

IN SUPREMAE PRAEMINENTIA

DIGNITATIS



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

RICERCA

DIDATTICA

ASSISTENZA

**VITTORIO FINESCHI
ORDINARIO DI MEDICINA LEGALE
DIRETTORE
UOC MEDICINA LEGALE E ASSICURAZIONI
SAPIENZA UNIVERSITA'-POLICLINICO UMBERTO I
ROMA**



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA



Federazione Nazionale
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri

REGIONE DEL VENETO



ULSS3
SERENISSIMA

REGIONE DEL VENETO



ULSS4
VENETO ORIENTALE



SCUOLA GRANDE DI SAN MARCO



LA LEGGE 24/2017:

UNA LETTURA MEDICO-LEGALE RETROSPETTIVA

Vittorio Fineschi, *Professore Ordinario Medicina Legale,
Direttore UOC Medicina Legale e delle Assicurazioni,
Università La Sapienza di Roma*

LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE MEDICA

Doveri ineludibili e Diritti negati

SABATO 4 GIUGNO 2022

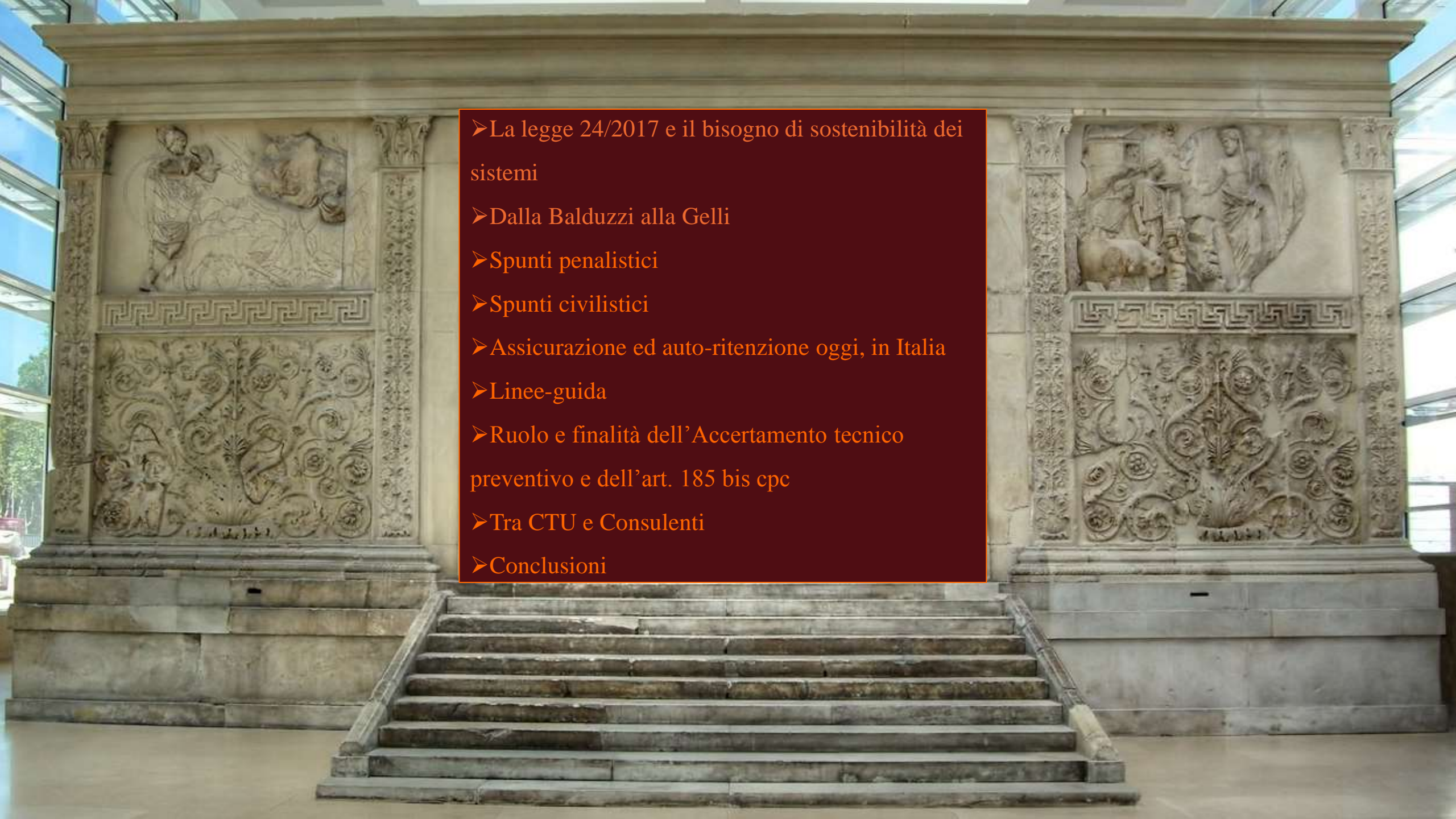
Sala San Domenico - Scuola Grande di San Marco - Ospedale Civile di Venezia



LA LEGGE 24/2017:

UNA LETTURA MEDICO-LEGALE RETROSPETTIVA

Vittorio Fineschi, *Professore Ordinario Medicina Legale,
Direttore UOC Medicina Legale e delle Assicurazioni,
Università La Sapienza di Roma*

- 
- La legge 24/2017 e il bisogno di sostenibilità dei sistemi
 - Dalla Balduzzi alla Gelli
 - Spunti penalistici
 - Spunti civilistici
 - Assicurazione ed auto-ritenzione oggi, in Italia
 - Linee-guida
 - Ruolo e finalità dell'Accertamento tecnico preventivo e dell'art. 185 bis cpc
 - Tra CTU e Consulenti
 - Conclusioni

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

Vigente al: 1-4-2017

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

La crisi del modello tradizionale



La legge 24/2017 e il bisogno di sostenibilità dei sistemi



Il decreto attuativo e i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative



Il decreto attuativo e le analoghe misure



Gli scenari futuri

DECRETO LEGGE 158/2012 CONVERTITO IN LEGGE 189/2012 «DECRETO BALDUZZI»

- **Articolo 3 (Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie)**
- **D.Lgs 158/2012**, art. 3, co. 1: Fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente le professioni sanitarie il giudice, ai sensi dell'articolo 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.
- **Legge 189/2012**, art. 3, co.1: L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve.
- In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile.
- Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo.

L'ATTUALE LEGGE 24/2017

LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

Vigente al: 1-4-2017

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:



TUTELA DEL PAZIENTE (e del sistema in generale)

- Anticipazione della tutela e **prevenzione del rischio**: dal risarcimento in moneta al rafforzamento della **Sicurezza delle cure (parte integrante del diritto alla salute)**.
- Cultura della trasparenza, del *dialogo* e della conciliazione (CTP, 702 bis e mediaconciliazione. Obblighi di comunicazione di cui all'art. 13 nell'interesse anche del medico). *Verso una nuova alleanza terapeutica*.
- Tasca capiente assicurativa: azione diretta, non opponibilità delle eccezioni, claims made con retroattiva, procedura di offerta stragiudiziale. Fondo di garanzia.

Art. 1

Sicurezza delle cure in sanita'

1. La sicurezza delle cure e' parte costitutiva del diritto alla salute ed e' perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettivita'.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attivita' finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attivita' di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, e' tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Funzione del rischio clinico

- I primi 4 articoli della legge sono interamente dedicati alla valorizzazione di sistemi di gestione integrata del rischio applicati in concreto, avanzati e basati sul miglior stato dell'arte in materia, meglio ancora se riconosciuti come rispondenti a modelli in qualche modo «certificati».



Funzione del rischio clinico

- comma 2 dell'art. 1, «...all'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie... ».....al comma 3 del medesimo articolo si precisa che alle attività di prevenzione del rischio è tenuto a concorrere «tutto il personale».
- l'art. 2, al comma 4, prevede che in ogni regione venga istituito il « Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente », il quale raccoglie dalle strutture pubbliche e private « i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso» affinché vengano trasmessi all'Osservatorio nazionale sulle buone pratiche in sanità, di cui all'articolo 3 della legge.

Art. 2.

4. In ogni regione e' istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanita', di cui all'articolo 3.

5. All'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e' aggiunta, in fine, la seguente lettera:

«d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione e' pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».

Art. 4

Trasparenza dei dati

1. Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

2. La direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture sanitarie pubbliche e private adeguano i regolamenti interni adottati in attuazione della legge 7 agosto 1990, n. 241, alle disposizioni del presente comma.

3. Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono 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) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge.

Art. 16

Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

1. All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari».

2. All'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore».

Art. 6

Responsabilita' penale dell'esercente la professione sanitaria

1. Dopo l'articolo 590-quinquies del codice penale e' inserito il seguente:

«Art. 590-sexies (Responsabilita' colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario). - Se i fatti di cui agli articoli 589 e 590 sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste salvo quanto disposto dal secondo comma.

Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilita' e' esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge ovvero, in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificita' del caso concreto».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 1 e' abrogato.



