

IN SUPREMAE PRAEMINENTIA
DIGNITATIS



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
POLICLINICO UMBERTO I



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

DIDATTICA

RICERCA

ASSISTENZA

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



SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

SICUREZZA DELLE CURE E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

evento on-line
accreditato ECM

La legge n. 24/2017

a cinque anni dall'entrata in vigore

ROMA 04 maggio 2022 [10:00-16:00]

link di iscrizione: <https://attendee.gotowebinar.com/register/3667779897642694928>

Al termine dell'iscrizione, riceverai un'e-mail con informazioni per partecipare all'evento

09:30 Registrazione dei partecipanti

10:00 Saluti istituzionali e apertura lavori

Angelo Tanese, Vice Presidente FIASO, Direttore Generale ASL Roma 1

Antonio D'Urso, Vice Presidente FIASO, Direttore Generale ASL Toscana Sud Est

Giovanni Migliore, Presidente FIASO

1ª SESSIONE

Modera

Roberta Volpini, Direttore Amministrativo ASL Roma 1

10:30 Stato dell'arte e prospettive di una norma di sistema

Federico Celli, Direttore Sanità, Welfare e Coesione Sociale Regione Toscana

11:00 La colpa penale del medico: quali prospettive?

Patrizia Piccialli, Presidente Sez. IV Penale della Corte di Cassazione

11:30 Attualità medico-legali in tema di responsabilità sanitaria

Vittorio Fineschi, Professore Ordinario di Medicina Legale, Sapienza Università di Roma

12:00 Rischio, responsabilità e assicurazione dopo i decreti attuativi della Legge 24

Maurizio Hazan, Avvocato Studio Legale Associato THMR

12:30 Profili applicativi della Legge e ruolo del risk management nelle Aziende

Introduce Andrea Minarini, Presidente SIGERIS ed esperto FIASO

ASL Roma 1 - **Gloria Di Gregorio**, Coordinatore CVS ASL Roma 1

- **Dalila Ranalletta**, Direttore UOC Medicina Legale ASL Roma 1

Azienda Area Vasta Sud Est Toscana

- **Roberto Monaco**, Clinical risk manager Azienda UsI Toscana Sud Est

ASL Napoli 2 Nord - **Fabio Russo**, Health risk manager ASL Napoli 2 Nord

13:30 Light Lunch

2ª SESSIONE

Indirizzo di saluto

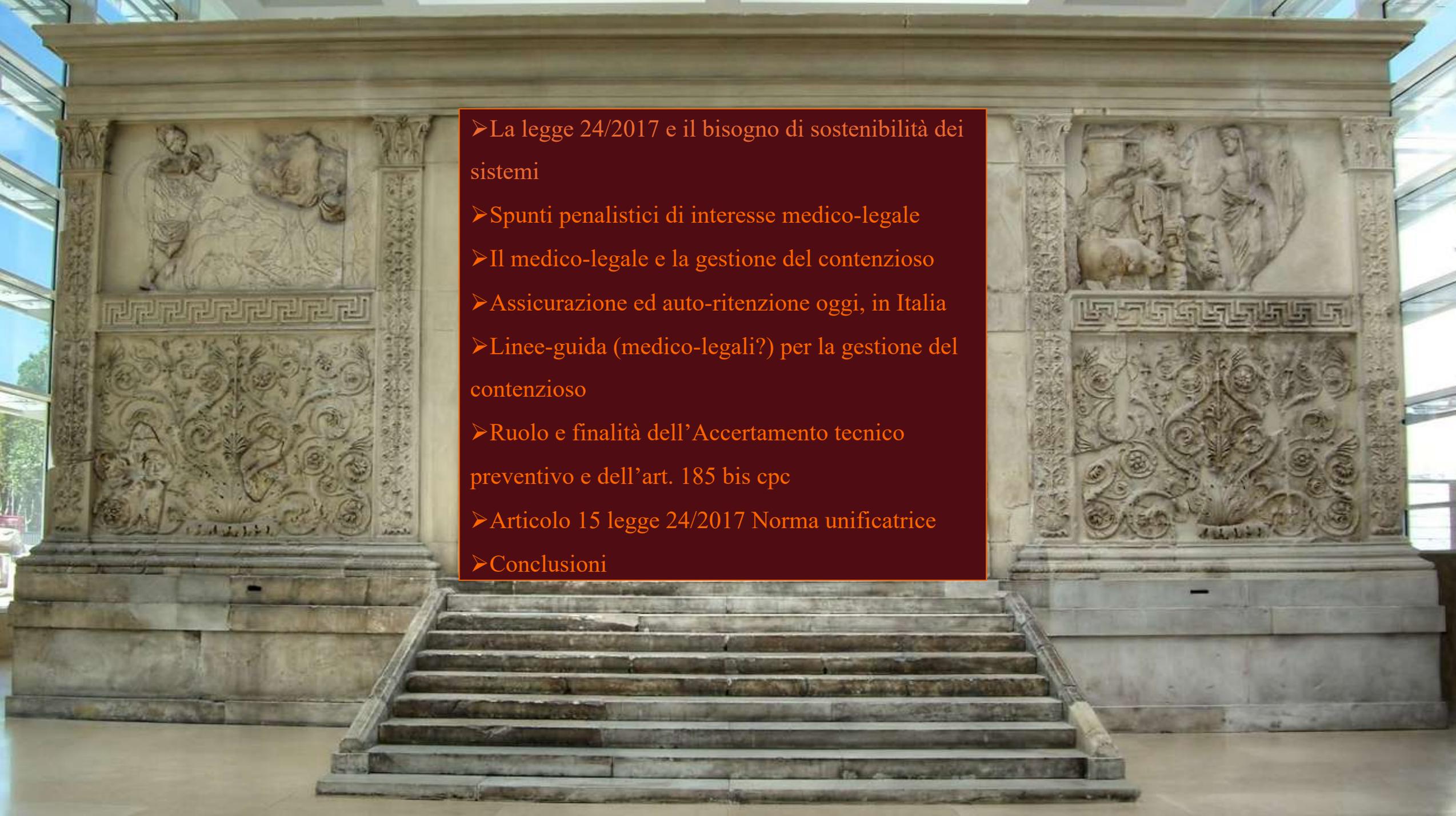
Alessia Alesii, Consigliere dell'Ordine degli Avvocati di Roma

14:30 La responsabilità amministrativo-contabile del personale sanitario

Vito Tenore, Presidente Sezione Corte dei Conti Lombardia, Docente della Scuola Nazionale dell'Amministrazione

15:30 Question time con i partecipanti

16:00 Conclusioni

- 
- La legge 24/2017 e il bisogno di sostenibilità dei sistemi
 - Spunti penalistici di interesse medico-legale
 - Il medico-legale e la gestione del contenzioso
 - Assicurazione ed auto-ritenzione oggi, in Italia
 - Linee-guida (medico-legali?) per la gestione del contenzioso
 - Ruolo e finalità dell'Accertamento tecnico preventivo e dell'art. 185 bis cpc
 - Articolo 15 legge 24/2017 Norma unificatrice
 - 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

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).



