

# ARTICOLI

GIULIA G. CUSENZA

## I MODELLI DI GESTIONE DEL RISCHIO ASSICURATIVO NEI SERVIZI SANITARI REGIONALI. IL CASO DELL'AMMINISTRAZIONE SANITARIA DEL FRIULI-VENEZIA GIULIA\*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Il governo del rischio clinico e la responsabilità delle strutture sanitarie. – 3. La crisi del sistema assicurativo nel settore della sanità pubblica. – 4. Gli strumenti alternativi per la gestione del rischio delle amministrazioni sanitarie. – 5. La diversificazione dei modelli regionali. – 6. L'esperienza del Friuli-Venezia Giulia e la gestione assicurativa centralizzata di ARCS. – 6.1. I risultati prodotti dalla gestione assicurativa centralizzata di ARCS. – 6.2. Le caratteristiche del modello per la gestione assicurativa centralizzata di ARCS. – 7. Il ruolo delle nuove tecnologie nella gestione diretta del rischio. – 8. Riflessioni conclusive: dal modello dell'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia ad un modello generale.

### 1. Introduzione

Il tema della digitalizzazione applicata al settore sanitario suscita grande interesse: lo sviluppo tecnologico promette di innovare profondamente le modalità di esecuzione delle attività legate all'organizzazione dell'amministrazione sanitaria.

L'utilizzo di tecnologie innovative si propone di semplificare i procedimenti amministrativi ed accrescere l'efficienza delle strutture sanitarie, in attuazione del diritto alle cure di cui all'art. 32 della Costituzione. Fra le principali potenzialità derivanti dall'impiego di tali tecnologie deve segnalarsi il monitoraggio, la raccolta di considerevoli flussi di informazioni, e la possibilità di conservare ed elaborare l'insieme dei dati acquisiti dalle strutture afferenti al comparto sanitario<sup>1</sup>.

\* Un ringraziamento particolare va al dott. Mario Mariani, direttore dell'Ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS, per la disponibilità a fornire dati e informazioni essenziali per il caso di studio.

<sup>1</sup> In argomento, cfr. G. Polifrone, *Sanità digitale. Prospettive e criticità di una rivoluzione*

Più nel dettaglio, è possibile prospettare l'utilizzo degli strumenti informatici per il monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate e dei relativi flussi di informazioni, per la formazione dei piani territoriali, per l'implementazione di processi decisionali automatizzati o per verificare l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie (*e-management*)<sup>2</sup>.

Nel macro-settore dell'organizzazione sanitaria assume particolare interesse il ruolo che le nuove tecnologie possono svolgere nell'attività di raccolta, conservazione ed elaborazione di dati e flussi di informazioni utili alla gestione del rischio clinico (*clinical risk-management*), specialmente con funzioni di supporto nell'esercizio dell'attività decisionale e nel monitoraggio degli eventi avversi. Il tema ha assunto crescente rilevanza a seguito della crisi del sistema assicurativo del settore sanitario, che ha imposto di individuare nuovi e diversi strumenti per la gestione del rischio clinico rispetto al tradizionale ricorso al mercato privato delle compagnie assicurative.

La presente analisi intende approfondire il fenomeno della gestione diretta e del rischio assicurativo da parte delle amministrazioni sanitarie, vagliandone benefici e potenziali criticità. Nel corso della disamina si procederà, quindi, ad un esame dettagliato del modello organizzativo di "gestione centralizzata della copertura della responsabilità RCT/RCO" adottato dall'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia. L'indagine ha il precipuo obiettivo di analizzare le caratteristiche distintive del modello organizzativo e valutare l'entità dei risultati in concreto conseguiti. In ultimo, l'analisi mira a comprendere se il modello di gestione diretta del rischio, laddove adeguatamente ideato ed attuato, in particolare attraverso il sostegno delle nuove tecnologie ed una corretta raccolta, elaborazione e gestione dei flussi di dati, possa tradursi in uno strumento concretamente capace di accrescere l'efficienza dell'azione dell'amministrazione sanitaria.

## **2. Il governo del rischio clinico e la responsabilità delle strutture sanitarie**

Nel corso dell'ultimo ventennio il sistema sanitario nazionale è stato interessato da un complessivo aumento dei sinistri aperti per *malpractice* me-

*necessaria*, Milano, Edizioni Lswr, 2019; L. Rufo, *L'intelligenza artificiale in sanità: tra prospettive e nuovi diritti*, in *Intelligenza artificiale e diritto. Come regolare un nuovo mondo*, a cura di A. D'Aloia, Milano, FrancoAngeli, 2020, 452.

<sup>2</sup> Cfr. D.U. Galetta e J.G. Corvalán, *Intelligenza artificiale per una pubblica amministrazione 4.0? Potenzialità, rischi e sfide della rivoluzione tecnologica in atto*, in *federalismi.it*, 2019.

## i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali

dica, con un esborso medio annuo (fra valore del liquidato e costi connessi alla gestione delle pratiche) pari a circa tre milioni di euro per struttura<sup>3</sup>.

L'incremento della litigiosità in ambito sanitario ha comportato la diffusione della "medicina difensiva", che ha generato: il drastico aumento dei costi gravanti sull'amministrazione sanitaria per l'erogazione di attività diagnostiche e curative non necessarie, pari ad almeno il 10,5 per cento della spesa sanitaria nazionale annua; la dilatazione dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie; l'erosione della relazione fiduciaria fra medico e paziente, nonché fra cittadino ed amministrazione sanitaria<sup>4</sup>.