Commette un fatto costituente
OMICIDIO COLPOSO

Commette un fatto costituente
LESIONI PERSONALI COLPOSE



L'evento (morte o lesioni) si è verificato per
IMPERIZIA



PUNIBILITÀ ESCLUSA

sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge

in mancanza di raccomandazioni, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali



SEMPRE CHE LE RACCOMANDAZIONI PREVISTE DALLE LINEE GUIDA RISULTINO ADEGUATE ALLE SPECIFICITÀ DEL CASO CONCRETO

**Cass., SSUU, sent.
21 dicembre 2017
(dep. 22 febbraio
2018), n. 8770, Pres.
Canzio, Rel.
Vessichelli, ric.
Mariotti**

- L'intervento *in alto loco*, come si ricorderà (e come era stato agevolmente preventivato sin dai primi commenti), si era reso necessario per la **non felice formulazione della norma**, che aveva dato spazio a interpretazioni difformi e a un significativo contrasto in seno alla stessa **Cassazione**. Poco dopo la **sentenza Tarabori del giugno 2017**; infatti, la medesima **Quarta Sezione**, in una diversa composizione, aveva completamente ignorato il precedente, sposando, nella **sentenza Cavazza** del successivo mese di **ottobre**, una ricostruzione radicalmente difforme della nuova causa di non punibilità, portando allo scoperto differenze di vedute e dubbi interpretativi tali da disorientare tanto i giudici quanto gli operatori sanitari.

SU QUESTA STRADA SI ATTESTANO LE SEZIONI UNITE

- **Cinque precetti generali** per l'esercente la professione sanitaria che, se rispettati, innalzano il livello della colpa per imperizia punibile al verificarsi di eventi avversi.
- Nel dettaglio, occorre dunque che il medico sia: *i) accurato e prudente* nel seguire la evoluzione del caso sottopostogli; *ii) preparato* sulle *leges artis*; *iii) impeccabile* nelle diagnosi (anche differenziali); *iv) aggiornato* in relazione non solo alle nuove acquisizioni scientifiche ma anche allo scrutinio di esse da parte delle società e organizzazioni accreditate, dunque alle raccomandazioni ufficializzate con la nuova procedura; *v) capace* di fare scelte *ex ante* adeguate e di personalizzarle anche in relazione alle evoluzioni del quadro che gli si presentino.
- In tali evenienze - nel caso in cui “tale percorso risulti correttamente seguito e, ciononostante, l'evento lesivo o mortale si sia verificato con prova della riconduzione causale al comportamento del sanitario” - **il residuo dell'atto medico “connotato da errore colpevole per imperizia” non sarà punibile**, potendosi ritenerlo **ancora attestato nel perimetro delle linee guida**, in virtù di uno scostamento da esse «marginale e di minima entità».

RIASSUMENDO

l'esercente la professione sanitaria risponderà, a titolo di colpa, per morte o lesioni personali derivanti dall'esercizio di attività medico-chirurgica:

- *a)* se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **negligenza o imprudenza**;
- *b)* se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **imperizia** quando il caso concreto **non è regolato dalle raccomandazioni delle linee-guida o dalle buone pratiche clinico-assistenziali**;
- *c)* se l'evento si è verificato per **colpa** (anche "lieve") da **imperizia** nella **individuazione** e nella **scelta** di linee-guida o di buone pratiche clinico-assistenziali **non adeguate** alla specificità del caso concreto;
- *d)* se l'evento si è verificato per **colpa "grave"** da **imperizia** nell'**esecuzione** di raccomandazioni di linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate, tenendo conto del **grado di rischio** da gestire e delle **speciali difficoltà** dell'atto medico”

AMBITO PENALE: CHE IL MEDICO-LEGALE APPLICHI I PRINCIPI

SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE

SEZIONE IV PENALE

Sentenza 29 aprile - 12 maggio 2021, n. 18347

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE

SEZIONE QUARTA PENALE

Composta dagli Ill.mi Sigg.ri Magistrati:

Dott. PICCIALLI Patrizia - Presidente -

Dott. SERRAO Eugenia - rel. Consigliere -

Dott. RANALDI Alessandro - Consigliere -

Dott. PAVICH Giuseppe - Consigliere -

Dott. DAWAN Daniela - Consigliere -

ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

sul ricorso proposto da:

C.S., nato a (OMISSIS);

M.S., nato a (OMISSIS);

avverso la sentenza del 12/11/2019 della CORTE APPELLO di ROMA;

visti gli atti, il provvedimento impugnato e il ricorso;

udita la relazione svolta dal Consigliere Dr. SERRAO EUGENIA;

udito il Pubblico Ministero, in persona del Sostituto Procuratore Dr. FIMIANI PASQUALE, che ha concluso chiedendo l'annullamento con rinvio del ricorso proposto da C.S.; l'inammissibilità del ricorso proposto da M.S..

E' presente l'avvocato ARCHIDIACONO RENATO del foro di LATINA in difesa di C.S. e M.S. che, illustrando i motivi dei ricorsi, insiste per l'accoglimento.

SPUNTI PENALISTICI DI INTERESSE MEDICO-LEGALE

In linea di principio, si osserva che il giudice di merito investito del compito di pronunciarsi in ordine alla responsabilità dell'esercente una professione sanitaria per l'evento lesivo causato nel praticare l'attività, ove concluda per la attribuibilità del medesimo evento alla condotta colposa dell'imputato, è tenuto a rendere un'articolata motivazione, dovendo verificare, in primo luogo, se il caso concreto sia regolato da linee-guida o, in mancanza, da buone pratiche clinico-assistenziali; dovendo, quindi, specificare la natura della colpa (generica o specifica; per imperizia, negligenza o imprudenza); spiegando se ed in quale misura la condotta del sanitario si sia discostata dalle pertinenti linee-guida o buone pratiche clinico-assistenziali e, più in generale, quale sia stato il grado della colpa. Preliminare valutazione, ove il reato non sia stato commesso sotto la vigenza dell'art. 590 sexies c.p. (cfr. Sez. U, n. 40986 del 19/07/2018, P, Rv. 27393401), concerne l'identificazione della norma applicabile secondo il criterio dettato dall'art. 2 c.p., comma 4.

TRA LINEE-GUIDA E BUONE PRATICHE

5. L'introduzione, ad opera del c.d. decreto Balduzzi, del parametro di valutazione dell'operato del sanitario costituito dalle linee-guida e dalle buone pratiche clinico-assistenziali, con la più incisiva conferma di tale parametro ad opera della L. n. 24 del 2017, ha modificato i termini del giudizio penale imponendo al giudice, non solo una compiuta disamina della rilevanza penale della condotta colposa ascrivibile al sanitario alla luce di tali parametri ma, ancor prima, un'indagine che tenga conto dei medesimi parametri allorchè si accerti quello che sarebbe stato il comportamento alternativo corretto che ci si doveva attendere dal professionista, in funzione dell'analisi controfattuale della riferibilità causale alla sua condotta dell'evento lesivo. Una decisione, come quella in esame, in cui si sia trascurato di indicare a quali linee-guida o, in mancanza, a quali buone pratiche clinico-assistenziali si ispira la descrizione del comportamento doveroso, di valutare il nesso di causa tenendo conto del comportamento salvifico indicato dai predetti parametri in relazione al concreto rischio che si sarebbe dovuto evitare, e di specificare la natura ed il grado della colpa considerando se ed in quale misura la condotta del sanitario si sia discostata da linee-guida o da buone pratiche clinico-assistenziali, risulta viziata da carenza di motivazione (in merito alla distinzione tra attuazione ed adattamento rispetto alle linee-guida ovvero alle best practices, Sez. 4, n. 15258 del 11/02/2020, Agnello, Rv. 27924202).

IL GRADO DELLA COLPA

5.1. Con specifico riferimento all'esercente una professione sanitaria va, infatti, rammentato che si può parlare di colpa grave solo quando si sia in presenza di una deviazione ragguardevole rispetto all'agire appropriato, rispetto al parametro dato dal complesso delle raccomandazioni contenute nelle linee guida di riferimento, quando cioè il gesto tecnico risulti marcatamente distante dalle necessità di adeguamento alle peculiarità della malattia ed alle condizioni del paziente; e quanto più la vicenda risulti problematica, oscura, equivoca o segnata dall'impellenza, tanto maggiore dovrà essere la propensione a considerare lieve l'addebito nei confronti del professionista che, pur essendosi uniformato ad una accreditata direttiva, non sia stato in grado di produrre un trattamento adeguato e abbia determinato, anzi, la negativa evoluzione della patologia (Sez. 4, n. 16237 del 29/01/2013, Cantore, Rv. 25510501).