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:

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

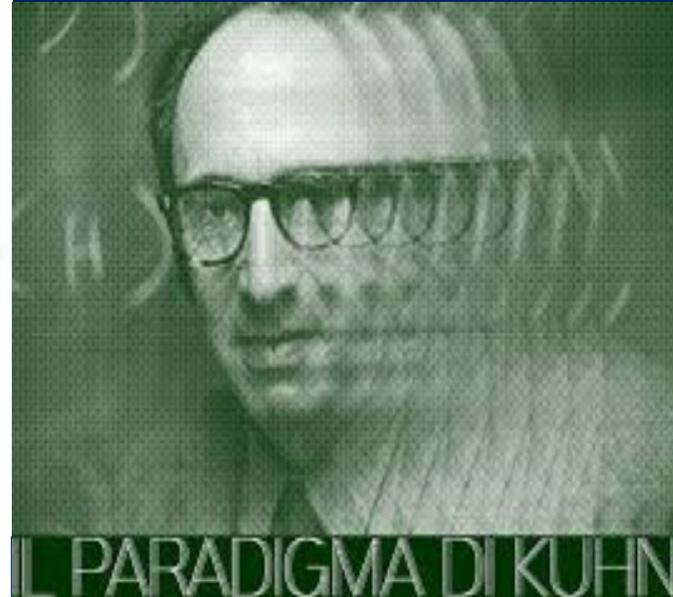
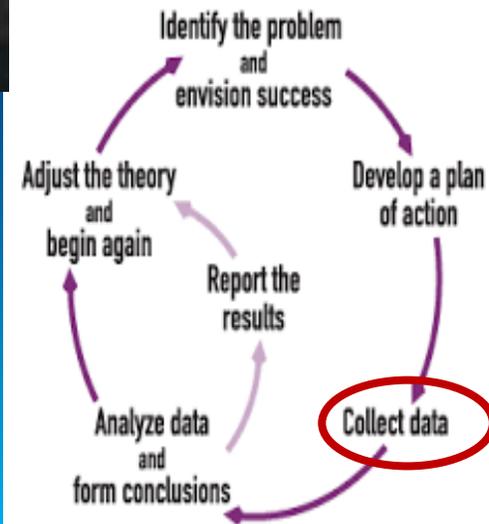
MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

- La progettazione di linee guida per il settore della gestione dei sinistri e del rischio assicurativo in ambito sanitario non si limita all'interpretazione dell'ordinamento vigente ed all'implementazione asettica degli obblighi previsti ma comporta l'applicazione dei principi alla base della *clinical governance*, condivisi dalla ricerca clinica in generale in ambito medico-sanitario, dagli standard necessari all'elaborazione delle raccomandazioni basate sulle prove di efficacia, dai sistemi di autovalutazione e comparazione. Si tratta di partire da una visione organica dei percorsi assistenziali e dall'applicazione sistematica di metodologie di analisi e rimozione o contenimento dei rischi.
- I modelli moderni di *clinical risk management*, costantemente ispirati alla concezione sistemica dell'errore individuale, contrapposta a quella personalistica, integrano le iniziative tradizionali di cosiddetta *safety I* incentrate sui fallimenti e sugli eventi avversi evitabili, con nuove applicazioni di *safety II* improntate anche alla valorizzazione ed enfattizzazione dei successi. L'innovazione costituita da questo rinnovato approccio al problema della sicurezza consente di completare quel processo di riabilitazione del fattore umano da elemento "debole" di rischio incontrollato a risorsa fondamentale per arricchire e completare la flessibilità e la resilienza all'errore del sistema.
- Su questo impianto teorico si svolgono gli strumenti e l'impostazione metodologica propria degli specialisti della gestione del rischio clinico, professionisti a cui talune competenze devono essere attribuite in via esclusiva, non solo per vocazione ed esperienza, ma anche per precisi requisiti di pertinenza e formazione.
- Analogamente a quanto accade per ogni processo clinico-assistenziale, anche per la gestione del contenzioso e del rischio assicurativo è possibile individuare alcuni **indicatori di monitoraggio sia "di processo" che "di esito"**, di cui si suggeriranno alcune possibili implementazioni distinte per ogni fase di gestione stragiudiziale.

PARADIGMA PER IL MIGLIORAMENTO



**MISURA CIO' CHE E' MISURABILE
E RENDI MISURABILE CIO' CHE
NON LO E'
(GALILEO GALILEI)**



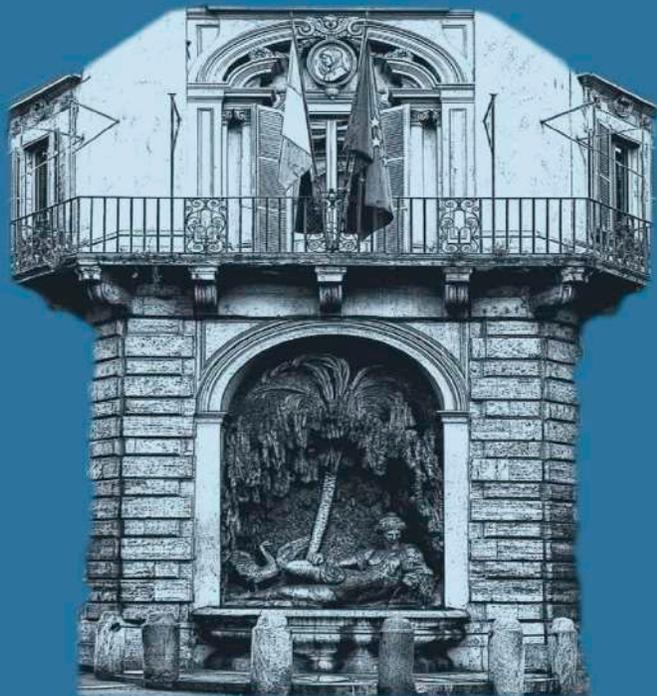
**SOLO CIO' CHE E' MISURABILE
E' MIGLIORABILE**

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.

QUALE METODOLOGIA?

- Il limite che oggi si riscontra nelle prassi interessate è quello per cui alcune strutture sanitarie, proprio per l'assenza di competenze adeguate, sembrano accantonare risorse utilizzando il criterio dei costi dei premi pagati gli anni precedenti, senza beneficiare di vantaggi derivanti dalla scelta assicurativa. Come è noto, infatti, l'assicurazione «a premio» si fonda sul trasferimento del rischio dietro pagamento di una somma, il premio, ad un soggetto, l'impresa di assicurazione, che si assume il rischio. Tale somma è evidentemente inferiore a quella che il soggetto che trasferisce il rischio dovrebbe sopportare se tale rischio si dovesse verificasse. Al concetto di trasferimento è correlato, infatti, anche quello della «frantumazione del rischio mediante la mutualità», in base al quale il costo necessario per provvedere alle necessità del singolo assicurato viene distribuito sulla collettività degli assicurati.