Da un lato, infatti, la medicina difensiva "positiva" implica la prescrizione di farmaci, esami o percorsi diagnostico-terapeutici supplementari finalizzati a neutralizzare possibili contenziosi per *malpractice* medica (*assurance behaviors*). Dall'altro, la medicina difensiva "negativa" comporta la riduzione delle procedure mediche potenzialmente efficaci, ma ad alto tasso di complessità, di insuccesso o con possibilità di gravi complicanze, per ridurre l'esposizione degli esercenti le professioni sanitarie al rischio di disutilità o perdite individuali (*avoidance behaviors*)<sup>5</sup>.

Il legislatore statale, nel tentativo di riformare il settore della responsabilità medica, anche al fine di fronteggiare i maggiori costi derivanti dal contenzioso per *malpractice* ed il proliferare della medicina difensiva, ha più volte novellato la materia della responsabilità in ambito sanitario<sup>6</sup>.

Il d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla l.

<sup>3</sup> Il dato relativo al costo medio annuo dei sinistri per struttura è stato ricavato dal *Report Medmal* elaborato annualmente da Marsh (XII edizione – 2021); l'analisi è dedicata all'andamento del rischio per *malpractice* medica nella sanità pubblica e privata ed è effettuata sulla base di un campione di 67 strutture sanitarie dislocate in 15 regioni italiane. Il testo del report è reperibile all'indirizzo [www.marsch.com](http://www.marsch.com).

<sup>4</sup> In argomento, si veda la relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali (XVI Legislatura) reperibile alla pagina istituzionale [www.documenti.camera.it](http://www.documenti.camera.it), 165 ss. I dati raccolti dalla Commissione di inchiesta trovano conferma anche nelle risultanze del successivo studio condotto dall'AGENAS, *Medicina difensiva. Diffusione e impatto economico. Un modello di valutazione*, in [www.agenas.it](http://www.agenas.it), 2015, 29 ss. In argomento, cfr. anche C. Granelli, *Il fenomeno della medicina difensiva e la legge di riforma della responsabilità sanitaria*, in *Resp. civ. e prev.*, 2018, 410-412; A. Pioggia, *Salute, diritti e responsabilità medica: una storia italiana*, in *Dir. amm.*, 2018, 525.

<sup>5</sup> Cfr. F. Valentini, *Il nuovo assetto della responsabilità sanitaria dopo la riforma Gelli-Bianco*, in *Riv. it. dir. med. leg.*, 2017, 1397 ss.; A. Ricci, N. Nardella, M. Capalbo, C. Catto, *La medicina difensiva*, in *Riv. it. med. leg.*, 2007, 909 ss.; Con specifico riferimento al parallelismo fra amministrazione difensiva e medicina difensiva, cfr. S. Battini e F. Decarolis, *L'amministrazione si difende*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2019, 293 ss.

<sup>6</sup> In argomento, cfr. F. D'Alessandro, *Contributo del diritto alla riduzione della medicina difensiva*, in *Riv. it. med. leg.*, 2014, 946 ss.

8 novembre 2012, n. 189 (c.d. decreto Balduzzi) ha rimodellato la materia sotto diversi profili, tuttavia, ai fini della presente analisi, assume particolare interesse l'inasprimento degli oneri gravanti sulle strutture sanitarie sotto il profilo del “*clinical risk-management*”, con l'implementazione di procedure obbligatorie di analisi e gestione del rischio clinico (“*incident reporting*”), finalizzate alla riduzione di sinistri e alla prevenzione del contenzioso.

Successivamente, la l. 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. Gelli-Bianco), cogliendo la rilevanza della dimensione organizzativa nell'azione dell'amministrazione sanitaria, ha indirizzato la responsabilità medica verso le aziende sanitarie pubbliche e private<sup>7</sup>. Le pretese risarcitorie azionate dalle vittime di un episodio di malasanità, dunque, sono destinate a gravare prevalentemente sulle aziende sanitarie, tanto per fatto proprio, quanto per colpa professionale degli operatori sanitari e/o medici di cui la struttura si avvalga.

L'effetto complessivamente atteso era quello di conseguire una riduzione del ricorso alla medicina difensiva e del contenzioso per casi di *malpractice*. Nel concreto, però, la riforma della disciplina della responsabilità medica, l'inasprimento degli oneri gravanti sull'amministrazione sanitaria e l'implementazione delle politiche di “*clinical risk-management*” hanno prodotto rilevanti ripercussioni sul mercato assicurativo del comparto sanitario, oggetto di approfondimento nel successivo paragrafo.

### 3. La crisi del sistema assicurativo nel settore della sanità pubblica

Il ricorso al mercato assicurativo nel settore sanitario tutela il beneficiario della copertura assicurativa dalle conseguenze negative derivanti dal verificarsi di un sinistro per *malpractice* medica e garantisce la soddisfazione del soggetto danneggiato, divenendo uno strumento di reintegrazione per equivalente del diritto alla salute<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> In argomento, cfr. E. Catelani e P. Milazzo, *La tutela della salute nella nuova legge sulla responsabilità medica. Profili di diritto costituzionale e pubblico*, in *Istituzioni del federalismo*, 2017, 309; G. Comandé, *La responsabilità sanitaria al tempo del coronavirus... E dopo*, in *Danno e Resp.*, 2020, 297; A. Madeo, *Modelli di imputazione della responsabilità delle strutture sanitarie per l'evento avverso del paziente in Italia ed in Inghilterra*, Torino, Giappichelli, 2020, 220 ss.; A. Pioggia, *Salute, diritti e responsabilità medica*, cit., 528; G. Romagnoli, *Il ruolo delle pubbliche amministrazioni e dei loro atti nella c.d. legge Gelli in materia di sicurezza delle cure, della persona assistita e di riforma della responsabilità sanitaria (l. n. 24/2017)*, in *Resp. civ. e prev.*, 2017, 2007.