5.2. Del pari, va ricordato quanto già osservato dalla giurisprudenza di legittimità a proposito della misura della divergenza tra la condotta effettivamente tenuta e quella che era da attendersi sulla base della norma cautelare che si doveva osservare: "sul punto,... possono venire in rilievo, nel determinare la misura del rimprovero, sia le specifiche condizioni del soggetto agente ed il suo grado specializzazione, sia la situazione ambientale, di particolare difficoltà, in cui il professionista si è trovato ad operare. E preme sottolineare che la giurisprudenza di legittimità ha chiarito che il giudice di merito deve procedere ad una valutazione complessiva di tali indicatori - come pure di altri, quali l'accuratezza nell'effettuazione del gesto medico, le eventuali ragioni di urgenza, l'oscurità del quadro patologico, la difficoltà di cogliere e legare le informazioni cliniche, il grado di atipicità o novità della situazione data e così di seguito - al fine di esprimere la conclusiva valutazione sul grado della colpa, ponendo in bilanciamento fattori anche di segno contrario, che ben possono coesistere nell'ambito della fattispecie esaminata, non dissimilmente da quanto avviene in tema di concorso di circostanze" (Sez. 4, n. 22281 del 15/04/2014, Cavallaro, Rv. 26227301).

Ed il lato civile?



Responsabilita' civile della struttura e dell'esercente la
professione sanitaria

1. La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorche' non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.

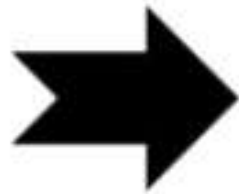
2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attivita' di sperimentazione e di ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonche' attraverso la telemedicina.

3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della presente legge e dell'articolo 590-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge.

4. Il danno conseguente all'attivita' della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria e' risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attivita' di cui al presente articolo.

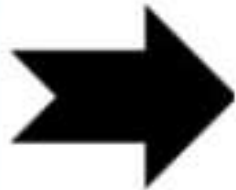
RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA *(IN GENERALE)*

medico



Responsabilità extracontrattuale
ART. 2043 C.C.

struttura



Responsabilità contrattuale
ARTT. 1218, 1228 C.C.

Responsabilità civile

Differenze

La responsabilità contrattuale:

- a) l'azione per ottenere il risarcimento del danno è soggetta alla **prescrizione ordinaria di 10 anni**
- b) Onere della prova sostanzialmente **a carico del debitore** ex art. 1218 c.c. (cosiddetta inversione dell'onere della prova)
- c) Risarcimento dei soli **danni prevedibili** se l'inadempimento non dipende da dolo

La responsabilità extracontrattuale

- a) l'azione per ottenere il risarcimento del danno è soggetta alla **prescrizione di 5 anni**
- b) Onere della prova a **carico del creditore** ex art. 2697 c.c. : "chi vuol far valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento. Chi eccepisce l'inefficacia di tali fatti ovvero eccepisce che il diritto si è modificato o estinto deve provare i fatti su cui l'eccezione si fonda"
- c) non sussiste la limitazione dei soli danni prevedibili

L'articolo 7 della nuova legge introduce nuove disposizioni in materia di responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria.

Regole	Contenuti
Responsabilità della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata	<p><i>Responsabilità contrattuale</i></p> <p>La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.</p>
Libera professione intramuraria; attività di sperimentazione e ricerca clinica, Convenzione con il Servizio sanitario nazionale; Telemedicina	<p><i>Responsabilità contrattuale</i></p> <p>La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.</p>
Esercente la professione sanitaria	<p><i>Responsabilità extracontrattuale</i></p> <p>L'esercente la professione sanitaria nell'ambito della struttura sanitaria pubblica o privata risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente.</p>

Risarcimento del danno	<p>Il giudice, nella determinazione del risarcimento del danno, tiene conto della condotta dell'esercente la professione sanitaria ai sensi dell'articolo 5 della nuova legge (n.b. buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida) e dell'articolo 590-sexies del codice penale.</p>
Quantificazione del danno	<p>Il danno conseguente all'attività della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata, e dell'esercente la professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli articoli 138 e 139 del codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, integrate, ove necessario, con la procedura di cui al comma 1 del predetto articolo 138 e sulla base dei criteri di cui ai citati articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti alle attività di cui all'articolo 7 della nuova legge</p>
Imperatività delle nuove regole	<p>Le disposizioni dell'articolo 7 della nuova Legge costituiscono norme imperative ai sensi del codice civile.</p>

Risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria

attore



CTU PREVENTIVA (art. 696-bis c.p.c.)

oppure

MEDIAZIONE CIVILE (art. 5, comma 1-bis, dlgs 28/2010)

*Giurisdizione condizionata:
a pena di improcedibilità,
prima di proporre la domanda
di risarcimento del danno, deve,
a sua scelta, optare per:*

NEGOZIAZIONE ASSISTITA: NON SI APPLICA

In tali casi non trova invece applicazione l'articolo 3 del decreto-legge 12 settembre 2014, n. 132, convertito, con modificazioni, dalla legge 10 novembre 2014, n. 162

LA CENTRALITÀ DELLE LINEE GUIDA NELLA LEGGE 24/2017

Art. 5.

*Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni
previste dalle linee guida*

1. Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale. In



3. Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), il quale è disciplinato nei compiti e nelle funzioni con decreto del Ministro della salute, da emanare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano,



SNLG

dell'Istituto Superiore di Sanità

Comunicati CNEC

LG SNLG ▾

Buone pratiche

LG internazionali

Piattaforma SNLG

Comitato strategico

FAQ

Info e contatti

Cerca



- Il sito www.snlg.iss.it

Oggi presenti:

- **72** linee-guida
- **59** buone pratiche
- **281** linee-guida internazionali

**Decreto Balduzzi:
art. 3, comma 1 (abrogato)**

L'esercente la professione sanitaria

che nello svolgimento della propria attività

si attiene

a linee guida

buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica

**Legge Gelli:
art 5, comma 1**

Gli esercenti le professioni sanitarie

nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale

si attengono,

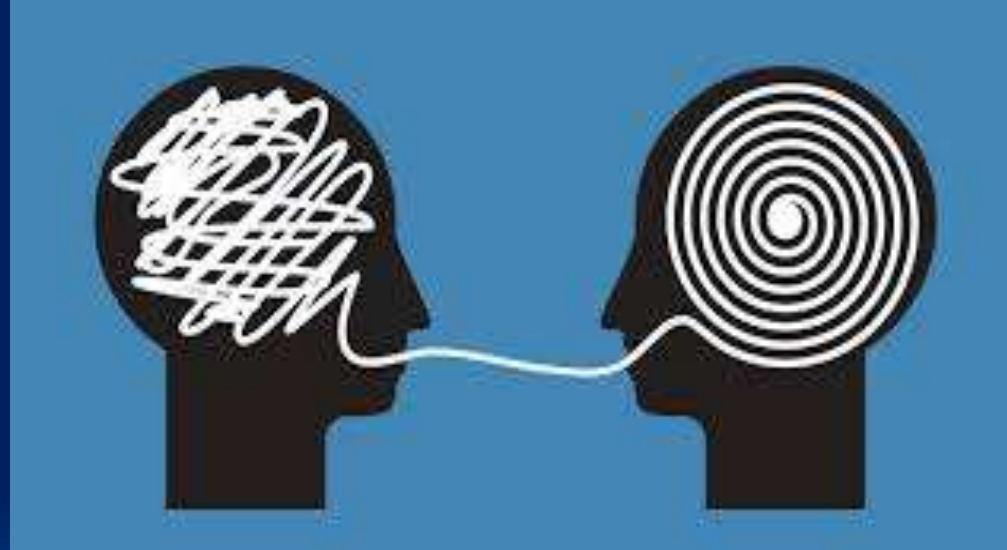
salvo le specificità del caso concreto

alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ...

in mancanza delle suddette raccomandazioni

buone pratiche clinico-assistenziali

Gli strumenti di esercizio professionale:



**Raccomandazioni
delle linee guida**

**Buone pratiche
clinico-assistenziali**

- Documenti o contenuti di documenti oppure come pratiche connesse all'applicazione di evidenze scientifiche?
- In senso estensivo, l'espressione "buone pratiche clinico-assistenziali" può, da un lato, comprendere le prassi professionali, basate su prove di evidenza scientifica, e dall'altro documenti, purché coerenti con evidenze scientifiche ed elaborati con metodologia dichiarata e ricostruibile, comunque denominati, e quindi non solo quelli che recano la dicitura «buone pratiche»

La crisi del modello «tradizionale» di assicurazione del rischio sanitario



Bollettino Statistico

I rischi da responsabilità civile sanitaria in
Italia
2010-2020



Anno VIII – n. 11, ottobre 2021

1. NOTA METODOLOGICA

Premessa

Per i rischi da r.c. sanitaria le strutture sanitarie possono usare l'assicurazione o l'auto-ritenzione del rischio

Il presente bollettino riporta le principali evidenze quantitative delle due forme di assicurazione per la r.c. sanitaria previste dalla legge:

1. quelle acquisite tramite *polizze assicurative* per i rischi da r.c. sanitaria, offerte dalle imprese di assicurazione dietro pagamento di un premio¹,
2. quelle che le strutture sanitarie pubbliche costituiscono tramite *auto-ritenzione del rischio*².