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

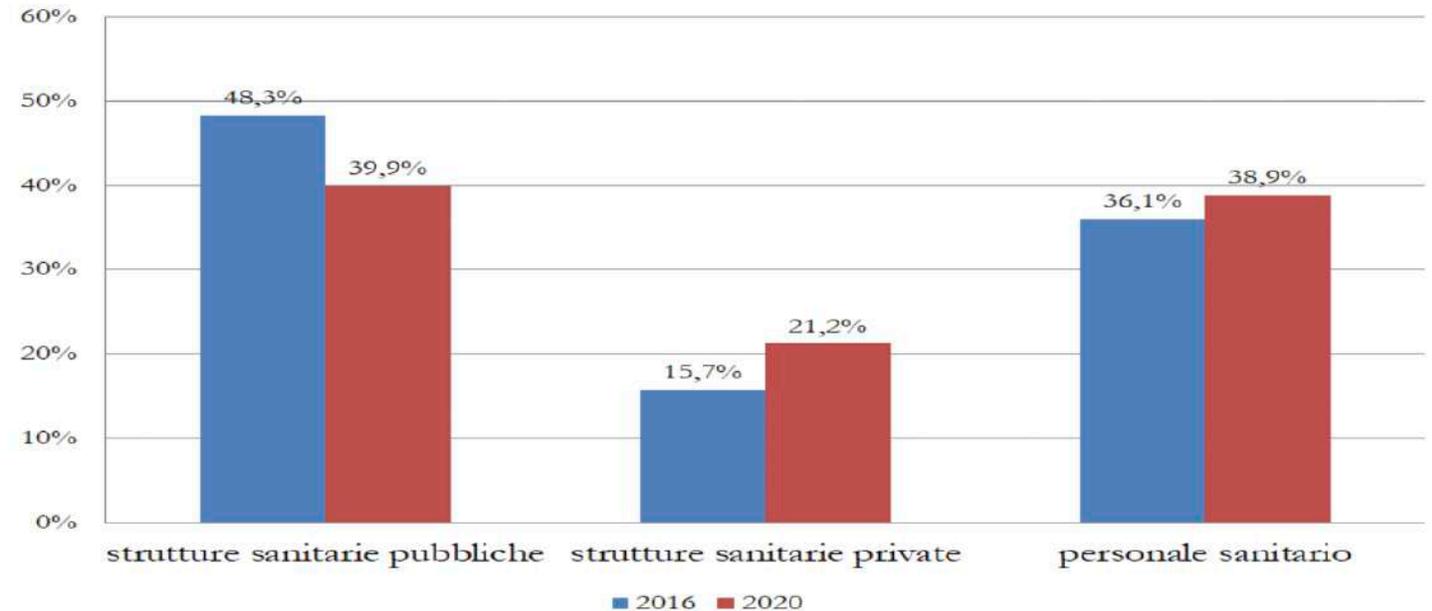
I Premi e le unità assicurate – La raccolta premi ammonta a 604 milioni di euro nel 2020, in aumento (+4,4%) rispetto all'anno precedente (Allegato, Tavola 1). Dopo 4 anni consecutivi di flessione cresce la raccolta premi per le strutture pubbliche (+4,2%). L'espansione dei premi per le strutture private 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)

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).

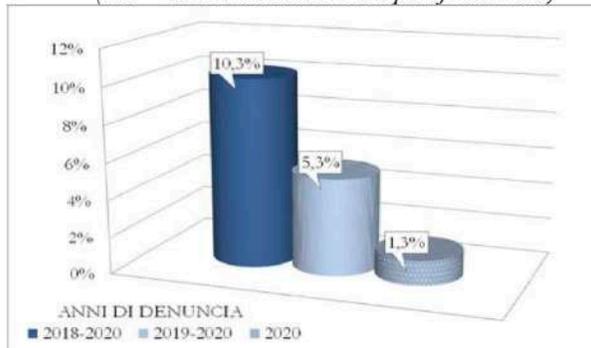
La tendenza è di liquidare per primi i sinistri di minore entità

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

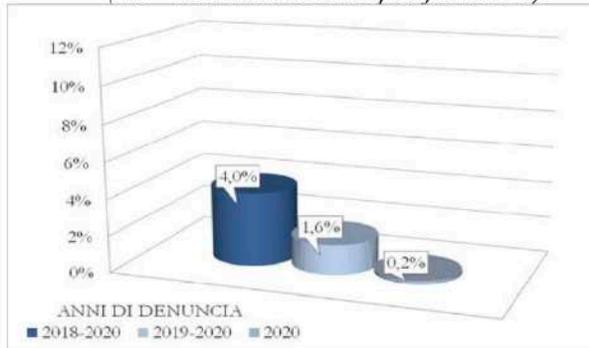
(a) Quota di sinistri risarciti a titolo definitivo

(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

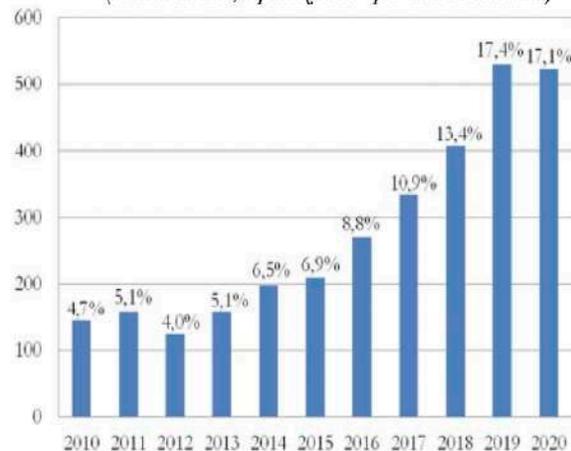
ammontano a 3.055 milioni¹³ (Allegato, Tavola 2) per 49.473 sinistri (Allegato, Tavola 3).

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

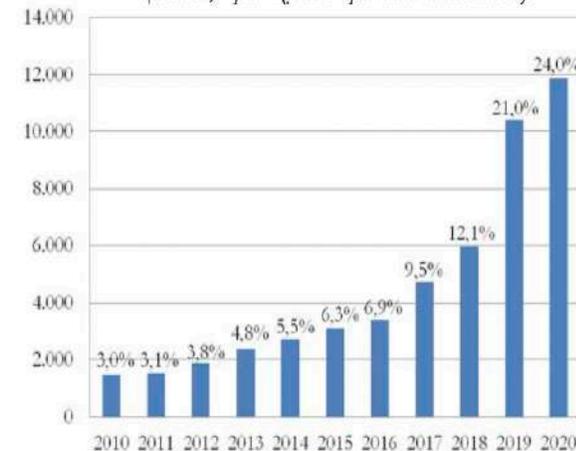
(a) Riserve

(milioni di euro, ripartizione % per anni di denuncia)



(b) Sinistri a riserva

(numeri, ripartizione % per anni di denuncia)



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	<i>(totali in migliaia di euro, valori per abitante in euro)</i>					
	Accantonamenti		Per abitante	Fondi di copertura		Per abitante
	Totale	%		Totale	%	
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

...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.

