

Linee di indirizzo per la gestione diretta dei sinistri RCT nella sanità Toscana

In generale dal 1 Gennaio 2010 e nello specifico al progressivo scadere dei contratti di assicurazione, senza alcuna soluzione di continuità con gli stessi, le Aziende sanitarie della Regione Toscana provvedono in via diretta, previa valutazione del raggiungimento delle condizioni organizzative necessarie, alla gestione del rischio per responsabilità civile, senza trasferire il medesimo ad una Compagnia di assicurazioni.

Al fine di rendere omogenee le modalità di attuazione del nuovo sistema di gestione dei sinistri nelle Aziende sanitarie, sono emanate le seguenti linee di indirizzo inerenti i seguenti punti:

1. Organizzazione dei Comitati per la gestione dei sinistri
2. Tempistica relativa alla gestione e liquidazione degli indennizzi
3. il pagamento dei sinistri
4. Monitoraggio del fenomeno e flussi informativi
5. Formazione

1. Organizzazione dei Comitati Gestione Sinistri (CGS)

In ogni azienda sanitaria è costituito il Comitato Gestione Sinistri per la trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri in via transattiva.

Esso è costituito da:

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

Le funzioni svolte dai referenti dell'Osservatorio medico legale del contenzioso, in base alla delibera GRT. n. 225/2006 , sono svolte all'interno del Comitato stesso.

Nella fase di prima implementazione del sistema, il Comitato potrà essere affiancato da un loss adjuster, professionista esterno, esperto nella liquidazione del danno e nell'estimo assicurativo.

Tale Comitato, qualora nella singola azienda non siano presenti tutte le competenze necessarie al suo corretto funzionamento, potrà essere potenziato con professionisti

di area clinica o tecnica provenienti anche da altre aziende sanitarie e ospedaliere dell'area vasta, nell'ambito delle proprie funzioni istituzionali.

Il Comitato potrà essere eventualmente interaziendale, costituito cioè da operatori appartenenti a diverse Aziende mediante specifici accordi tra le medesime.

Per il monitoraggio della sinistrosità a livello di Area Vasta, il CGS aziendale o interaziendale si avvarrà di analogo Comitato Gestione Sinistri di Area Vasta i cui componenti sono designati, con le medesime professionalità sopra indicate, dal Comitato dei Direttori Generali di Area Vasta.

Tale Comitato di Area Vasta, nel rispetto delle disposizioni fissate dal D.Lgs.196/2003 in tema di trattamento di dati sensibili e personali, su richiesta dei comitati aziendali, svolge anche funzioni di *second opinion* relativamente a quei sinistri di particolare delicatezza e complessità per i quali si renda necessario un ulteriore approfondimento.

Nei casi in cui si possa configurare conflitto di interessi, il componente sarà prontamente sostituito con altro professionista individuato all'interno dell'Area Vasta, nell'ambito di appositi elenchi di personale.

Per il monitoraggio del fenomeno e dei flussi informativi, e per un corretto ed aggiornato *data entry*, è fatto obbligo alle Aziende di provvedere alla regolare alimentazione del sistema regionale informatizzato di gestione dei sinistri. Tale sistema contiene tutte le informazioni necessarie per l'espletamento delle funzioni proprie dei Comitati (registrazione del sinistro, atti istruttori, documentazione sanitaria e eventuale liquidazione del singolo caso, eventuale contenzioso, etc.)

Ai fini dell'analisi della sinistrosità aziendale, devono essere inseriti nel sistema regionale informatizzato di gestione dei sinistri, non solo le richieste risarcitorie presentate dal cittadino/utente in via stragiudiziale e giudiziale, ma ogni altro evento che l'Azienda ritenga causa di eventuale futura richiesta risarcitoria.

Per la massima informazione sugli eventi avversi che possono dar luogo ad una richiesta di risarcimento, il sistema di informatizzazione dei sinistri sarà integrato con i dati provenienti dal sistema di *incident reporting* e dei reclami.

Ogni Azienda adotterà proprie procedure formali per la gestione e trattazione dei sinistri, da inserire nel sistema aziendale "Qualità e sicurezza delle cure".