Le polizze assicurative per i rischi da r.c. sanitaria fanno parte del più ampio ramo della r.c. generale, di cui rappresentano nel 2020 il 13,2% del totale³. I dati su questo tipo di polizze sono acquisiti tramite una indagine annuale condotta dall'IVASS nei primi mesi di ogni anno presso le imprese di assicurazione. I dati sull'auto-ritenzione del rischio delle strutture sanitarie pubbliche sono forniti dal Ministero della Salute, che rende disponibile una base informativa con i dati di bilancio di tali strutture.

Le polizze assicurative per i rischi da r.c. sanitaria

Le informazioni statistiche si basano su una rilevazione effettuata annualmente presso le imprese di assicurazione a partire dal 2016, in base a specifiche lettere al mercato diffuse agli inizi di ogni anno⁴.

Il perimetro della rilevazione

La rilevazione è obbligatoria. Sono tenute a rispondere tutte le imprese esercenti in Italia il ramo r.c. generale (comprendente anche la r.c. sanitaria), incluse quelle con sede legale in uno stato estero, anche se non assoggettate alla vigilanza prudenziale dell'IVASS. Al fine di valutare gli impatti dell'emergenza sanitaria causata dal Covid-19, sono state acquisite specifiche informazioni aggiuntive.

L'ultima rilevazione, condotta tra marzo e giugno del 2021, ha riguardato in dettaglio:

- 1) i premi raccolti nel 2020 per rischi localizzati in Italia relativi alla r.c. sanitaria,
- 2) le prospettive e gli ostacoli nel settore dal punto di vista delle imprese,
- 3) le principali caratteristiche delle coperture assicurative collocate nel 2020,

- 4) la situazione dei sinistri denunciati negli anni dal 2010 al 2020⁵,
- 5) la situazione dei sinistri attribuiti al Covid-19,
- 6) la presenza di clausole di esclusione specifiche con riferimento al rischio pandemico,
- 7) gli ostacoli per l'operatività nel settore connessi all'emergenza sanitaria.

Hanno partecipato all'indagine 87 imprese, di cui solo 32 hanno operato nel settore raccogliendo premi nel corso del 2020 (tav. 1).

Tav. 1 – Indagine sulla r.c. sanitaria (2020)
Imprese rilevate e imprese operanti nel settore

	Imprese italiane ^(a)				Imprese estere ^(b)		Totale	
	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria	<i>di cui:</i> <i>controllo italiano</i> <i>controllo estero</i>		Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria	Rilevate	Operanti nella r.c. sanitaria
	53	25	12	13	34	7	87	32
<i>Di cui operanti presso:</i>								
Strutture sanitarie pubbliche		9	6	3		2		11
Strutture sanitarie private		16	9	7		4		20
Operatori sanitari		24	12	12		6		30

(a) Imprese con sede legale in Italia soggette a vigilanza prudenziale da parte dell'IVASS, distinte per nazionalità del controllante (italiano o estero).

(b) Imprese con sede legale in uno stato estero, operanti in Italia con una sede stabile (in regime di stabilimento) o direttamente dall'estero (in regime di Libera prestazione di servizi). Sono compresi anche gli stabilimenti di imprese estere con sede legale in un paese al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE)⁶, soggette a vigilanza prudenziale da parte dell'IVASS.

3. I PRINCIPALI RISULTATI DEL 2020

- Nel 2020 i premi raccolti per la r.c. sanitaria ammontano a 604 milioni di euro (+4% rispetto al 2019). La crescita ha riguardato soprattutto i premi per i rischi delle strutture, sia pubbliche sia private.
- La quota dei premi raccolti da imprese vigilate IVASS cresce all'80% (dal 50% dell'anno precedente), per effetto di acquisizioni da parte di operatori esteri di imprese italiane, cui ha fatto seguito una cessione del portafoglio in precedenza gestito tramite sedi secondarie stabilite in Italia.
- Prosegue la diminuzione del numero di strutture pubbliche assicurate (attualmente pari a 535, da 1.426 del 2010).
- Le imprese a controllo estero, con sede principale in Italia o in altri paesi, raccolgono il 92% dei premi per le coperture delle strutture pubbliche, il 34% per quelle delle strutture private e il 42% per quelle del personale sanitario.
- La concentrazione del settore resta elevata e non dà segnali di riduzione, con l'80% della raccolta premi facente capo alle prime 5 maggiori imprese.
- Il 4% del personale sanitario assicurato ha cambiato compagnia nel corso del 2020, ottenendo riduzioni del premio con frequenza molto maggiore rispetto a coloro che hanno mantenuto la stessa compagnia.
- L'impatto dei sinistri attribuiti al Covid-19 sui risarcimenti e sulle riserve è molto modesto, ma i futuri contratti della r.c. sanitaria potrebbero contenere ulteriori clausole di esclusione o aggravanti per i rischi pandemici.
- L'auto-ritenzione del rischio da r.c. sanitaria è consentita alle strutture sanitarie dalla legislazione vigente, come soluzione alternativa o integrativa dell'assicurazione tradizionale. L'utilizzo di tale opzione è in forte crescita. Nel 2019, per le strutture pubbliche gli accantonamenti ai fondi di auto-ritenzione ammontavano al 182% del valore dei premi.

L. 24/2017, art. 10 co 1-5 (obbligo di assicurazione)

«Le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private **DEVONO** essere provviste **di copertura assicurativa o di altre analoghe misure** per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'articolo 27, comma 1-bis, del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private, compresi coloro che svolgono attività di formazione, aggiornamento nonché di sperimentazione e di ricerca clinica».

«Al fine di garantire efficacia alle azioni di cui all'articolo 9 e all'articolo 12, comma 3, ciascun esercente la professione sanitaria operante a qualunque titolo in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un'adeguata polizza di assicurazione per colpa grave».

L'acquisizione di imprese italiane da parte di operatori esteri, che hanno ceduto il loro portafoglio, ha accresciuto la raccolta delle imprese vigilate

Anche per effetto della *Brexit*, nel corso del 2020 gli operatori esteri, in precedenza operanti nel settore in regime di stabilimento, hanno accelerato l'acquisizione di compagnie italiane, cui hanno ceduto il loro portafoglio. L'80,3% dei premi raccolti nella r.c. sanitaria (fig. 3), per un ammontare di 485 milioni, sono attribuibili ad imprese con sede principale in Italia vigilate dall'IVASS. Nel 2019 i due valori erano rispettivamente pari a 49,9% e a 289 milioni.



Cresce la raccolta premi (+4,4%) nei tre settori della r.c. sanitaria

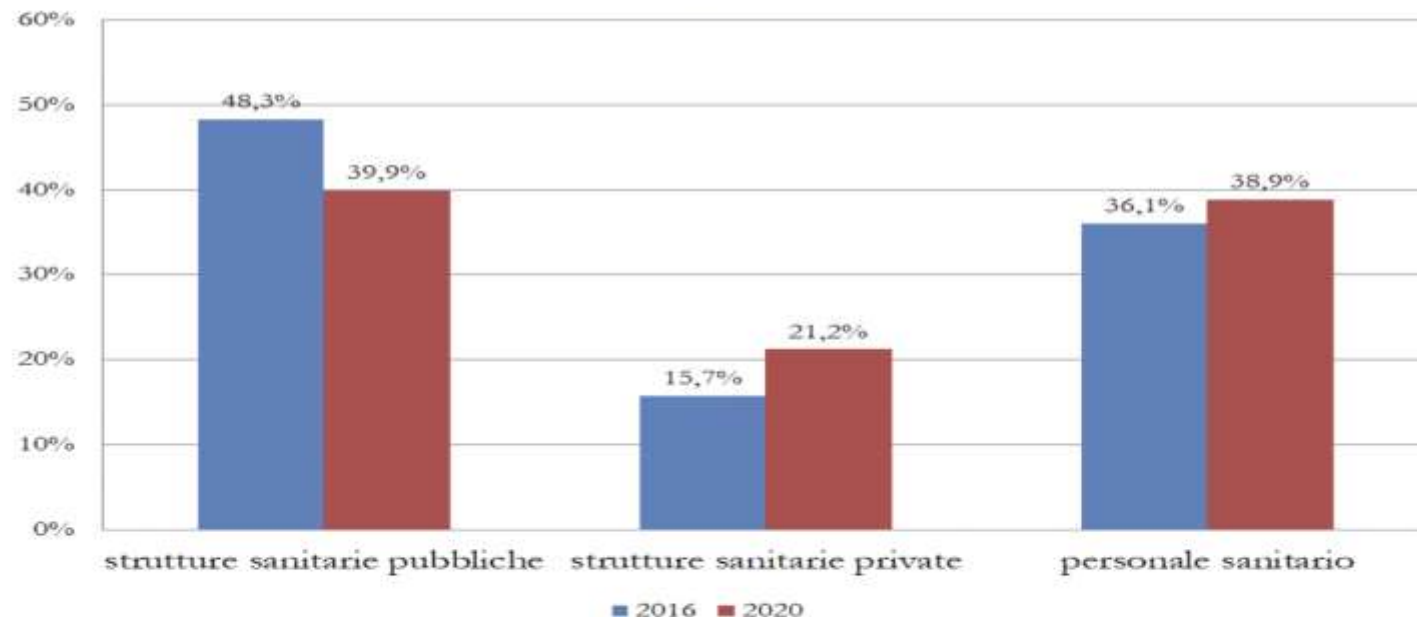
I Premi e le unità assicurate – La raccolta premi ammonta a 604 milioni di euro nel 2020, in aumento (+4,4%) rispetto all'anno precedente (Allegato, Tavola 1). Dopo 4 anni consecutivi di flessione cresce la raccolta premi per le strutture pubbliche (+4,2%). L'espansione dei premi per le strutture private è stata maggiore (+10,4%) e prosegue dal 2016, mentre è stato più modesto l'incremento della raccolta per i rischi degli operatori sanitari (+1,5%).