GRUPPO DI LAVORO:

POLICLINICO UMBERTO I, POLICLINICO GEMELLI, CAMPUS BIOMEDICO, OSPEDALE SANT'ANDREA

Article/

Clinical risk: performance indicators in healthcare. Which paradigm for improvement? Construction and testing of a set of indicators for measuring the outcomes.

Nicola Di Fazio ¹, Matteo Scopetti ¹ *, Giuseppe Delogu ¹, Raffaele La Russa ², Federica Foti ³, Vincenzo M. Grassi ³, Giuseppe Vetrugno ³, Francesco De Micco ⁴, Paola Frati ¹ and Vittorio Fineschi ¹

¹ Department of Anatomical, Histological, Forensic and Orthopaedic Sciences, Sapienza University of Rome, Rome 00128, Italy; NDF nicola.difazio@uniroma1.it; GD giuseppe.delogu@uniroma1.it; MS matteo.scopetti@uniroma1.it; PF paola.frati@uniroma1.it; VF vittorio.fineschi@uniroma1.it

² Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Foggia, Foggia 71122, Italy; raffaele.la-russa@unifg.it

³ Risk Management Unit, Fondazione Policlinico Universitario "A Gemelli" IRCCS – Legal Medicine, Department of Health Surveillance and Bioethics, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome 00168, Italy; risk.management@policlinicogemelli.it; giuseppe.vetrugno@unicatt.it

⁴ Bioethics and Humanities Research Unit, Campus Bio-Medico University of Rome, Rome 00128, Italy; f.demicco@unicampus.it

* Correspondence: matteo.scopetti@uniroma1.it; Tel.: 3339380666

Abstract: Healthcare Institutions can monitor the provided services and eventually improve their efficiency through clinical governance. As stated by current Italian legislation, identifying both critical and excellent areas in hospital settings constitutes a pivotal goal nationally and locally. This aims at developing improvement strategies and correctly direct investments. Therefore, numerous initiatives of hospital and professional ranking have spread through the last few years. In the present study, data from claims management in Umberto I General Hospital, Agostino Gemelli University Hospital Foundation and Campus Bio-Medico University Hospital from 2013 to 2020 were collected. 2098 files were examined and a set of 13 outcome indicators in the assessment of “quality of care” was proposed. Emerged data highlights how, following a correct and rigorous categorization of hospital events, it is possible to analyze these medico-legal aspects using a small number of indicators. Furthermore, it is important to consider how a consistent percentage of remaining events was difficult to index as well as of poor scientific interest. These performance indicators frame the picture of a hospital’s reality, recognizing any critical point and its evolution over time.

Keywords: clinical risk management, medical liability, patient safety indicator, performance indicator, cost-effectiveness, adverse event, national rules and laws in clinical risk management.

Citation: [Lastname, F.](#); [Lastname, F.](#); [Lastname, F.](#) Title. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, *19*, x. <https://doi.org/10.3390/xxxxx>

Academic Editor: [Firstname Lastname](#)

Received: date

IL METODO DI LAVORO

- Le indicazioni di funzionamento DEVONO svolgersi secondo uno schema di gestione logico-consequenziale, integrando per ciascuna fase di lavoro le novità e le specificazioni proposte, nonché raccomandando l'implementazione sistematica di precisi indicatori di *performance* dell'attività complessiva (indicatori di esito, di processo, di struttura).

The image features a target with concentric rings in shades of blue and purple, with a red bullseye in the center. A red arrow is shown in mid-flight, having just struck the bullseye. The background is a soft, hazy sunset or sunrise sky with warm tones of orange and yellow. The word "Obiettivi" is written in a white, serif font across the center of the target.

Obiettivi

- **Descrivere il processo di sviluppo di un gruppo di indicatori chiave di prestazione** (Key Performance Indicators, KPI) per il monitoraggio e l'implementazione delle prestazioni nell'attività di gestione del contenzioso medico-legale da responsabilità sanitaria.
- **Centralizzare e standardizzare gli indicatori chiave di prestazione** per fornire alle direzioni strategiche ospedaliere dati scientificamente attendibili sulla gestione dei sinistri.
- **Garantire la disponibilità di informazioni sulla performance** nella gestione del contenzioso ai fini della pianificazione di strategie di miglioramento della qualità, nonché della trasparenza e della tutela della sicurezza delle cure.
- **Definire degli standard di riferimento da utilizzare con finalità comparativa** per la valutazione delle prestazioni erogate nell'attività di gestione dei sinistri.