<sup>8</sup> M. Gagliardi, *Salute e assicurazione: il diritto delle assicurazioni in campo sanitario*, in *Riv. it. med. leg.*, 2015, 1323; L. Velliscig, *Assicurazione e “Autoassicurazione” nella gestione dei rischi sanitari. Studio di diritto comparato*, Milano, Giuffrè, 2018, 5; G. Romagnoli, *Dubbi ed attese sul completamento della disciplina assicurativa della legge Gelli-Bianco*, in *Risarcimento del danno e assi-*

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

Tuttavia, nel corso dell'ultimo ventennio si è registrato il drastico incremento dei premi assicurativi e delle soglie di franchigia (“*crisis of affordability*”), nonché il graduale ritiro delle compagnie assicurative dal settore sanitario con un'elevata concentrazione dell'offerta (“*crisis of availability*”). Più nel dettaglio, possono essere sinteticamente individuati alcuni fra i principali fattori alla base della crisi del mercato assicurativo in ambito sanitario<sup>9</sup>: a) aumento della complessità delle patologie e dei trattamenti sanitari erogati dal SSN, unitamente al complessivo allungamento della vita media; b) evoluzione della nozione di responsabilità degli operatori e degli enti sanitari, con l'emersione di nuove figure di danno alla persona e l'ampliamento degli oneri gravanti sulle strutture sanitarie; c) aumento della consapevolezza dei cittadini rispetto alla tutela del diritto alla salute e alla sicurezza delle cure, con il conseguente incremento delle richieste risarcitorie nei confronti delle aziende sanitarie; d) dilatazione degli importi risarcitori riconosciuti in via giurisdizionale (“*overcompensation*”), con il conseguente aumento anche delle liquidazioni erogate in via stragiudiziale<sup>10</sup>; e) crescente fluttuazione degli importi risarcitori, a causa dei continui mutamenti degli orientamenti giurisprudenziali, con inevitabili errori nella stima e nell'apposizione delle riserve, in particolar modo per i sinistri di “lunga durata”; f) aumento del costo medio dei sinistri, sotto lo specifico profilo dei costi fissi da affrontare per la fase di gestione della pratica, per la fase stragiudiziale e per l'eventuale contenzioso, nonché il complessivo aumento dei sinistri senza seguito (circa il 42 per cento del totale)<sup>11</sup>.

Il cumularsi di questi fattori ha determinato un disequilibrio economico nel mercato privato delle coperture assicurative relative al settore sanitario<sup>12</sup>.

*curazione nella nuova disciplina della responsabilità sanitaria (l. 8 marzo 2017, n. 24)*, a cura di M. Faccioli e S. Troiano, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2019, 172.

<sup>9</sup> In argomento, cfr. L. Bugiolacchi, *Le strutture sanitarie e l'assicurazione per la R.C. verso terzi: natura e funzione dell'assicurazione obbligatoria nella legge n. 24/2017*, in *Resp. civ. prev.*, 2017, 1032 ss.; V. Selini, *Il passato ed il presente dell'obbligo assicurativo in ambito sanitario*, in *Danno e resp.*, 2017, 301 ss. In tema, cfr. anche il dossier redatto da ANIA, *Malpractice, il grande caos*, in *www.ania.it*, 2014, 45 ss.

<sup>10</sup> In base ai dati forniti dal broker assicurativo Marsh (arco temporale 2004-2019), il valore del liquidato medio per pratica si attesta in circa 86.000 euro; cfr. *Report Medmal (2021)*, cit., 32.

<sup>11</sup> Cfr. *Report Medmal (2021)*, cit., 10. In tal senso, anche in base ai dati raccolti dall'Ivass, emerge un aumento del costo medio per sinistro nell'ultimo decennio pari al +125,9 per cento; tali dati sono reperibili sul bollettino statistico Ivass, anno VII, n. 11, 2020, 14.

<sup>12</sup> Il fenomeno è sovrapponibile alla crisi del mercato assicurativo sanitario affrontata dal sistema statunitense nella seconda metà del secolo scorso (cfr. G. Calabresi, *The Problem of*

In base alle statistiche fornite dall'Ivass, si evidenzia che nell'ultimo decennio il "premio medio" versato dalle aziende sanitarie è stato sempre inferiore al "premio puro" (prodotto tra la frequenza dei sinistri e il costo medio del sinistro). L'esistenza di una differenza negativa tra il "premio medio" ed il "premio puro" implica una perdita tecnica prospettica per l'assicuratore: al termine di ciascun anno di denuncia, i premi raccolti non risultano sufficienti a coprire i costi per la liquidazione dei sinistri<sup>13</sup>.

Ne deriva che è in forte flessione il numero delle compagnie assicurative disposte alla quotazione del rischio delle aziende sanitarie pubbliche, con elevate percentuali di concentrazione dell'offerta assicurativa (l'80 per cento dei premi assicurativi è raccolto fra le 5 maggiori imprese operanti nel settore)<sup>14</sup>. Inoltre, numerose compagnie assicurative presenti sul mercato sono imprese a controllo estero, con potenziali ricadute negative in termini di effettività dei controlli di norma affidati all'autorità nazionale per la regolazione del settore<sup>15</sup>. La riduzione delle compagnie assicurative ("*crisis of availability*") ha determinato una contrazione dell'offerta ed una rarefazione della concorrenza, con la conseguente diminuzione della qualità operativa/gestionale dell'offerta assicurativa<sup>16</sup>.

*Malpractice: Trying to Round Out the Circle*, 27, *University of Toronto Law Journal*, (1977), 131; J.R. Posner, *Trend in Medical Malpractice Insurance, 1970-1985*, 49, *Law and Contemporary Problems*, (1986), 37). In tal senso, si veda L.Velliscig, *Assicurazione e "Autoassicurazione"*, cit., 106 ss.; ID., *Autoassicurazione e rischio sanitario. Riflessioni critiche alla luce dell'esperienza statunitense*, in *Resp. civ. prev.*, 2017, 666; F. Onnis Cugia, *Responsabilità civile del medico, responsabilità della struttura sanitaria e contratto di assicurazione dopo la Legge Balduzzi*, in *Resp. civ. prev.*, 2016, 1751.