I premi acquisiti nel 2020 per la r.c. sanitaria si ripartiscono come segue (fig. 5):

- 39,9% per le coperture delle strutture pubbliche,
- 21,2% per quelle delle strutture private,
- il restante 38,9% per i rischi del personale sanitario.

Nel quinquennio 2016-2020 la quota dei premi delle strutture pubbliche è scesa di 8,4 punti percentuali, mentre l'incremento maggiore si registra per i premi delle strutture private (+5,5 punti percentuali). La crescita dei premi per il personale sanitario è stata più contenuta (+2,8 punti).

Fig. 5 – Ripartizione per sotto-settori dei premi raccolti per la r.c. sanitaria, 2016 e 2020 (%)



535 strutture pubbliche assicurate nel 2020, contro 1.426 nel 2010

Sono 535 le strutture pubbliche assicurate nel 2020 (-7,9% rispetto al 2019, -62,5% rispetto al 2010). Al *trend* di lungo periodo di diminuzione del numero di strutture pubbliche assicurate si contrappone la crescita di quello delle strutture private, pari a 7.995 (+18,3% rispetto al 2019, +45,2% sul 2010) e di quello degli operatori sanitari coperti da assicurazione, che sono circa 327.000 (+5,7% rispetto al 2019, +89,8% sul 2010).

Per le strutture pubbliche l'aumento della raccolta e la diminuzione delle unità assicurate ha comportato un forte incremento del premio medio (pari a 450.905 euro) rispetto al 2019 (+13,2%), mentre quello delle strutture private (16.035 euro) è lievemente diminuito (-6,7%).

Nel 2020 il premio medio del personale sanitario ammonta a 719 euro (tav. 2), in diminuzione di 30 euro rispetto al 2019 (-4,0%). Il personale non medico paga un premio mediamente pari al 22,8% di quello del personale medico. Il premio mediano ammonta a 385 euro. La forte variabilità dei premi è anche spiegata dai differenti livelli di esposizione al rischio delle varie specializzazioni sanitarie. I premi pagati dagli operatori sanitari del Sud e delle Isole tendono ad essere inferiori rispetto a quelli delle altre aree del paese. Quest'ultimo divario era presente anche negli anni precedenti⁸.

Tav. 2 – Premio medio e premio mediano per la r.c. sanitaria del personale sanitario (2020)
(euro)

Area di residenza	Personale medico		Personale sanitario non medico		Totale	
	media	mediana	media	mediana	media	mediana
Nord ovest	1.005	528	225	72	761	405
Nord est	909	497	203	52	671	372
Centro	1.026	510	232	78	773	394
Sud	842	471	185	65	673	379
Isole	806	460	207	72	641	363
Totale	939	497	215	69	719	385

Le denunce di sinistro seguono un trend di diminuzione

L'evoluzione delle denunce e dei risarcimenti – Nel 2020 le compagnie hanno ricevuto 15.926 denunce (Allegato, Tavola 4), inferiori a quelle del 2019 (-16,2%) e seguenti un *trend* di diminuzione di medio-lungo periodo (-29,1% rispetto al 2016, -51,8% rispetto al 2011). La flessione rispetto all'anno precedente è dovuta sia alla diminuzione delle denunce riguardanti le strutture pubbliche (-23,8%), in parte attribuibile alla diminuzione del numero di unità assicurate, sia al calo di quelle riguardanti il personale sanitario (-18,8%).

Il 19,6% delle denunce ricevute nel corso del 2020 risulta alla fine dell'anno come senza seguito (quota in aumento di un punto percentuale rispetto al 2019⁹ e superiore a quella corrispondente della r.c. auto¹⁰). La quota di sinistri senza seguito aumenta notevolmente per gli anni meno recenti (pari a oltre la metà delle denunce ricevute prima del 2018). Questo effetto è dovuto alla complessità del settore, che rende necessari tempi lunghi per classificare correttamente le denunce ricevute come prive di seguito.

I sinistri in campo sanitario sono liquidati molto lentamente

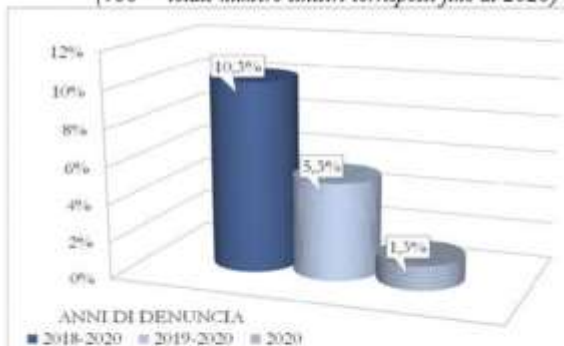
Alla fine del 2020, per i sinistri denunciati tra il 2010 e il 2020, sono stati 68.514 quelli risarciti a titolo definitivo dalle compagnie (Allegato, Tavola 6). Una misura della lentezza dei risarcimenti è data dalla ripartizione per anno di denuncia dei sinistri risarciti a titolo definitivo: i sinistri denunciati dopo il 2017 sono solo il 10,3% del totale (la quota scende al 5,3% per i denunciati dopo il 2018, fig. 6.a).

La tendenza è di liquidare per primi i sinistri di minore entità

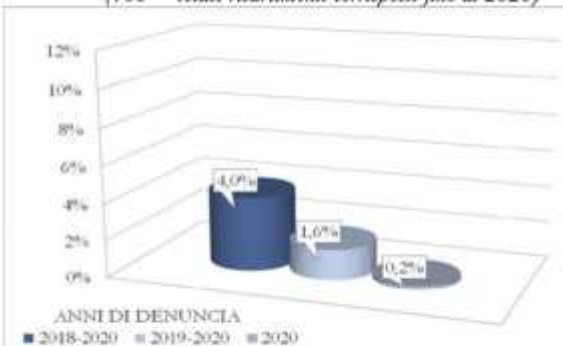
Nello stesso periodo il valore dei risarcimenti erogati (a titolo definitivo o parziale) è pari a 3.266 milioni di euro (Allegato, Tavola 5) e solo il 4% di questi riguarda denunce ricevute dopo il 2017 (l'1,6% per le denunce posteriori al 2018, fig. 6.b). Lo scarto tra le quote dei due grafici 6.a e 6.b deriva dalla propensione a liquidare per primi i sinistri più semplici, caratterizzati da importi di ammontare relativamente modesto.

Fig. 6 – Risarcimenti definitivi erogati entro il 2020 per gli anni recenti di denuncia 2018-2020

(a) Quota di sinistri risarciti a titolo definitivo
(100 = totale numero sinistri corrisposti fino al 2020)



(b) Quota di risarcimenti
(100 = totale risarcimenti corrisposti fino al 2020)



La velocità di liquidazione dei sinistri – Per quanto riguarda le strutture pubbliche, nel 2020 sono state pagate a titolo definitivo l'8,2% delle denunce di sinistri con seguito pervenute nell'anno (Allegato, Tavola 7), percentuale in lieve aumento rispetto al 6,7% dell'anno precedente. Le due frequenze ammontano rispettivamente al 9% e al 5,8% per le strutture private e il personale sanitario.

La velocità di liquidazione per importi ha valori molto più contenuti (Allegato, Tavola 8): 0,4% per le strutture pubbliche, 1,3% per quelle private, 2,9% per il personale sanitario.

La lentezza delle procedure di gestione dei sinistri determina un consistente residuo da liquidare anche per le generazioni di denunce con maggiore antidurata¹¹. Ad esempio, per la generazione del 2010 restavano ancora da liquidare a fine 2020 rispettivamente l'11,9% dei sinistri e il 18% degli importi.

Il risarcimento medio dei sinistri – Il 2020, caratterizzato dall'emergenza pandemica, si distingue per una forte flessione dei risarcimenti medi delle strutture pubbliche e private (Allegato, Tavola 9), ammontanti rispettivamente a 3.915 (-43,6% rispetto al 2019) e 6.245 euro (-40,7%). Il risarcimento medio per i sinistri del personale sanitario, pari a 10.833 euro, è invece in aumento (+19,7%).