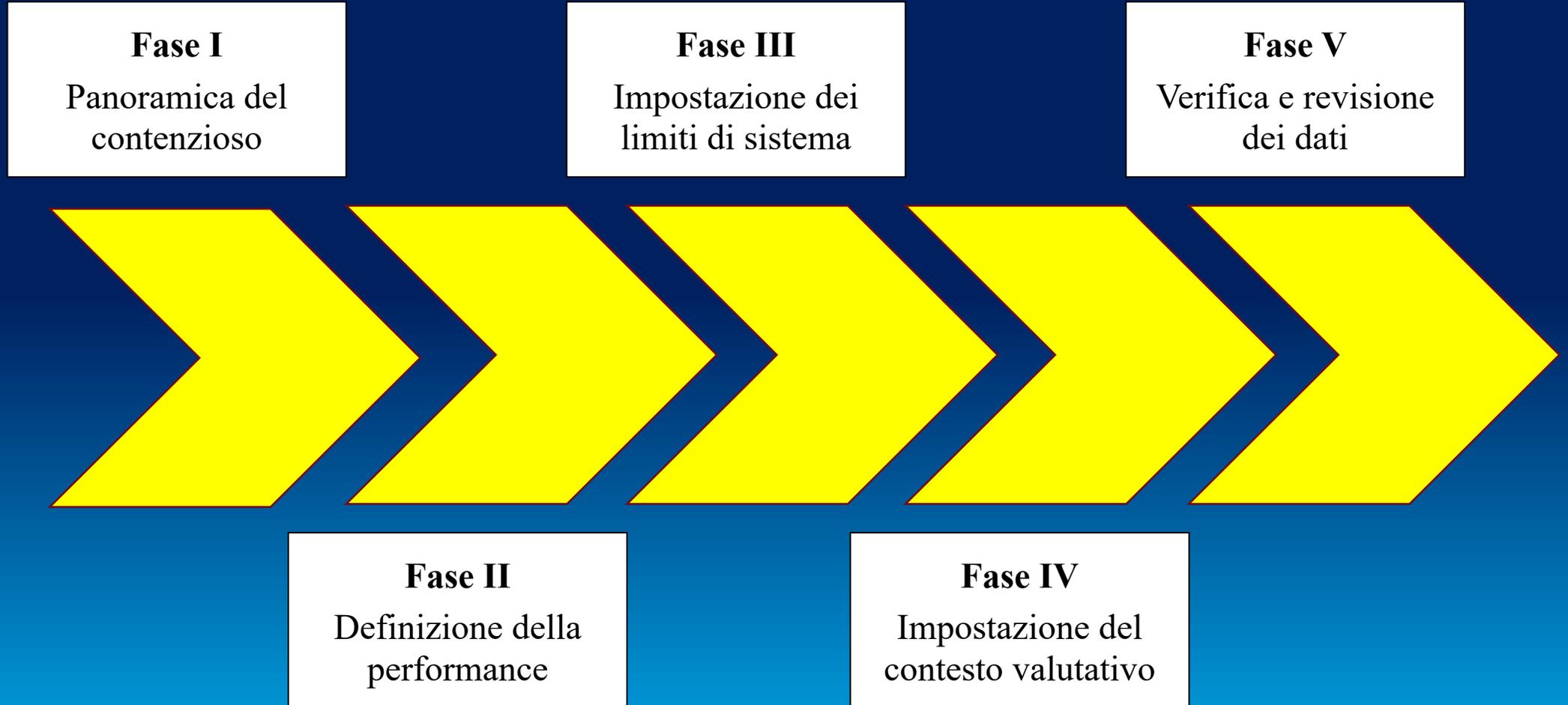
Metodologia

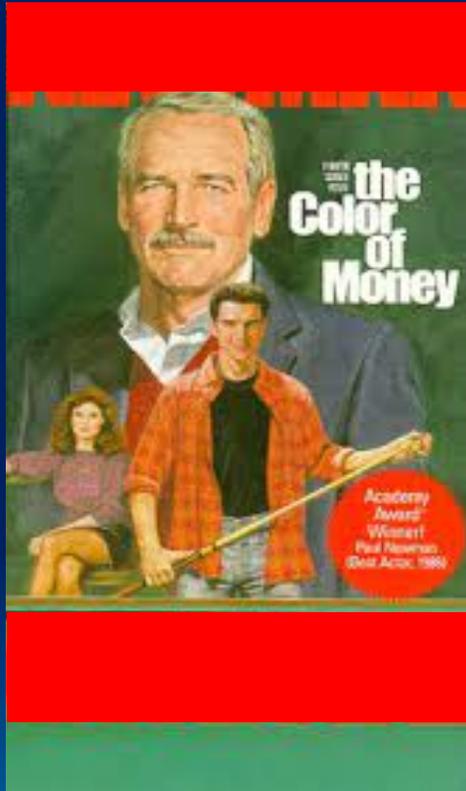
Database

L'allestimento del database ha previsto l'utilizzo dei dati raccolti presso la Struttura Amministrativa per il Contenzioso Aziendale delle strutture collaboranti classificati in base:

- ad una **selezione delle categorie codificate nel sistema International Classification for Patient Safety (ICPS)**, opportunamente modificate in relazione alle caratteristiche della realtà oggetto di indagine;
- alle **caratteristiche correlate all'esposizione della Struttura** come importo richiesto, stima tecnica del sinistro, rischio di soccombenza e importo eventualmente liquidato;
- ai **riferimenti cronologici delle principali fasi gestionali**, stragiudiziali e giudiziali.

Individuazione degli indicatori





Indice	Indicatore
Sinistrosità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Volume sinistri (n. sinistri denunciati / n. ricoveri annuali) ▪ Coinvolgimento aree assistenziali (n. sinistri denunciati / n. ricoveri annuali) ▪ Tipologia evento (n. sinistri denunciati / n. ricoveri annuali)
Accessibilità documentazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempistiche istruttoria (giorni) ▪ Completezza documentazione (n. richieste integrazione documentale per anno / n. sinistri decennio) ▪ Relazione interna (n. relazioni adeguate per anno / n. sinistri decennio)
Rischio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccomandazioni e protocolli interni (percentuale annuale dei sinistri coperti) ▪ Rischio di soccombenza (n. sinistri a rischio elevato / n. sinistri decennio)
Capacità gestionale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempistiche valutazione specialistica (giorni) ▪ Efficienza comitato valutazione sinistri (n. sinistri discussi / n. sinistri decennio)

AD OGNI FASE I PROPRI INDICATORI

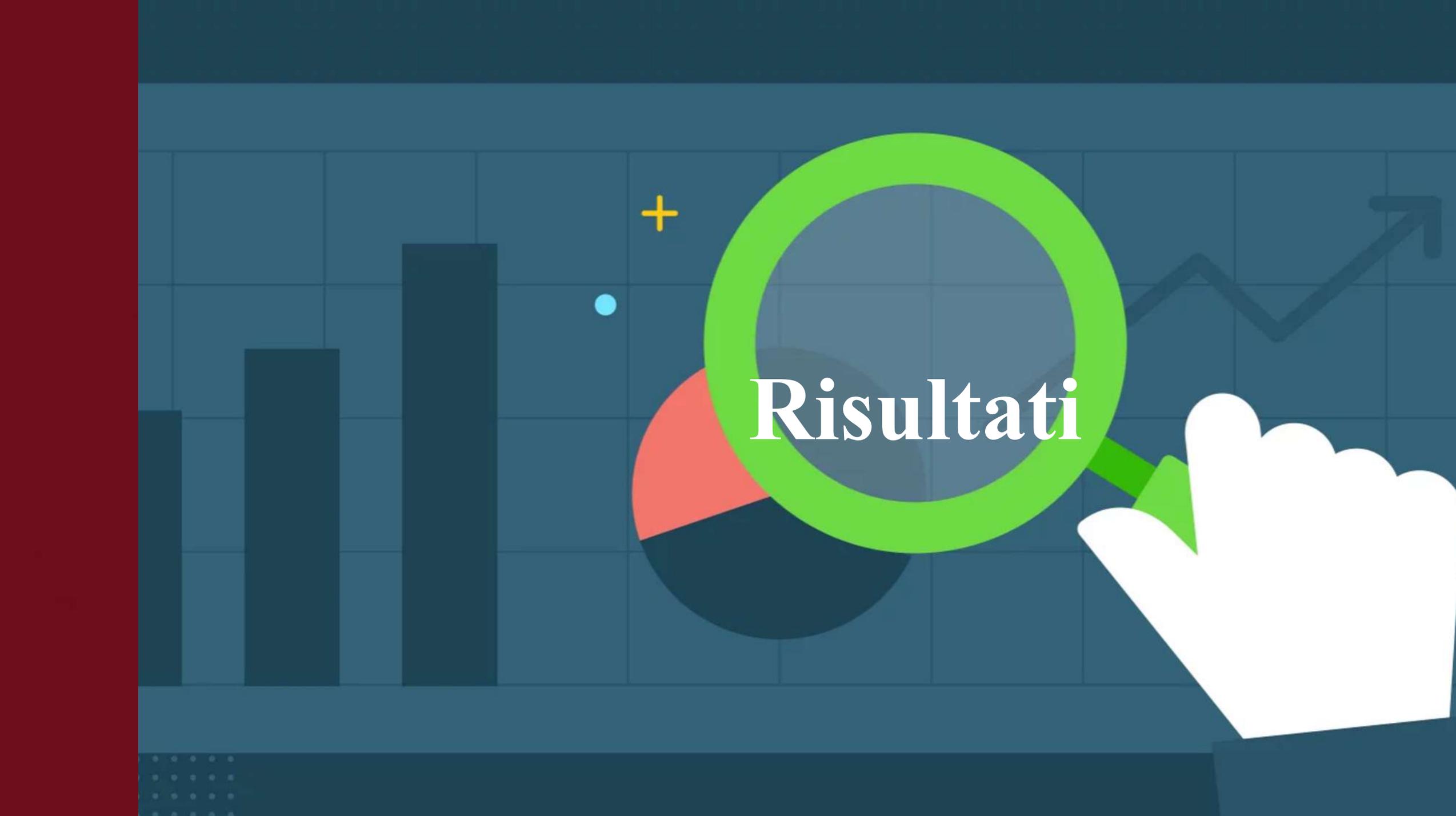
Apertura stragiudiziale di un sinistro

Fase preliminare/istruttoria

Fase valutativa medico-legale

Fase collegiale: discussione

Fase collegiale: formulazione del parere conclusivo....