<sup>13</sup> Più nel dettaglio, è possibile segnalare che nel corso del 2020 il valore del "premio puro" per le strutture pubbliche ammontava a circa 515.000 euro, superiore del +14,3 per cento rispetto al "premio medio" effettivamente versato; nel 2019 il valore del "premio puro" superava il "premio medio" addirittura del +29,7 per cento. In argomento, cfr. bollettino statistico Ivass, anno VIII, n. 11, 2021, 14-15.

<sup>14</sup> Cfr. bollettino statistico Ivass, cit., 2021, 9. La descritta tendenza trovava già conferma nella relazione conclusiva della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario, cit., 20 ss. In tal senso, anche il campione di dati raccolto nel corso della presente analisi permette di osservare un controllo del mercato da parte delle compagnie *AmTrust Assicurazioni* e *Sham – Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles*.

<sup>15</sup> Più nel dettaglio, nel corso del 2020 le compagnie assicurative a controllo estero, sia con sede principale in Italia che all'estero, hanno raccolto circa il novantadue per cento dei premi versati. Cfr. bollettino statistico Ivass, cit., 2021, 10. In argomento, cfr. pure il dossier "*Malpractice, il grande caos*", cit., 48 ss.

<sup>16</sup> L'assenza di un mercato concorrenziale ha comportato la riduzione degli elementi migliorativi offerti dalle compagnie assicurative rispetto alla proposta contrattuale posta a base di gara. Di regola, infatti, fra gli elementi di valutazione dell'offerta venivano ricompresi: i meccanismi di coinvolgimento delle amministrazioni sanitarie nella gestione e liquidazione dei sinistri; l'organizzazione di corsi di formazione in materia di risk-management e la messa

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

Il progressivo abbandono da parte degli operatori economici del mercato assicurativo sanitario ha avuto come ulteriore conseguenza l'introduzione di condizioni contrattuali assai gravose anche sotto il profilo economico (*"crisis of affordability"*).

Le compagnie assicurative, a causa della scarsa prevedibilità del settore, operano attraverso una sopravvalutazione dei rischi futuri, richiedendo il versamento di premi assicurativi particolarmente onerosi per i bilanci aziendali, cui si aggiungono i costi per la liquidazione dei sinistri sotto franchigia. Inoltre, le strutture sanitarie hanno anche registrato la contrazione delle quote di rischio effettivamente trasferibili nel mercato assicurativo privato, a causa del drastico aumento delle soglie imposte per le franchigie, la riduzione dei massimali assicurati, nonché la mancata previsione di clausole contrattuali volte alla rinuncia ad ipotesi di esclusione o di rivalsa<sup>17</sup>.

In sintesi, si registra l'inefficienza del mercato assicurativo privato, sia sotto il profilo del rapporto fra domanda ed offerta, che della qualità del servizio assicurativo. Numerose aziende sanitarie, dopo avere affrontato prolungati periodi di *"scoperto assicurativo"*, a fronte della disdetta o dismissione delle polizze per eccessiva onerosità o andamento negativo<sup>18</sup>, ovvero nel tentativo di reperire polizze assicurative compatibili con i vincoli imposti dal bilancio aziendale, hanno quindi *"volontariamente"* abbandonato il mercato assicurativo privato<sup>19</sup>.

In base ai dati forniti dall'IVASS, nell'ultimo decennio si registra una riduzione delle strutture pubbliche assicurate del 62,5 per cento<sup>20</sup>.

a disposizione di personale dedicato; l'impiego di canali digitali riservati per la gestione del rapporto contrattuale con le strutture e per la comunicazione/liquidazione dei sinistri in favore dei danneggiati; la qualità e la frequenza delle informazioni trasmesse dalle compagnie assicurative rispetto ai sinistri annualmente denunciati (cfr. Deliberazione ANAC n. 618/2016 *"Linee guida operative e clausole contrattuali-tipo per l'affidamento di servizi assicurativi"*, 12-13).

<sup>17</sup> Cfr. M. Gagliardi, *I riflessi dell'autoassicurazione (e dell'obbligo di assicurazione) sul mercato e sulle logiche assicurative*, in *Riv. it. med. leg.*, 2014, 1220; F. Onnis Cugia, *Responsabilità civile del medico*, cit., 1765; G. Romagnoli, *Autoassicurazione della responsabilità medica: compatibilità con i principi di diritto interno ed europeo*, in *Danno e resp.*, 2015, 329.

<sup>18</sup> Il dato è confermato dalla già citata relazione della Commissione parlamentare di inchiesta, cit., 22. In argomento, cfr. anche R. Domenici, *Il ruolo del medico legale nei comitati gestione sinistri*, in *Riv. it. med. leg.*, 2014, 1237.

<sup>19</sup> Cfr. F. Onnis Cugia, *op. loc. cit.*; in argomento, si veda anche B. Labella e G. Caracci, *L'osservatorio nazionale sinistri: strumenti di analisi e modelli di gestione del contenzioso*, in *Riv. it. med. leg.*, 2014, 1227-1235.

<sup>20</sup> Cfr. bollettino statistico Ivass, anno VIII, n. 11, 2021, 10.

#### 4. Gli strumenti alternativi per la gestione del rischio delle amministrazioni sanitarie

Nel tentativo di fronteggiare la fuga dal mercato assicurativo delle aziende sanitarie, il legislatore statale prima con il d.l. n. 158/2012 (così come modificato dalla l. n. 114/2014)<sup>21</sup>, poi con la l. n. 24/2017, ha progressivamente ampliato gli obblighi assicurativi gravanti sulle amministrazioni sanitarie, nel tentativo di continuare a garantirne la solvibilità al verificarsi degli “eventi avversi”.