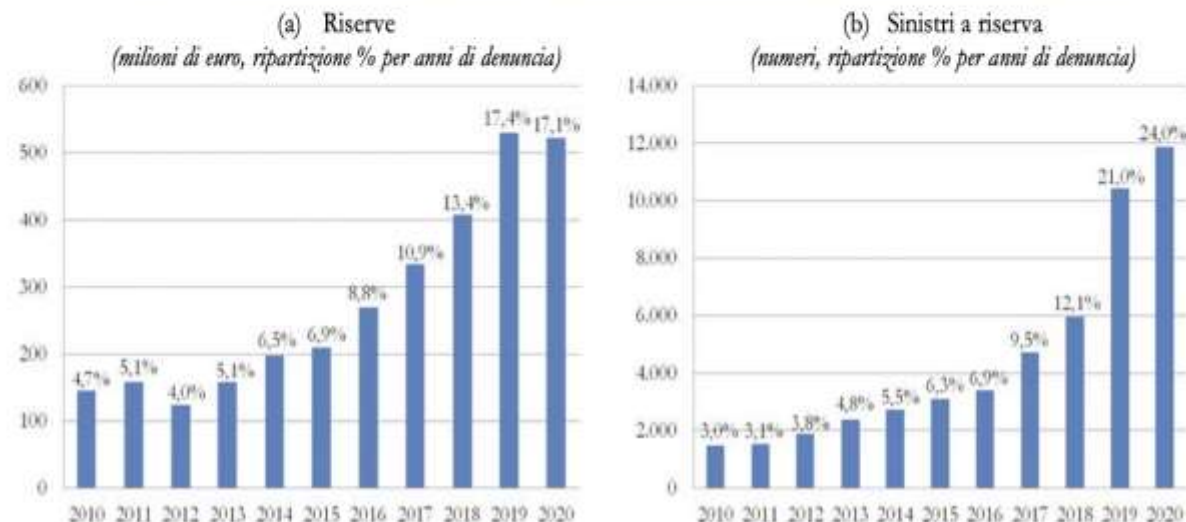
Il ritardo di liquidazione dei sinistri più gravi spiega anche la crescita del risarcimento medio all'aumentare dell'antidurata¹². Ad esempio, per le denunce del 2010 delle strutture pubbliche, il risarcimento medio fino alla fine del 2020 ammonta a 61.132 euro, pari a tre volte e mezzo quello medio del 2010.

Le riserve sinistri – Le riserve accantonate alla fine del 2020 per i sinistri denunciati tra il 2010 e il 2020

ammontano a 3.055 milioni¹³ (Allegato, Tavola 2) per 49.473 sinistri (Allegato, Tavola 3).

L'82,9% del valore delle riserve riguarda sinistri denunciati prima del 2020 (fig. 7.a), relativi al 76% dei sinistri a riserva (fig. 7.b).

Fig. 7 – Ripartizione delle riserve a fine 2020 per gli anni di denuncia 2010-2020



Il riservato medio a fine 2020 per le denunce dello stesso anno è pari a 86.239 euro per le strutture pubbliche, 47.921 per quelle private e a 19.811 euro per il personale sanitario (Allegato, Tavola 10). L'anno, che si presenta del tutto particolare per via dell'emergenza sanitaria, registra un forte aumento dell'indicatore rispetto al 2019 per le strutture private (+29,4%) e per gli operatori sanitari (+24,8%), a fronte di una lieve diminuzione per le strutture pubbliche (-6,8%).

Le riserve sinistri del settore presentano un *trend* di diminuzione (smontamento) molto lento per le generazioni più anziane e la tendenza a mantenere a lungo a riserva i sinistri più costosi da risarcire. Di conseguenza è molto elevato il rapporto tra valore medio della riserva all'antidurata massima disponibile e quello all'antidurata 0: per la generazione di denunce del 2010 delle strutture pubbliche tale rapporto ammonta a 3,1.

Il costo medio totale dei sinistri – Il costo medio complessivo dei sinistri con seguito pervenuti nel 2020 ammonta a 79.519 euro per le strutture pubbliche (Allegato, Tavola 11), 44.186 per quelle private e 18.491 per il personale sanitario¹⁴.

La crisi del «modello «tradizionale» di assicurazione del rischio «sanitario»: tradizione vs innovazione

Il ricorso alla cosiddetta “*autoassicurazione*» (dal termine anglosassone *self-insurance*) ha caratterizzato le scelte di molte Regioni italiane negli ultimi anni, quale **risposta alla carenza di offerte assicurative, talora inadeguate alle realtà da assicurare, a premi divenuti insostenibili / non convenienti**

Titolo III – le misure analoghe

fondo rischi (art. 9)

E' un fondo specifico a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento (es. eventi sentinella).

Tiene conto:

- della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura ed è sufficiente a far fronte, nel continuo al costo atteso per i rischi in corso al termine dell'esercizio.

E' utilizzato esclusivamente per il risarcimento danni derivante dalle prestazioni sanitarie erogate

fondo messa a riserva (art. 10)

Comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti, relative ai sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione.

6. L'AUTO-RITENZIONE DEL RISCHIO PER LA COPERTURA DELLA R.C. SANITARIA NELLE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

Accantonamenti e fondi di copertura per l'auto-ritenzione del rischio delle strutture sanitarie pubbliche – Le strutture sanitarie possono gestire internamente, in tutto o in parte, il rischio da responsabilità civile sanitaria²³. Le strutture che optano per questa soluzione costituiscono fondi specificamente destinati a risarcire i pazienti che hanno subito errori sanitari, alimentati da accantonamenti annuali²⁴. Il Ministero della Salute rende disponibili dati relativi a fondi e accantonamenti delle strutture sanitarie pubbliche (tav. 3).

Tav. 3 – Auto-ritenzione del rischio per la r.c. sanitaria delle strutture sanitarie pubbliche
Accantonamenti e fondi di copertura (2012-2019)

	<i>(milioni di euro)</i>							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Accantonamenti								
Area geografica								
Nord	53,9	143,2	196,6	199,0	249,8	293,0	274,3	250,0
Centro	63,5	55,0	81,5	111,4	97,6	126,5	81,9	42,1
Sud-Issole	52,8	58,9	133,7	157,2	163,1	172,9	154,0	128,9
Tipo di struttura								
Struttura sanitaria	144,6	225,2	380,0	410,6	443,9	501,9	451,6	380,0
Amministr. regionale	25,6	32,0	31,9	57,0	66,6	90,5	58,5	41,1
Totale Italia	170,2	257,1	411,8	467,6	510,5	592,4	510,1	421,1
Fondi di copertura								
Area geografica								
Nord	200,8	324,3	490,4	540,2	725,2	931,7	1.087,2	1.140,3
Centro	59,5	148,4	202,4	227,8	331,9	417,1	412,8	342,3
Sud-Issole	58,5	265,0	240,1	362,5	502,1	603,5	704,1	665,4
Tipo di struttura								
Struttura sanitaria	247,8	608,2	758,2	936,7	1.311,0	1.598,4	1.844,3	1.780,9
Amministr. regionale	71,0	129,6	174,7	193,8	248,2	353,9	359,8	367,0
Totale Italia	318,8	737,8	932,8	1.130,5	1.559,2	1.952,3	2.204,1	2.147,9

Nel corso del 2019 le strutture sanitarie pubbliche hanno accantonato fondi per un importo complessivo di 421,1 milioni di euro, in diminuzione rispetto al 2018 (-17,5%): prosegue quindi la riduzione rilevata a partire dal 2018, che fa seguito alla significativa crescita osservata nel periodo 2013-2017. La flessione ha riguardato le strutture di tutte le aree del paese e ha interessato sia quelle che erogano direttamente

l'assistenza sanitaria (-15,9%) sia le amministrazioni regionali (-29,9%).

Nel 2019 i fondi accantonati per la prima volta diminuiscono dopo 6 anni

L'ammontare dei fondi complessivamente accantonati nel 2019 è pari a 2.147,9 milioni di euro, in lieve calo rispetto al 2018 (-2,6%), dopo 6 anni consecutivi di crescita. La flessione registrata riflette la riduzione dei fondi accantonati dalle strutture sanitarie (-3,4%), non compensata dal lieve incremento osservato per le amministrazioni regionali (+2,0%), la cui incidenza relativa sui fondi di copertura complessivi passa dal 16,3% al 17,1%.

Si evidenziano differenze nell'accumulazione dei fondi tra le singole aree geografiche: il Nord continua a registrare una crescita (+4,9%) dei fondi di copertura (sebbene in decelerazione rispetto agli anni precedenti), in controtendenza rispetto alla flessione delle altre aree del Paese.

A livello territoriale più disaggregato, anche per il 2019 il Veneto è la regione con i maggiori accantonamenti (22,2% del totale, per un importo di 93,5 milioni, tav. 4), seguita dalla Lombardia (72,2 milioni) e dalla Campania (61,8 milioni). Sono in forte diminuzione gli accantonamenti del Lazio (pari a 22,6 milioni, rispetto ai 60,8 milioni del 2018)²⁵.