The image features a dark blue background with a grid pattern. On the left, there is a bar chart with three bars of increasing height. In the center, a pie chart is partially visible, divided into red and dark blue segments. A large, bright green magnifying glass is positioned over the pie chart, with the word "Risultati" written in white serif font inside its lens. A white hand icon is shown holding the handle of the magnifying glass from the right. In the upper right area, there is a dark blue line graph with an upward-pointing arrow. A small yellow plus sign and a light blue dot are also present in the upper left quadrant.

Risultati

1. APERTURA STRAGIUDIZIALE DEL SINISTRO

Indicatori minimi di **processo/struttura/esito** suggeriti

- **Tasso di “apertura”**: numero di posizioni aperte con identificativo univoco sul numero totale di istanze o segnalazioni qualificate.
- **Tasso di “duplicazione”**: numero di istanze o segnalazioni qualificate per cui risultava già una posizione aperta sul totale di quelle ricevute.

Nota: il quadro ideale vedrebbe contrapposti il 100% di apertura e lo 0% di duplicazione, tuttavia il riscontro di tassi che si discostino leggermente da questi due parametri, pur avvicinandosi, renderebbe ragione di uno scenario attuale più realistico e sarebbe comunque indice di una capillare funzione informativa a beneficio della UO preposta.

2. FASE PRELIMINARE/ISTRUTTORIA

Indicatori minimi di **processo/struttura/esito** suggeriti:

- **Tasso di “istruzione tempestiva”**: numero di sinistri per cui è stata compiuta attività istruttoria nel termine di 60 giorni sul totale dei sinistri aperti.
- **Tasso di “integrazione tardiva”**: numero dei sinistri per cui è stata reperita/ottenuta documentazione successivamente alla chiusura formale della fase istruttoria sul totale dei sinistri aperti.
- **Tasso di “risposta della controparte”**: numero percentuale dei sinistri per cui è pervenuto un riscontro di qualsiasi tipo all’informativa inviata, indipendentemente dal tempo trascorso.
- **Tasso di “partecipazione dei sanitari”**: numero percentuale dei sinistri per cui è stata fornita una relazione preliminare nel termine complessivo di 45 giorni (30 + 15).

Indicatori minimi di **processo/struttura/esito** suggeriti:

- **Latenza della fase istruttoria**: durata media in giorni della fase istruttoria, misurata dall’apertura del sinistro all’attivazione della successiva fase valutativa.
- **Latenza di risposta dei sanitari**: intervallo medio, in giorni, dall’invio della richiesta al responsabile di Unità alla ricezione di un resoconto clinico-circostanziale preliminare.
- **Tasso di “completezza istruttoria”**: numero percentuale dei sinistri per cui sono rinvenibili nel fascicolo al termine dell’istruttoria informativa alla controparte, documentazione sanitaria interna, riscontro della controparte, resoconto preliminare dei sanitari.

3. FASE VALUTATIVA MEDICO-LEGALE

Indicatori minimi di processo/struttura/esito suggeriti

- **Tasso di "valutazione tempestiva"**: numero di sinistri per cui è stata compiuta attività valutativa nel termine raccomandato sul totale dei sinistri istruiti.
- **Tasso di "convocazione a visita"**: numero dei sinistri per cui è stata disposta una visita medico-legale sul totale dei sinistri per cui applicabile (esclusi esiti fatali, e danni lamentati esclusivamente non di interesse medico-legale).
- **Tasso di "autovalutazione della CTP"**: numero percentuale delle relazioni di Consulenza sottoposte ad autovalutazione sul totale dei sinistri valutati.

Indicatori minimi di processo/struttura/esito suggeriti

- **Latenza della fase valutativa**: durata media in giorni della fase valutativa, misurata dal termine della fase istruttoria o dall'eventuale integrazione tardiva del fascicolo istruttorio alla protocollazione della relazione di Consulenza.
- **Tasso di partecipazione dei clinici**: numero percentuale di relazioni redatte con il supporto attivo dei clinici consultati.
- **Tasso di partecipazione della controparte**: numero percentuale di visite medico-legali espletate sul totale dei casi per cui è stata proposta una convocazione.
- **Profilo qualitativo delle relazioni di CTP**: distribuzione percentuale delle relazioni in base all'autovalutazione svolta o non svolta nelle categorie qualitative individuate.
- **Prevalenza delle relazioni di qualità elevata**: numero percentuale delle relazioni nella migliore categoria in base all'autovalutazione, sul totale dei sinistri valutati (incluso le relazioni non valutate).

4. FASE COLLEGIALE: DISCUSSIONE

- Ai fini del confronto si svolge una prima fase espositiva in cui, ciascuno per quanto di sua competenza, il responsabile amministrativo, il broker/liquidatore (in caso di copertura assicurativa) – o il *loss adjuster* in assenza di copertura, e lo specialista medico legale illustrano tutti gli aspetti di rilievo del caso. Il liquidatore o il *loss adjuster* esprimono una stima preliminare dei costi e delle potenziali perdite se dispongono di sufficienti elementi per definire un range di ampiezza massima “x - 2x”, altrimenti lo definiscono “non quantificabile”. **Costituiscono riferimenti imprescindibili alla stima la quantificazione dei danni potenzialmente risarcibili – come riportato nella relazione di CTP medico-legale – ed i criteri di liquidazione formalmente adottati e attuati presso i tribunali civili territorialmente competenti per l’eventuale contenzioso;** in ogni caso si dovrà tener conto di aggiornamenti e integrazioni di carattere normativo.

5. FASE COLLEGIALE: DISCUSSIONE

Indicatori minimi di processo/struttura/esito suggeriti

- **Peso relativo dell'arretrato:** smaltimento percentuale dell'arretrato programmato nei primi 12 mesi di attività in base al piano di rientro.
- **Nuovi sinistri discussi per seduta:** numero medio di sinistri stragiudiziali alla prima discussione collegiale per seduta di CVS.
- **Nuovi sinistri discussi per mese:** numero medio di sinistri stragiudiziali alla prima discussione collegiale nel mese solare.

