad alta specializzazione come quello lombardo e foriera di molte sfaccettature e moltissimi margini di interpretazione, variabile da un professionista all'altro;
- l'effetto solo parziale e comunque problematico dell'ancoraggio dei giudizi di colpa alle linee guida e alle buone pratiche, ex artt. 6 e 7 della L. 24/2017; gli oneri probatori, che alcuni CTU approssimano in una logica non di vicinanza della prova, ma di inversione anche su aspetti irragionevoli, che per alcune fattispecie di eventi distorcono di fatto il regime delle responsabilità aziendali alla stregua di responsabilità pressoché oggettive, vanificando le possibilità di difesa;
- la mancanza di un criterio condiviso per l'attuazione dell'art. 13 della L. 24/2017, che

impone delle comunicazioni obbligatorie ai professionisti sociosanitari e preclusivi per successive azioni di rivalsa, senza fornire alcun criterio per individuarli: individuazione non disciplinata da alcuna decretazione secondaria né da altri atti d'indirizzo nazionale; tale individuazione è critica e nei casi complessi risulta spesso difficile individuare i professionisti di cui all'art. 13 e non di rado non si è concordi con quelli individuati dalle controparti; parimenti è difficile essere, invece, individuati dai CTU. In proposito, è da evidenziare che nonostante le aziende dell'SSR si siano dotate al loro interno di regole/prassi per l'attuazione di tale articolo di legge, la variabilità applicativa è ancora molto ampia ed è fonte di incertezze, nonché talora di conflittualità. Allo stesso modo la variabilità di orientamenti tra le sedi giudicanti e tra i giudicanti, con sentenze anche molto diverse per casi consimili, specie su taluni componenti risarcitorie quali ad esempio, la cosiddetta "personalizzazione", nonché la quantificazione economica dei danni da perdite di chance o da lesioni del diritto all'autodeterminazione, etc;

- l'attuazione tuttora incompleta dell'art. 15 della L. 24/2017: in termini sia di composizione collegiale dei CTU per valutazione dei casi sia effettiva e adeguata competenza dei CTU per la valutazione degli eventi da analizzare, spesso complessi. In proposito, senza tema di smentita, si deve stigmatizzare che tuttora tale articolo di legge non è applicato e che la CTU si prospetta così non come una soluzione, ma



- come un problema;
- i variabili confini della gravità della colpa, che contribuiscono anch'essi allo stress dei professionisti sociosanitari e ne rendono problematici i rapporti con le rispettive aziende e le compagnie assicurative delle proprie polizze;
  - le non univoche definizioni di “sinistro” e di “fatto noto” che ricorrono nelle polizze, in assenza di disposizioni sui requisiti minimi, mancandone a tutt'oggi la decretazione secondaria;
  - la mancanza di regole condivise per le azioni di interruzione dei termini di prescrizione e il rischio che tali azioni minino ancor più i rapporti tra le aziende, specie pubbliche, e i propri professionisti, favorendo lo spopolamento delle strutture e delle branche sociosanitarie a maggior rischio, vale a dire quelle più delicate, come prima già segnalato.

In sintesi, vi sono a tutt'oggi dei problemi aperti che rendono difficoltosa l'attuazione dell'indirizzo dato dall'art. 8 della L. 24/2017 e dalla Magistratura ordinaria a massimizzare il ricorso alle soluzioni alternative agli iter giudiziali tradizionali. Tra i CVS e le Direzioni strategiche rischia di diffondersi un'accresciuta apprensione per le azioni di responsabilità amministrative, che potrebbe portare ad un'involuzione della gestione della sinistrosità dell'SSR lombardo e porne di nuovo a rischio la sostenibilità assicurativa. Di fronte a tale preoccupante prospettiva Regione Lombardia ha definito, con Decreto della Direzione Generale Welfare n. 15406 del 27.01.2022<sup>1</sup>, e nuove “linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – indicazioni per le direzioni strategiche e i CVS” (seconda revisione rispetto alle prime indicazioni del 2012 e del 2015). Tale Decreto Regionale si pone in una logica in linea con i dettami richiesti dal decreto attuativo richiesto dall'art. 10 comma 6 L. 24/2017, anticipandone di fatto le indicazioni di massima. Questo Decreto Regionale ha rafforzato il modello lombardo già in atto, confermando la validità dello stesso e fornendo

un'indicazione su questi temi:

- composizione del CVS ed esplicitazione dei rispettivi ruoli attesi;
- gestione delle richieste risarcitorie con il dettaglio delle fasi;
- gestione del fondo rischi e delle riserve con la quantificazione secondo parametri standardizzati e guidati;
- definizioni stragiudiziali-transazioni;
- rivalsa e responsabilità amministrativo contabile con obbligo di denuncia alla Corte dei Conti, ed esplicitazione dei casi da segnalare nonché delle indicazioni per la messa in mora.

Nel documento sono state introdotte le tabelle di prima stima attraverso i valori ottenuti dagli importi liquidati medi dei casi chiusi dal 2016 al 2020. Vi è contenuta, inoltre, una tabella con le massime esposizioni economiche per ciascuna categoria di danno al fine di avere contezza di quella che potrebbe essere una stima massima del danno, ed è stata aggiornata a scopo orientativo una tabella, che riporta per alcune età ed entità di danno biologico permanente i rispettivi valori economici secondo le tabelle di cui al D.M.0806/22 per le menomazioni micropermanenti e le tabelle del Tribunale di Milano 2021 per quelle macropermanenti. Lo strumento è stato oggetto di condivisione nei network trimestrali di risk management, nell'ambito dei raggruppamenti legali e medico legali di Regione Lombardia e di formazione con tutti i componenti del CVS delle Aziende Sanitarie pubbliche.



**Vi sono a tutt'oggi dei problemi aperti che rendono difficoltosa l'attuazione dell'indirizzo dato dall'art. 8 della l. 24/2017 e dalla Magistratura ordinaria a massimizzare il ricorso alle soluzioni alternative agli iter giudiziali tradizionali.**

<sup>1</sup> Link Decreto: [https://www.ats-brescia.it/documents/3432658/65184815/Decreto\\_252\\_2023.pdf/23d3a4d2-8f49-2194-133e-f16078a7a1eb](https://www.ats-brescia.it/documents/3432658/65184815/Decreto_252_2023.pdf/23d3a4d2-8f49-2194-133e-f16078a7a1eb)