Tav. 4 – Auto-ritenzione del rischio per la r.c. sanitaria delle strutture sanitarie pubbliche
Accantonamenti e fondi di copertura per regioni e province autonome (2019)

Regioni e prov. autonome	Accantonamenti			Fondi di copertura		
	Totale	%	Per abitante	Totale	%	Per abitante
Piemonte	91	0,0%	0,0	127.411	5,9%	29,6
Valle d'Aosta	0	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0
Lombardia	72.156	17,1%	7,2	329.329	15,3%	32,8
Prov. aut. di Bolzano	0	0,0%	0,0	34	0,0%	0,1
Prov. aut. di Trento	7.833	1,9%	14,4	31.281	1,5%	57,4
Veneto	93.477	22,2%	19,2	351.212	16,4%	72,0
Friuli V.G.	0	0,0%	0,0	1.362	0,1%	1,1
Liguria	23.867	5,7%	15,7	67.939	3,2%	44,6
Emilia Romagna	52.621	12,5%	11,8	231.689	10,8%	51,9
Toscana	2.559	0,6%	0,7	19.135	0,9%	5,2
Umbria	15.951	3,8%	18,3	66.240	3,1%	76,1
Marche	1.000	0,2%	0,7	33.127	1,5%	21,9
Lazio	22.566	5,4%	3,9	223.755	10,4%	38,9
Abruzzo	0	0,0%	0,0	12.323	0,6%	9,5
Molise	0	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0
Campania	61.845	14,7%	10,8	219.897	10,2%	38,5
Puglia	19.731	4,7%	5,0	64.633	3,0%	16,3
Basilicata	1.944	0,5%	3,5	18.248	0,8%	33,0
Calabria	5.488	1,3%	2,9	4.533	0,2%	2,4
Sicilia	34.716	8,2%	7,1	295.655	13,8%	60,6
Sardegna	5.207	1,2%	3,2	50.089	2,3%	31,1
Totale Italia	421.050	100,0%	7,1	2.147.891	100,0%	36,0

FONDO RISCHI E FONDO MESSA A RISERVA

LEGGE 24/2017, ARTICOLO 10 COMMA 6

- PREVEDE I REQUISITI MINIMI DELLE POLIZZE ASSICURATIVE MEDIANTE L'INDIVIDUAZIONE DI CLASSI DI RISCHIO A CUI FAR CORRISPONDERE MASSIMALI DIFFERENZIATI
- PREVISIONE NEL BILANCIO DELLE STRUTTURE DI UN FONDO RISCHI E DI UN FONDO COSTITUITO DALLA MESSA A RISERVA PER COMPETENZA DEI RISARCIMENTI RELATIVI AI SINISTRI DENUNCIATI

DECRETO ATTUATIVO

- DEFINIZIONI (SIR E FRANCHIGIA)
- MASSIMALI
- OPPONIBILITA' AL TERZO DI SIR E FRANCHIGIA
- CLAIMS MADE
- FONDO DEDICATO PER RISCHI "INDIVIDUABILI AL TERMINE DELL'ESERCIZIO E CHE POSSONO DAR LUOGO A RICHIESTE DI RISARCIMENTO"
- FONDO RISERVA PER COMPETENZA DEI RISARCIMENTI RELATIVI A SINISTRI DENUNCIATI

Art. 4

Massimali minimi di garanzia delle polizze assicurative

1. I massimali minimi di garanzia delle coperture assicurative dei contratti assicurativi obbligatori per la responsabilità civile verso terzi di cui all'articolo 10, comma 1 della Legge, individuati per diverse classi di rischio, sono i seguenti:

Dal confronto delle Regioni diventa operativo l'obbligo della copertura assicurativa dei medici e degli infermieri anche nei confronti della struttura all'interno della quale opera che, a sua volta, può rivalersi sugli operatori sanitari in caso di colpa grave. I massimali stabiliti per i professionisti sanitari sono:

- per coloro che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, è previsto un massimale non inferiore a 1 milione di euro, e un massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
- per coloro che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, è previsto un massimale non inferiore a 2 milioni di euro per sinistro, e massimale per ciascun anno non inferiore al triplo del massimale per sinistro;
- per i sinistri in serie, il massimale per sinistro e per anno deve non inferiore al triplo del massimale per sinistro, indipendentemente dal numero dei danneggiati.

...confrontiamoci...

(art. 14 – Funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri)

Art. 14

Funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazione dei sinistri

1. La struttura istituisce al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, la funzione valutazione dei sinistri in grado di valutare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste indirizzate alla struttura. Tale funzione dovrà fornire il necessario supporto ai fini della determinazione di corrette e congrue poste da inserire in bilancio relativamente ai fondi di cui agli articoli 9 e 10. Le competenze minime obbligatorie, interne o esterne, che la struttura deve garantire sono le seguenti:
 - a) *medicina legale;*
 - b) *“loss adjuster”;*
 - c) *avvocato o altra figura professionale, con competenze giuridico legali, dell'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;*
 - d) *gestione del rischio (“risk management”).*
2. Il processo di stima dei fondi, in applicazione degli specifici principi contabili di riferimento, laddove necessario, potrà richiedere particolari conoscenze e l'utilizzo di tecniche probabilistico attuariali ed idonee esperienze ai fini della misurazione dei relativi oneri da fronteggiare con la costituzione dei fondi **di cui agli articoli 9 e 10.**

Decisiva per la
quotazione del premio
assicurativo (!)

Isorisorse (?)

Art. 15

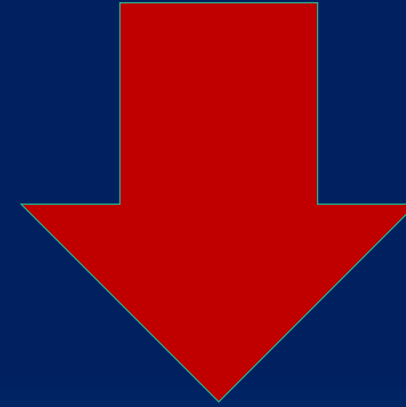
Gestione del rischio assicurativo

1. La struttura identifica annualmente i principali rischi di responsabilità civile in ambito sanitario cui la stessa è esposta e le azioni necessarie per la loro mitigazione senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.
2. La struttura ha il compito di valutare, gestire e monitorare i rischi in un'ottica attuale e prospettica, anche al fine, nel caso di ricorso all'assicurazione, di fornire all'assicuratore le informazioni minime sul rischio specifico da assicurare per la corretta quotazione del premio, attraverso un processo di analisi che include una valutazione sia delle prestazioni sanitarie offerte sia dell'utenza che ne usufruisce.
3. Per la determinazione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, i processi di valutazione, di cui la struttura si dota, sono effettuati su base continuativa, anche per tenere conto dell'insorgenza di nuovi rischi nascenti dall'offerta di nuove prestazioni sanitarie o dal mutamento di quelle già fornite.
4. La struttura predispone una relazione annuale sull'adeguatezza ed efficacia dei processi di valutazione dei rischi, sul raffronto tra le valutazioni effettuate e i risultati emersi, nonché sulle criticità riscontrate, proponendo i necessari interventi migliorativi.

All'orizzonte: la pandemia giudiziaria (?)



Lo scenario pandemico ha posto le strutture sanitarie e gli operatori di fronte alla sostanziale mancanza di linee guida specifiche, siano esse organizzative o cliniche, che potrebbe indurre a privilegiare, piuttosto che una ossessiva ricerca del responsabile, sistemi di sostegno sociale a matrice più solidaristica.

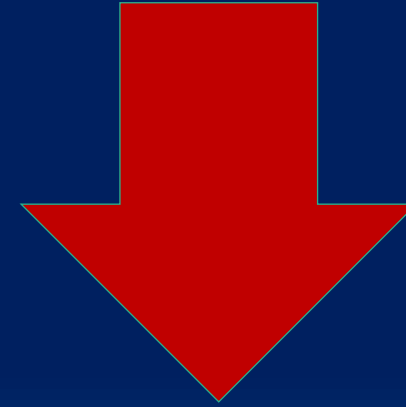


L'art. 1 della L 24/2017 pone la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, che si realizza «anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e **l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.**

All'orizzonte: la pandemia giudiziaria (?)



Nell'emergenza COVID non esistono «modelli cristallizzati di condotta» cui riferirsi. Nella incessante attività di riorganizzazione ogni ente si è trovato di fronte alla necessità di rivedere quotidianamente i propri schemi, di seguire protocolli e linee di azioni in continua evoluzione, che cambiavano di volta in volta alla luce delle informazioni e dei riscontri sperimentali che l'esperienza sul campo di giorno in giorno consentiva di acquisire.



I profili difensivi per le strutture sanitarie, chiamate a rispondere della gestione dei contagi e della cura dei malati, saranno resi più complessi dalla natura contrattuale della loro presunta responsabilità, aggravata da una sorta di presunzione causale che da sempre la giurisprudenza riconosce in caso di infezioni nosocomiali (contagio da COVID-19 in pendenza di ricovero).