Ad oggi, ai sensi dell’art. 10, l. n. 24/2017, le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private devono dotarsi di una copertura assicurativa per i danni causati verso i terzi o verso i prestatori d’opera per fatto proprio (per omissioni e/o carenze organizzative), ma soprattutto a copertura dei danni, anche di natura extracontrattuale, cagionati dal personale operante a qualsiasi titolo all’interno delle strutture<sup>22</sup>.

Nondimeno, l’intervento legislativo si è dimostrato tutt’altro che risolutivo, in parte aggravando la sproporzione fra domanda ed offerta all’interno del mercato assicurativo sanitario. Infatti, alla luce della natura unilaterale dell’obbligo a contrarre, ed in assenza di un equivalente vincolo giuridico per le compagnie assicuratrici, la rarefazione dell’offerta assicurativa è rimasta invariata<sup>23</sup>.

Fra le aziende sanitarie si è quindi ulteriormente consolidata la prassi, all’interno della cornice normativa fornita dall’art. 1, co. 1-*bis*, l. 241/1990, della ritenzione interna del rischio assicurativo mediante la gestione diretta degli eventi fonte di responsabilità civile verso terzi (modelli “*self-insurance*” o di “*auto-assicurazione*”)<sup>24</sup>. La legge Gelli-Bianco, infatti, ha mantenuto, la

<sup>21</sup> M. Gagliardi, *I profili di rilevanza assicurativa nella riforma “Balduzzi”: poca coerenza e scarsa attenzione al sistema*, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, 771.

<sup>22</sup> Cfr. L. Bugiolacchi, *Le strutture sanitarie e l’assicurazione per la R.C. verso terzi*, cit., 1032 ss.; G. Facci, *L’azione di «recupero» della struttura sanitaria ed il c.d. doppio binario del giudice ordinario e della Corte dei conti*, in *Resp. civ. prev.*, 2021, 37; Id., *Gli obblighi assicurativi nella recente riforma Gelli-Bianco*, in *Nuova giur. civ.*, 2018, 104; M. Hazan, *Alla vigilia di un cambiamento profondo: la riforma della responsabilità medica e della sua assicurazione*, in *Danno e resp.*, 2017, 75; S. Monticelli, *L’assicurazione della responsabilità civile per i rischi sanitari: profili generali*, in *Diritto alla salute e contratto di assicurazione*, a cura di P. Corrias, E. Piras e G. Racugno, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2019, 27; F. Valentini, *Il nuovo assetto della responsabilità sanitaria dopo la riforma Gelli-Bianco*, cit., 1409.

<sup>23</sup> Cfr. M. Rossetti, *La riforma della responsabilità medica. L’assicurazione*, in *Quest. Giust.*, 2018, 167.

<sup>24</sup> Cfr. L. Velliscig, *Assicurazione e “Autoassicurazione”*, cit., 247; Id., *Autoassicurazione e rischio sanitario*, cit., 666. In argomento, cfr. anche P. Corrias, *I profili di rilievo assicurativo della*

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

possibilità per le strutture sanitarie di assolvere all'obbligo assicurativo anche avvalendosi delle c.d. "altre analoghe misure di responsabilità civile" con funzioni para-assicurative, atte a garantire una situazione astrattamente equivalente a quella offerta dai contratti di assicurazione, facoltà già in origine introdotta dalla l. n. 114/2014<sup>25</sup>.

Invero, l'impiego di tali modelli è ampiamente diffuso negli ordinamenti di *common law*, ed in particolare negli Stati Uniti con riferimento al settore degli *health-care providers* proprio per fronteggiare il fallimento del mercato assicurativo nel settore sanitario<sup>26</sup>. In tale contesto, alcuni studi empirici hanno confermato che generalmente l'aumento dei premi assicurativi comporta un corrispondente incremento nell'utilizzo dei "*self-insurance mechanisms*" e l'automatica riduzione del ricorso al mercato assicurativo in ambito sanitario. In sostanza, i meccanismi di *insurance* e *self-insurance* possono considerarsi beni sostituibili sotto il versante della domanda: quando il prezzo dei premi assicurativi aumenta, automaticamente diminuisce la domanda di polizze assicurative ed aumenta l'utilizzo di meccanismi *self-insurance*<sup>27</sup>.

Ad ogni modo, il ricorso a meccanismi di "assunzione diretta del rischio" non implica l'utilizzo di uno specifico schema negoziale, ma si limita genericamente a definire la scelta delle aziende sanitarie di gestire internamente il rischio clinico attraverso l'accantonamento delle riserve economiche necessarie per la liquidazione diretta dei sinistri, piuttosto che rivolgersi al mercato assicurativo<sup>28</sup>.

I vertici dell'amministrazione sanitaria, tenuto conto delle peculiarità

*Legge Gelli-Bianco*, in *Risarcimento del danno e assicurazione*, cit., 197; ID., *La copertura dei rischi della attività sanitaria: Assicurazioni e "analoghe misure"*, in *La tutela della persona nella nuova responsabilità sanitaria*, a cura di G. Iudica, Milano, Giuffrè, 2019, 287 ss.; M. Gagliardi, *I riflessi dell'autoassicurazione*, cit., 1221; G. Romagnoli, *Autoassicurazione della responsabilità medica*, cit., 329.

<sup>25</sup> La possibilità di avvalersi di «altre analoghe misure di responsabilità civile» era già stata prevista all'art. 3, c. 1-bis, d.l. 158/2012, introdotto dall'art 27, d.l. n. 90/2014, così come modificato dalla l. n. 114/2014.