Indicatori minimi di processo/struttura/esito suggeriti

- **Latenza di calendarizzazione:** durata media in giorni dell'intervallo trascorso tra il completamento della fase valutativa e la discussione collegiale effettiva per ciascun sinistro.
- **Latenza assoluta di discussione:** durata media in giorni dell'intervallo trascorso tra apertura del sinistro e prima discussione collegiale effettiva.
- **Costo potenziale stimato medio:** importo medio del costo stimato preliminarmente per sinistro verbalizzato su indicazione del liquidatore/*loss adjuster*, escludendo i sinistri "non quantificabili".
- **Tasso di stime indeterminate:** numero percentuale di sinistri "non quantificabili" alla valutazione preliminare in CVS.
- **Costo potenziale stimato annuo:** importo del costo stimato preliminarmente per il totale dei sinistri verbalizzati nell'anno su indicazione del liquidatore/*loss adjuster*, escludendo i sinistri "non quantificabili", ed indipendentemente dalla'anno di apertura del sinistro.

PARERE CONCLUSIVO

- L'esito del parere dovrà ricadere alternativamente in una soltanto delle seguenti fattispecie:
- Parere di rigetto: indica l'assenza di ragioni di opportunità strategica nella promozione di una soluzione transattiva stragiudiziale per il sinistro; nel caso di sinistri privi di copertura assicurativa viene definito un importo come quantificazione dell'accantonamento tecnico a riserva per risarcimenti di competenza dell'azienda (ex art 10, comma 6 lg 24/2017).
- Parere favorevole alla liquidazione stragiudiziale: indica la sussistenza di fondati e molteplici ragioni di opportunità nella promozione e concretizzazione di una soluzione transattiva stragiudiziale entro un importo massimo quantificato in una somma monetaria onnicomprensiva; lo stesso importo costituirà il riferimento fornito dal CVS come stima per la relativa riserva in caso di mancata liquidazione stragiudiziale; vengono indicati i sanitari direttamente coinvolti.

PARERE CONCLUSIVO

Indicatori minimi di processo/struttura/esito suggeriti

- **Tasso di rinvio:** numero percentuale di sinistri rinviati sul totale dei sinistri stragiudiziali alla prima discussione collegiale effettiva.
- **Tasso di "rigetto":** numero percentuale di sinistri stragiudiziali con parere negativo alla transazione sul totale dei pareri espressi (rigetto – liquidazione – second opinion).
- **Tasso di "liquidazione":** numero percentuale di sinistri stragiudiziali con parere favorevole alla transazione sul totale dei pareri espressi (rigetto – liquidazione – second opinion).
- **Tasso di "second opinion":** numero percentuale di sinistri stragiudiziali con richiesta di supporto al CVS regionale sul totale dei pareri espressi (rigetto – liquidazione – second opinion).

Indicatori minimi di processo/struttura/esito suggeriti

- **Latenza di rinvio:** durata media in giorni dell'intervallo trascorso tra la prima discussione collegiale effettiva e la seconda successiva a rinvio.
- **Costo medio transattivo:** importo medio dei massimali transattivi indicati nei pareri favorevoli alla liquidazione.
- **Costo transattivo aggregato annuo:** importo aggregato dei massimali transattivi indicati nei pareri favorevoli alla liquidazione.
- **Tasso di sinistri "sopra soglia":** numero percentuale di sinistri con massimali transattivi pari o superiori a 300'000 euro tra i pareri favorevoli alla liquidazione.

A man in a dark suit and light-colored shirt is standing in front of a dark grey chalkboard. He is holding a black marker in his right hand and is in the process of drawing a diagram. The diagram consists of several white arrows and circles. One arrow points upwards and to the right, another points upwards and to the left, and a third points downwards and to the right. There are also several white circles scattered around the board. A prominent red circle is drawn at the top left of the board. The man's face is slightly out of focus, and the overall scene suggests a professional or educational setting.

Conclusioni

- **Ottimizzare l'utilizzo degli indicatori di performance** includendoli tra i principi guida delle politiche e delle strategie a livello ospedaliero.
- **Coinvolgere attivamente i professionisti sanitari** nella misurazione delle prestazioni.
- **Selezionare le misure prioritarie per il miglioramento della qualità delle cure**, nonché per la formazione professionale e la ricerca.
- **Estendere a livello multicentrico l'utilizzo degli indicatori** proposti al fine di affinare le misurazioni, stabilire degli standard oggettivi e conferire maggiore peso alle evidenze ottenute.
- **Implementare l'infrastruttura tecnologica** alla base dell'utilizzo degli indicatori di performance agevolando la raccolta, l'analisi e la presentazione dei dati di misurazione.

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA REVISIONE DELLE LINEE GUIDA REGIONALI RELATIVE A COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI VALUTAZIONE SINISTRI (CVS) NELL'ATTIVITÀ DI GESTIONE DEL CONTENZIOSO DA RESPONSABILITÀ MEDICO-SANITARIA AI SENSI DELLA LEGGE 08/03/2017 NUM 24

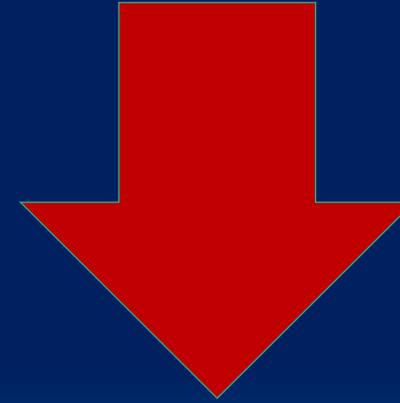
Sommario

1 INTRODUZIONE E RAZIONALE	2
2 AMBITI DI APPLICAZIONE.....	3
3 DEFINIZIONI.....	4
4 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO.....	4
5. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI REGIONALE (CVS-R)	5
6. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI AZIENDALE (CVS)	6
Apertura stragiudiziale di un sinistro	7
Fase preliminare/istruttoria	9
Fase valutativa medico-legale	11
Fase collegiale: discussione.....	14
Fase collegiale: formulazione del parere conclusivo.....	17
Casi giudiziari	20
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI	20

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.

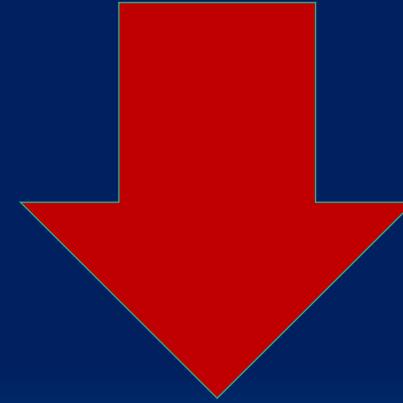


L'art. 1 della L 24/2017 pone la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute, che si realizza «anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e **l'utilizzo appropriato delle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