5. L'IMPATTO DEL COVID-19 SULL'R.C. SANITARIA

Nell'indagine condotta nel 2021 sono state richieste specifiche informazioni aggiuntive alle imprese di assicurazione operanti nel settore della responsabilità civile sanitaria²⁰, con l'obiettivo di quantificare l'impatto dei sinistri direttamente riconducibili al Covid-19 sulla gestione complessiva e valutare i possibili effetti della pandemia sulle caratteristiche contrattuali delle coperture assicurative.

I sinistri riferibili al Covid-19 costituiscono il 2,5% delle denunce dell'anno

I risarcimenti corrisposti per i sinistri causati dal Covid-19 sono una quota modesta del totale

Gli importi riservati rappresentano il 6,4% del totale

L'impatto del Covid-19 è risultato contenuto...

...ma gli effetti potrebbero essere più ampi e riguardare anche le clausole contrattuali

Dalle evidenze acquisite emerge che nel 2020 sono stati denunciati 404 sinistri riferibili al Covid-19, con un'incidenza del 2,5% sul totale dei sinistri denunciati nell'anno²¹: le imprese di assicurazione hanno effettuato accantonamenti per 346 sinistri; gli altri 58 sono stati chiusi senza seguito (Allegato, Tavola 14).

L'incidenza del Covid-19 sui pagamenti corrisposti dalle compagnie per i sinistri denunciati nel 2020 si è rivelata piuttosto contenuta (Allegato, Tavola 15): i risarcimenti per sinistri causati dal Covid-19 ammontano a circa 190 mila euro e fanno riferimento esclusivamente a sinistri pagati parzialmente. Questo importo è pari rispettivamente al 6% del totale dei pagamenti a titolo parziale e al 3% di quelli totali (a titolo parziale o definitivo) relativi ai sinistri accaduti nel 2020²².

Le riserve per denunce di sinistro, riferibili al Covid-19, accantonate in previsione di risarcimenti futuri ammontano a 33,7 milioni di euro e rappresentano il 6,4% dell'importo totale riservato per la generazione di sinistri 2020. Il 65% degli importi riservati fa riferimento alle strutture sanitarie private, settore che potrebbe aver risentito dei focolai di contagio registrati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Sebbene l'impatto osservato fino a questo momento risulti piuttosto contenuto, si ricorda che la gestione dei sinistri in ambito r.c. sanitaria tende a protrarsi nel tempo e effetti più ampi della pandemia sulla sinistrosità del settore potrebbero manifestarsi negli anni successivi.

Nel contesto dell'emergenza sanitaria le compagnie sono state chiamate a una valutazione ancor più attenta dei rischi. In relazione alle clausole contrattuali applicate, 14 compagnie, su un totale di 28 con almeno una copertura attiva tra il 2020 e il 2021, dichiarano di aver introdotto o di voler introdurre clausole di esclusione o di limitazione del rischio o aggravanti tariffarie per la copertura dei rischi pandemici (Allegato, Tavola 16).

Il consulente nell'ATP deve possedere



- **necessariamente capacità e competenze in materia di tecniche di conciliazione e mediazione**
- **requisiti di imparzialità e indipendenza**

Cosa deve fare il CTU

Il consulente non è chiamato ad *accertare* l'esistenza del diritto dedotto, inteso nel senso di attività cognitiva relativa alla triade →

***norma-fatto-effetto*, poiché tale accertamento spetta soltanto al giudice**

il consulente, in primo luogo,

○ **deve procedere alla attività cognitivo-valutativa tecnica che gli è propria in osservanza dei quesiti posti**

e, in secondo luogo,

○ **“ove possibile”, deve tentare la conciliazione (la quale non costituisce attività di consulenza)**

I possibili esiti del procedimento

Il consulente tecnico, prima di depositare la relazione in cancelleria, tenta, *ove possibile*, la conciliazione tra le parti

Si può osservare, a questo proposito, che, nonostante la lettera della legge, il tentativo di conciliazione è soltanto apparentemente facoltativo

Il consulente, in altri termini, *deve* tentare la conciliazione ove ve ne sia la possibilità, non avendo nessun potere discrezionale in tal senso

L'indagine sulla *possibilità* dovrebbe tenere conto di due elementi →

- la natura della causa**
- il concreto atteggiamento assunto dalle parti prima del deposito della relazione in cancelleria, che potrebbe indurre il consulente a non tentare la conciliazione perché ritenuta del tutto inefficace**

Non si può infatti imporre una trattativa tra le parti se queste dimostrano di non avere alcuna intenzione di procedere in tal senso

Articolo 6 – Valutazione della speciale competenza

1. I codici di rito (art. 15 disp. att. c.p.c; art. 69 disp. att. c.p.p.) indicano quale requisito principale per l'iscrizione agli albi, accanto a quelli di onorabilità, quello della “speciale competenza”.
2. La “speciale competenza” non si esaurisce di norma nel mero possesso del titolo di specializzazione, ma si sostanzia nella concreta conoscenza teorica e pratica della disciplina, come può emergere sia dal curriculum formativo e/o scientifico sia dall'esperienza professionale del singolo esperto.
3. Il presente protocollo si propone quindi di indicare elementi di valutazione della speciale competenza, ulteriori rispetto al titolo di specializzazione, al fine sia di favorire un'adeguata valutazione da parte dei singoli Comitati circondariali sia, prima ancora, di indirizzare ogni esperto nell'allegazione di tutti gli opportuni elementi in sede di compilazione della domanda di iscrizione/riconferma all'albo.
4. Tali elementi di valutazione possono individuarsi:

1. TEMPORALE
2. FORMATIVO
3. PROFESSIONALE
4. SCIENTIFICO
5. ACCADEMICO

- a) nell'esercizio della professione nella rispettiva disciplina per un periodo minimo, successivo al conseguimento del titolo di specializzazione, che, orientativamente, dovrebbe essere non inferiore ai 5 anni;
 - b) nel possesso di un adeguato curriculum formativo post-universitario nella rispettiva disciplina, indicante sia i corsi di livello universitario o assimilato, sia i corsi di aggiornamento rilevanti ai soli fini del circuito ECM, nonché le eventuali attività di docenza;
 - c) nel possesso di un adeguato curriculum professionale, indicante le posizioni ricoperte e le attività svolte nella propria carriera professionale (a titolo esemplificativo: ruoli svolti, datori di lavoro, strutture ove si è prestato servizio, tipi e aree di attività praticate, attività di consulenza professionale svolta presso imprese ecc.);
 - d) nell'eventuale possesso di un curriculum scientifico, indicante attività di ricerca e pubblicazioni, oltre all'iscrizione a società scientifiche;
 - e) nell'eventuale possesso di riconoscimenti accademici o professionali o di altri elementi che possono connotare l'elevata qualificazione del professionista.
5. E raccomandabile che tali elementi di valutazione vengano considerati in concorso tra loro, assegnando una priorità relativa al periodo di minimo di esercizio della professione di cui al precedente comma 4, lett. a); la carenza di tale elemento dovrebbe orientare al rigetto della domanda, a meno che essa venga compensata dalla particolare qualità del profilo professionale emergente dagli altri elementi di valutazione;
 6. Nel caso in cui la specializzazione comprenda lo svolgimento di attività chirurgica, si raccomanda di considerare, ai fini della valutazione della speciale competenza, l'effettivo svolgimento della stessa, documentato da ogni candidato in modo da far emergere branche e tipi degli interventi sui quali si è maturata esperienza, nonché in modo da offrire al Comitato elementi relativi al consolidamento di tale esperienza.
 7. In considerazione delle peculiarità del percorso di specializzazione dei medici legali, specificamente volto a fornire competenze funzionali alla collaborazione tecnica con l'amministrazione della giustizia e con gli operatori forensi, e tenuto conto anche della presenza necessaria di questa figura nei procedimenti concernenti la responsabilità sanitaria ai sensi dell'art. 15, l. 24/2014, appare adeguato che, in questo caso, non sia mai richiesto il periodo minimo di esercizio della professione di cui al precedente comma 4, lett. a), restando invece fermi gli altri elementi di valutazione della speciale competenza.
 8. In considerazione delle peculiarità del percorso di specializzazione e del profilo di competenza dei medici di medicina generale, appare adeguato che in questo caso il periodo minimo di esercizio della professione di cui al precedente comma 4, lett. a), sia stabilito in dieci anni successivi al completamento del percorso, restando inoltre fermi gli altri elementi di valutazione della speciale competenza.
 9. In considerazione delle peculiarità del percorso di formazione e del profilo di competenza dei medici odontoiatri, appare adeguato che, nel caso in cui non sia

Certificazione e accreditamento

- **I professionisti**

Accreditamento e certificazione dei
professionisti in materia di responsabilità
professionale

Definizione di competenza professionale

CERTIFICAZIONE DI QUALITA'

**PERITO
CONSULENTE**

AUTOREFERENZIALITA'



Annibale Carracci, Ercole al bivio, olio su tela, 1595- 1596