<sup>26</sup> In tal senso, cfr. L.Velliscig, *Assicurazione e "Autoassicurazione"*, cit., 64-128. Nell'ordinamento statunitense i meccanismi di "*self-insurance*" risultano efficacemente impiegati anche nel settore della responsabilità da *motor vehicles* o dalle unioni di datori di lavoro per garantire l'accesso alle cure ai propri *employees* senza ricorrere al mercato assicurativo ("*self-insurance health plans*"). Sul tema, si veda R. Korobkin, *The Battle over Self-Insured Health Plans, or "One Good Loophole Deserves Another"*, in *Yale journal of health policy, law and ethics*, 1, (2005), 89.

<sup>27</sup> In tal senso, cfr. F. Pannequin, A. Corcos, C. Montmarquette, *Are insurance and self-insurance substitutes? An experimental approach*, in *Journal of economic Behaviour and Organization*, 180, (2020), 797-811.

<sup>28</sup> In argomento, cfr. L.Velliscig, *op. cit.*, 15-16;

organizzative e dimensionali delle strutture, nonché della tipologia di servizi sanitari erogati, devono elaborare ed approvare degli studi di fattibilità (analisi costi-benefici) che giustificano l'adesione al modello di gestione diretta del rischio clinico. È necessario dimostrare l'effettiva adozione di politiche aziendali di *risk-management* e l'efficace gestione delle conseguenze economiche derivanti dal verificarsi di eventi avversi, così garantendo il buon andamento dell'azione amministrativa ed il pieno soddisfacimento delle pretese creditorie dei terzi danneggiati.

## 5. La diversificazione dei modelli regionali

In assenza di precisi vincoli a livello normativo, si registra una notevole diversificazione dei modelli di gestione del rischio adottati dalle amministrazioni sanitarie regionali. In base ai dati raccolti dall'AGENAS è possibile individuare tre principali modalità di gestione del rischio clinico in ambito sanitario<sup>29</sup>: *i*) ricorso al mercato assicurativo privato ed esternalizzazione della totalità del rischio clinico, salvo i casi di sinistri sotto franchigia, la cui gestione e liquidazione è comunque affidata alle compagnie assicurative; *ii*) gestione diretta e integrale ritenzione del rischio clinico, escludendo il ricorso al mercato assicurativo privato; tale gestione può essere effettuata in modalità aggregata a livello regionale o attraverso la gestione diretta da parte delle singole aziende sanitarie; *iii*) ritenzione parziale del rischio clinico con gestione diretta dei sinistri entro una determinata soglia SIR (“*Self-Insured Retention*”), di norma fissata tra i 250 e 500 mila euro, al di sopra della quale, l'amministrazione sanitaria si rivolge al mercato assicurativo per la stipula di polizze di secondo rischio a copertura dei “danni catastrofali”<sup>30</sup>.

Premesso che gli ultimi dati reperibili con riferimento ai modelli regionali di gestione del rischio risalgono all'indagine effettuata da AGENAS nel corso del 2015, si è ritenuto opportuno svolgere un'attività di verifica ed aggiornamento di tali informazioni<sup>31</sup>. I dati raccolti confermano la crescente

<sup>29</sup> Cfr. Osservatorio nazionale delle buone pratiche in sanità, *Relazione annuale. Modelli di gestione del rischio clinico e dei sinistri*, in [www.buonapratichesicurezzaanita.it](http://www.buonapratichesicurezzaanita.it), 2018; AGENAS, *Monitoraggio delle denunce di sinistri 2015. Rapporto Annuale*, in [www.agenas.gov.it](http://www.agenas.gov.it), 2016, 17 – 53.

<sup>30</sup> La soglia SIR (*Self-Insured Retention*) si contraddistingue per l'integrale assunzione di una quota di rischio da parte dell'assicurato, anche in termini di gestione delle pratiche, liquidazione dei sinistri e raccolta/aggregazione dei dati.

<sup>31</sup> I dati sono stati acquisiti dai siti istituzionali delle amministrazioni sanitarie regionali, ovvero, in assenza di pubblicazione, attraverso contatto diretto con gli uffici delle suddette strutture. Si segnala peraltro che i dati non sono risultati di agevole reperimento, nonostante

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

diffusione di meccanismi di gestione diretta, integrale o parziale, del rischio clinico e la corrispondente riduzione del ricorso al mercato assicurativo, in linea con i dati forniti nel già citato report dell'IVASS (2021) sulla complessiva riduzione delle strutture pubbliche assicurate<sup>32</sup>.

Il ricorso alla ritenzione integrale o parziale del rischio clinico, tuttavia, solleva ancora numerose perplessità, anzitutto con riguardo all'effettiva capacità delle amministrazioni sanitarie di attuare correttamente il modello organizzativo connesso alla gestione diretta dell'attività assicurativa.

In particolare, una delle principali criticità riguarda le tecniche di accantonamento delle risorse patrimoniali e le modalità di apposizione delle riserve da parte delle amministrazioni sanitarie. La solvibilità delle strutture sanitarie verrebbe messa a rischio dalla scelta di limitarsi ad accantonare l'equivalente dei premi versati nell'ultimo periodo assicurativo o di fronteggiare volta per volta le singole richieste risarcitorie (“*non-contributory plan*”); del resto, le amministrazioni sanitarie non sarebbero nemmeno dotate di idonei meccanismi per la stima delle passività future, specialmente sotto il profilo dell'individuazione di adeguati criteri di riservazione dei sinistri o per la valutazione medico legale del danno<sup>33</sup>.

Un'ulteriore problematica, poi, è rappresentata dalla mancata esternalizzazione del rischio e dall'assenza del requisito della mutualità assicurativa. La carenza di tali elementi non permetterebbe di attestare l'effettiva equivalenza fra la ritenzione del rischio ed il ricorso al mercato assicurativo, sia sotto il profilo delle garanzie di solvibilità per i terzi, sia per la stabilità finanziaria della struttura sanitaria<sup>34</sup>.

l'obbligo normativo di pubblicazione delle polizze assicurative o delle altre misure analoghe adottate, di cui all'art. 10, c. 4, l. n. 24/2017.