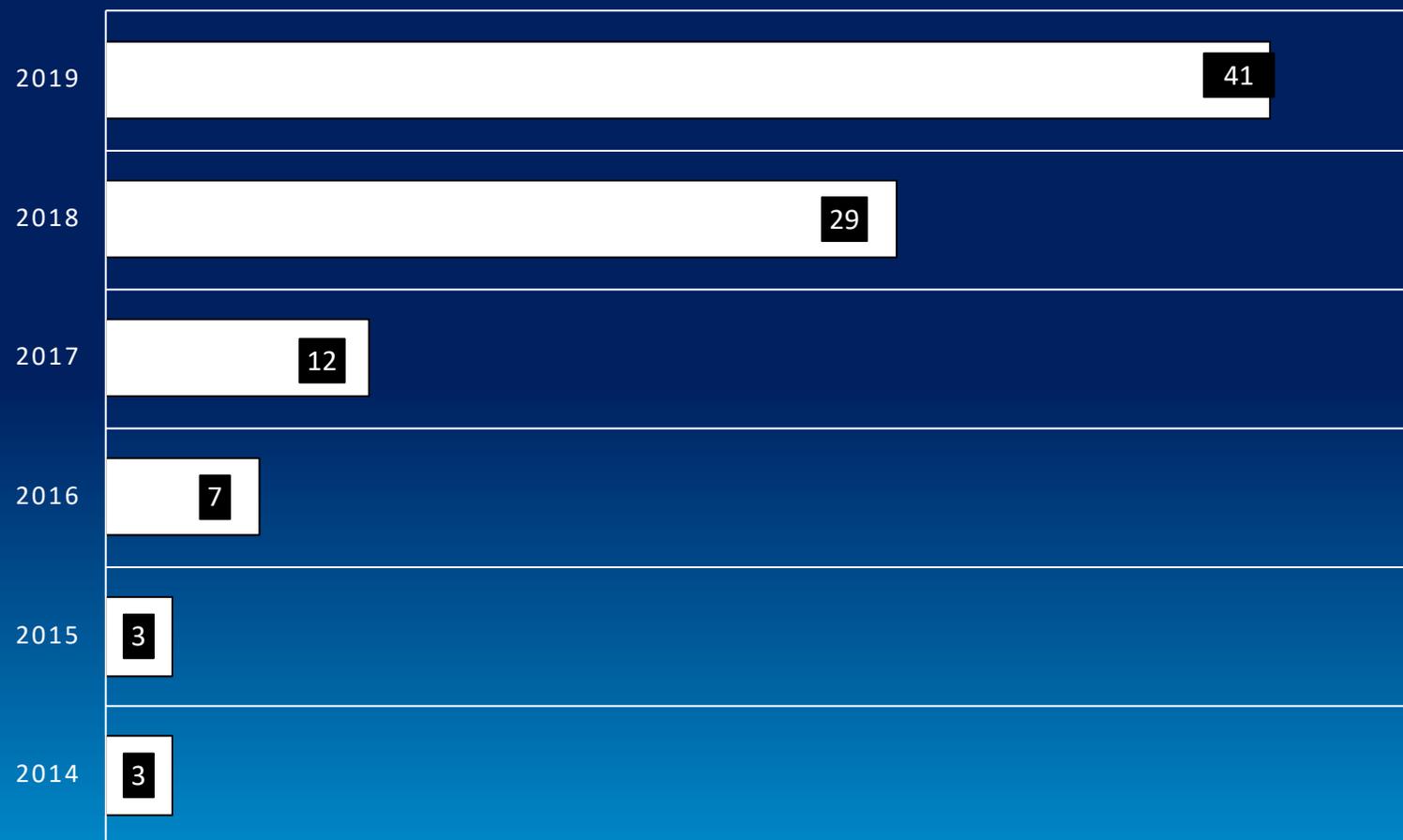
Nel contesto dell'emergenza sanitaria le compagnie sono state chiamate a una valutazione ancor più attenta dei rischi. In relazione alle clausole contrattuali applicate, 14 compagnie, su un totale di 28 con almeno una copertura attiva tra il 2020 e il 2021, dichiarano di aver introdotto o di voler introdurre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

I NOSTRI DATI



- Sono stati presi in esame i dati relativi alla sinistrosità di alcune strutture sanitarie private nell'area di Roma alla luce delle innovazioni introdotte dalla legge Gelli.
- In particolare, sono stati analizzati 378 sinistri distribuiti dal gennaio 2014 all'agosto 2019.
- È stato inoltre individuato il numero di sinistri sottoposti ad ATP ai sensi dell'art. 696 bis cpc.

DISTRIBUZIONE DEL RICORSO AD ATP NELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE



INCREMENTO DEL RICORSO AD ATP

- Appare quindi evidente dai dati appena citati il notevole incremento del ricorso ad ATP dall'introduzione della Gelli (8 marzo 2017).
- Nel triennio antecedente (2014-2016) sono pervenuti 13 ricorsi in totale, mentre nel triennio 2017-2019 sono 82.
- Nello specifico, mentre nel 2014 la percentuale del ricorso ad ATP risultava essere pari al 5%, nel 2019 tale valore è pari al 73%.
- Pertanto, si può concludere che il ricorso ad ATP sta divenendo la procedura preferenziale di gestione dei sinistri.

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

IL TENTATIVO DI CONCILIAZIONE: QUANDO?

- Occorre a questo punto valutare quale possa essere il momento migliore - nell'ambito delle operazioni tecniche di consulenza - per esperire il tentativo di conciliazione. Seppur non proceduralmente codificato, i CTU provvederanno ad invitare al tentativo di conciliazione oltre ai consulenti e ai procuratori delle parti, le parti medesime, di cui **sarebbe opportuna la comparizione personale per una maggiore efficacia del tentativo**. Riteniamo che i momenti maggiormente idonei all'esperimento del tentativo siano quelli successivi al completamento dell'accertamento tecnico e precedenti il deposito della relazione di consulenza in cancelleria. In altri termini, subito dopo l'invio della bozza di cui all'art. 195 c.p.c. alle parti o immediatamente prima ovvero dopo il ricevimento delle osservazioni delle parti alla bozza e comunque prima della formulazione della relazione in stesura definitiva.

TRIBUNALE DI ROMA
TREDICESIMA SEZIONE CIVILE

*LINEE GUIDA IN MATERIA DI
ACCERTAMENTO TECNICO
PREVENTIVO AI SENSI
DELL'ARTICOLO 8 LEGGE
24/2017*

3.2 Il tentativo di conciliazione Posto che il tentativo di conciliazione deve essere svolto sicuramente prima del deposito della relazione peritale definitiva, si ritiene che in linea di principio il CTU debba convocare le parti per il tentativo di conciliazione al più tardi entro dieci giorni dall'invio della bozza di relazione. Il meccanismo prognostico alla base del procedimento suggerisce, infatti, che il tentativo di conciliazione si svolga dopo che i consulenti hanno eseguito gli accertamenti richiesti dal giudice e ne hanno condiviso l'esito con le parti che potranno, quindi, partecipare al tentativo avendo già formulato le proprie valutazioni sul possibile e/o probabile esito della lite; procedendo in questo modo il collegio peritale potrebbe, dunque, comunicare il contenuto della bozza della relazione alle parti e, quindi,

convocarle per un incontro finalizzato a verificare la possibilità di un accordo, avendo l'occasione - in quella sede - anche di discutere con loro e con i rispettivi consulenti i contenuti e le conclusioni dell'elaborato. Fermo restando che le peculiarità del caso possono suggerire la scelta di un momento diverso e che il collegio può reiterare il tentativo in ogni momento.

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