Il Centro di Gestione del Rischio Clinico svolge funzioni di governo clinico del sistema di gestione del rischio e di promozione della qualità e sicurezza e per il controllo della sinistrosità

2. Tempistica relativa alla gestione e liquidazione degli indennizzi

Al fine di garantire la trasparenza nella gestione dei sinistri, per ridurre il contenzioso e accelerare la liquidazione di tutti i sinistri per i quali sia stata accertata la responsabilità della Azienda, si ritiene che ogni CGS aziendale debba provvedere a:

- a) iscrivere prontamente 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 dalla 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 a dodici mesi.

3. Il pagamento dei sinistri

La gestione diretta del rischio pone a carico della Regione, tramite il Fondo Sanitario Regionale, i costi relativi alla responsabilità civile relativa ai sinistri sanitari. Pertanto, il Fondo Sanitario Regionale garantisce, la copertura degli esborsi che le Aziende dovranno effettuare, nel corso di ciascun anno, per ciascun sinistro liquidato. Ai fini della liquidazione, le Aziende, in sede di Bilancio di Previsione, comunicano alla Regione le stime relative agli esborsi che prevedono di effettuare nel corso dell'anno, affinché nell'assegnazione del Fondo Sanitario siano ricomprese le risorse per la copertura.

Nel corso dell'anno, se dal monitoraggio di cui al punto 4, emergono necessità aggiuntive, la Regione provvederà ad integrare le assegnazioni di cui sopra.

Il Bilancio preventivo comprenderà gli importi che si prevede si debbano pagare in base dagli esiti giudiziari di eventuali cause insorte relativamente ai sinistri affinché la Regione possa garantirne la copertura.

Annualmente l'Azienda rendiconta a consuntivo sugli importi effettivamente pagati rispetto a quanto preventivato

Dal momento che la Regione garantisce la copertura finanziaria di tutte le liquidazioni nel corso dell'anno, a fine esercizio non devono essere effettuati accantonamenti per tali importi nel Bilancio di esercizio aziendale.

4. Monitoraggio del fenomeno e Flussi informativi

Il Laboratorio del Centro Gestione del Rischio Clinico, è incaricato della manutenzione ordinaria e straordinaria del sistema regionale informatico per la gestione dei sinistri, dei reclami, dell'*incident reporting* e della valutazione medico legale del sinistro; in particolare l'attuale sistema in uso dovrà essere dotato, in conformità alle nuove modalità di gestione del sinistro, delle seguenti funzionalità:

- *upload* della documentazione del caso
- inserimento struttura/strutture coinvolte nell'evento

- inserimento specialità medica
- flusso ministeriale dei sinistri in formato xml
- integrazione con dati valutazione medico legale, *incident reporting* e trauma
- reportistica relativa all'elaborazione dati
- moduli per gestione comunicazione utenti/operatori con stampa corrispondente

E' inoltre prevista una integrazione con i *database* esistenti ed il registro dei traumi. Il Centro Gestione Rischio Clinico, con supporto del Comitato tecnico dell'Osservatorio regionale del contenzioso svolge funzioni di riferimento per il monitoraggio della sinistrosità e degli eventi avversi.

Ogni azienda sanitaria dovrà adottare tutte le azioni necessarie per lo sviluppo della gestione e controllo del rischio mediante l'applicazione delle linee di indirizzo regionali e le buone pratiche definite dal Centro di Gestione del Rischio Clinico, l'accreditamento istituzionale e di eccellenza nonché l'applicazione delle raccomandazioni del Ministero della Salute.

A tal fine si stabilisce di erogare un premio, da definire annualmente, alle aziende sanitarie che dimostreranno un miglioramento degli indicatori di risultato e di processo relativamente alla gestione e controllo del rischio clinico e della sinistrosità. Nell'ambito degli obiettivi annuali assegnati dalla Giunta ai Direttori Generali saranno individuati gli opportuni indicatori di natura sanitaria e amministrativa.

5. Formazione

Per quanto concerne la formazione in materia di qualità e sicurezza e medicina legale, al fine di sviluppare ulteriormente le competenze delle funzioni aziendali interessate, il centro Gestione del Rischio Clinico definirà annualmente un piano di formazione da attuare in collaborazione con le Università toscane.

Al fine di garantire una appropriata formazione dei liquidatori, le Aziende possono avvalersi, nella fase di implementazione dei CGS, di personale esterno con la qualifica di *loss adjuster*