<sup>32</sup> In base ai dati raccolti emerge che circa il settantasei per cento delle regioni o province autonome ricorrono alla gestione integrale o parziale del rischio (cinque regioni fanno ricorso al mercato assicurativo; sei regioni fanno ricorso alla ritenzione integrale del rischio; dieci regioni fanno ricorso alla ritenzione parziale del rischio). Sotto altro profilo, si segnala che le diverse esperienze regionali si suddividono in gestioni assicurative regionali o aziendali (otto regioni fanno ricorso alla gestione aziendale e tredici alla gestione regionale). In tale ultimo caso ogni singola azienda sanitaria decide autonomamente se ricorrere al mercato assicurativo o procedere alla gestione diretta, integrale o parziale, del rischio.

<sup>33</sup> In tal senso, cfr. R. La Russa, *La riforma della responsabilità sanitaria nel diritto civile: l'istituzione del «doppio binario» ed il nuovo regime assicurativo, tra obbligo di copertura e possibilità di autotutela*, in *Resp. civ. prev.*, 2019, 362; S. Monticelli, *le nuove dinamiche assicurative nella relazione di cura: note a margine della l. n. 24/2017*, in *Juscivile*, 2018, 18; F. Onnis Cugia, *Responsabilità civile del medico*, cit., 1777-1778; G. Romagnoli, *Autoassicurazione della responsabilità medica*, cit., 329 ss.; R. Pardolesi, *Chi (vince e chi) perde nella riforma della responsabilità sanitaria*, cit., 261.

<sup>34</sup> In tal senso, cfr. P. Corrias, *I profili di rilievo assicurativo della Legge Gelli-Bianco*, cit.,

In via ulteriore, sotto un versante più strettamente operativo, si segnala l'assenza di un'infrastruttura tecnologica capace di sfruttare adeguatamente il patrimonio conoscitivo relativo alla gestione assicurativa nell'attività di riservazione o definizione dei sinistri (*know-how* aziendale). Si pensi, ad esempio, alla scarsa efficienza dei sistemi informatici utilizzati per la gestione delle pratiche di sinistro, alla mancata accessibilità della documentazione in formato elettronico o alla carenza di strumenti per la raccolta ed aggregazione dei dati, anche in base a criteri di ricerca predefiniti.

In sostanza, la mancata individuazione a livello normativo di standard gestionali, organizzativi e qualitativi minimi non permette di attestare il corretto impiego dei meccanismi per la gestione diretta del rischio da parte delle amministrazioni sanitarie. In realtà, al fine di fornire dei parametri di controllo univoci, ai sensi dell'art. 10, l. n. 24/2017, sarebbe dovuto essere adottato un decreto volto ad individuare i "requisiti minimi", le "condizioni generali di operatività", nonché le modalità di accantonamento e costituzione di un "fondo rischi". La bozza di decreto, che ha ormai accumulato un ritardo quinquennale, è stata infine approvata dalla Conferenza Stato-Regioni ed è stata sottoposta al vaglio del Consiglio di Stato<sup>35</sup>.

Le misure, che dovrebbero essere attuate entro i successivi ventiquattro mesi dall'entrata in vigore del decreto, tuttavia, sono contraddistinte da una vaghezza e genericità tali da non avere la portata risolutiva auspicata, essendo inadeguate nel dare pronta risposta a buona parte delle criticità sopra evidenziate. A ciò si aggiunge la contraddittorietà intrinseca alla promozione di una politica di rinnovo manageriale dell'amministrazione sanitaria non supportata da alcuna forma di investimento o stanziamento di risorse, così come il difetto di previsioni sanzionatorie e/o premiali a completamento della disciplina.

In definitiva, l'attuale quadro normativo non permette di rispondere efficacemente all'insieme delle criticità connesse all'adozione di modelli di ritenzione del rischio da parte delle amministrazioni sanitarie. Ciò considerato, nel corso dei successivi paragrafi si procederà all'analisi dettagliata del modello organizzativo adottato dell'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia. L'obiettivo è quello di valutare se la gestione diretta del rischio da parte delle amministrazioni sanitarie, laddove adeguatamente ideata ed

198-199; G. Romagnoli, *Dubbi ed attese sul completamento della disciplina assicurativa della legge Gelli-Bianco*, cit., 174; M. Rossetti, *La riforma della responsabilità medica*, cit., 167.

<sup>35</sup> La sezione consultiva per gli atti normativi del Consiglio di Stato si è espressa in data 7 giugno 2022 (n. affare 698/2022) sospendendo l'emanazione del proprio parere obbligatorio, in attesa della corretta consultazione degli *stakeholders* interessati e del necessario approfondimento di alcuni aspetti controversi nell'ambito della relazione di accompagnamento.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

attuata, in particolare attraverso il sostegno delle nuove tecnologie ed una corretta raccolta, elaborazione e gestione dei dati, possa tradursi in uno strumento di efficientamento complessivo dell'azione amministrativa, contrariamente a quanto sostenuto dalle voci più critiche<sup>36</sup>.

### **6. L'esperienza del Friuli-Venezia Giulia e la gestione assicurativa centralizzata di ARCS**

Innanzitutto, al fine di un corretto inquadramento istituzionale, pare utile fornire alcune brevi indicazioni sull'assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale del Friuli-Venezia Giulia.

A partire dalla l.r. n. 17/2014, la Regione Friuli-Venezia Giulia ha ridefinito l'assetto organizzativo dei servizi ospedalieri e distrettuali del SSR, con il duplice obiettivo di ridurre la spesa sanitaria e garantire maggiore uniformità nella gestione dei servizi sanitari e sociosanitari. Tale normativa, oltre alla complessiva semplificazione e riduzione del numero delle aziende per i servizi sanitari operanti sul territorio regionale, ha istituito l'EGAS – “Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi”, con funzioni di aggregazione e supporto tecnico degli Enti appartenenti al SSR<sup>37</sup>. In seguito, la l.r. n. 27/2018 ha nuovamente modificato la struttura e l'organizzazione del SSR, con un ulteriore accorpamento degli Enti dotati di personalità giuridica, ed istituito l'Azienda regionale di coordinamento per la salute (ARCS).

Per quanto qui di maggiore interesse, ARCS è subentrata nel patrimonio e nelle funzioni dell'EGAS, acquisendo ulteriori e nuove competenze. In particolare, le sono affidate funzioni riguardanti la gestione del rischio clinico, le valutazioni di qualità circa la tipologia di prestazioni erogate, il coordinamento ed il controllo della “Rete cure sicure FVG”, la gestione delle tecnologie sanitarie e del sistema informatico del SSR<sup>38</sup>.

Ciò premesso, la gestione centralizzata della copertura per la responsabilità RCT/RCO degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, oggi integralmente affidata alla supervisione di ARCS, ha preso avvio a partire dal

<sup>36</sup> Cfr. *supra* nt. 39 – 40.

<sup>37</sup> In realtà, già l'art. 18, l.r. n. 21/2004, ai fini di razionalizzare le attività di supporto all'erogazione delle prestazioni sanitarie, affidava la gestione accentrata delle funzioni amministrative e logistiche al Centro Servizi Condivisi (Csc), poi sostituito dall'EGAS.

<sup>38</sup> Con la l.r. n. 22/2019 si è registrato un complessivo ripensamento delle modalità di gestione ed erogazione delle cure e dell'assistenza sanitaria, anche sotto il profilo della dell'impiego delle nuove tecnologie (in particolare, cfr. art. 39, l.r. n. 22/2019).

01/01/2006, rappresentando un'esperienza "pionieristica" nel contesto nazionale dell'organizzazione dell'amministrazione sanitaria<sup>39</sup>.

Il progetto per la gestione diretta del rischio clinico, come evidenziato nello studio di fattibilità allora prodotto, trae origine dalla già illustrata crisi del mercato assicurativo in ambito sanitario e dalle note difficoltà nel reperimento di compagnie disposte alla quotazione del rischio assicurativo. Per altro verso, lo studio di fattibilità riscontrava ulteriori criticità sotto il profilo organizzativo ed economico.

Più nel dettaglio, l'integrale ricorso al mercato assicurativo rendeva inaccessibili i dati riguardanti i sinistri denunciati ed eventualmente liquidati (in forma aggregata e/o disaggregata), con la conseguente perdita dell'intero patrimonio informativo relativo alla gestione assicurativa (*know-how* aziendale) indispensabile per l'implementazione di procedure per la gestione e prevenzione del rischio. Sotto il profilo economico, la stipula di una polizza assicurativa imponeva, oltre al pagamento del premio, anche di farsi carico dei costi connessi alla contrattualizzazione del broker assicurativo, i costi connessi alla tassazione delle somme versate, nonché il margine di profitto economico spettante alla compagnia assicurativa stimato in circa il 25 per cento del premio versato.

Alla luce dei dati qui sinteticamente riportati ed evidenziati dallo studio di fattibilità, l'amministrazione sanitaria regionale ha valutato complessivamente inefficiente l'integrale ricorso al mercato assicurativo, dando così avvio alle iniziative necessarie per attuare un modello di parziale ritenzione del rischio clinico. A partire dal 1° gennaio 2006, l'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia ha quindi attivato la gestione diretta del rischio entro la soglia *Self-Insured Retention* di cinquecentomila euro, stipulando un'unica polizza assicurativa aggregata a livello regionale a copertura degli eventuali "danni catastrofali" eccedenti.

La gestione dei sinistri, sopra e sotto soglia SIR, trova oggi puntuale e dettagliata disciplina all'interno del regolamento per la "gestione centralizzata della copertura per responsabilità RCT/RCO", recentemente approvato con decreto del Direttore Generale n. 169 del 11 novembre 2021 ed efficace alla data del 1° gennaio 2022, con l'obiettivo di garantire un procedimento di gestione assicurativa uniforme per l'intera amministrazione

<sup>39</sup> Il decreto n. 132/2005 del 24 novembre 2005 a firma dell'Amministratore Unico dell'allora Centro Servizi Condivisi ha approvato il «regolamento per la gestione centralizzata della copertura della responsabilità civile RCT/RCO degli enti del servizio sanitario regionale», disponendo, alla data del 1° gennaio 2006, l'attivazione del nuovo sistema di gestione della copertura del rischio connesso alla RCT/RCO degli Enti del SSR.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

sanitaria. Nello specifico, il regolamento ha ad oggetto la definizione delle regole e delle procedure operative per la gestione centralizzata dei sinistri, che possono essere come di seguito sinteticamente descritte.

Ogni Ente del SSR, entro il termine massimo di quindici giorni dalla contestazione del danno, deve provvedere a trasmettere ad ARCS la denuncia di sinistro e la contestuale richiesta risarcitoria. L'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS provvede, entro i successivi 15 giorni, all'apertura del sinistro, valutando preliminarmente se il sinistro debba essere denunciato alla compagnia assicurativa perché di valore potenzialmente superiore alla soglia SIR di 550.000 euro. In tal caso, la compagnia di assicurazione sarà competente a gestire l'intera pratica di sinistro, limitandosi a sottoporre ad ARCS e all'azienda sanitaria interessata la proposta di definizione (archiviazione, transazione o reiezione), ed eventualmente procederà ad anticipare l'importo oggetto di liquidazione <sup>40</sup>.

A seguito dell'apertura di un sinistro sotto soglia, l'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS, coadiuvato dagli uffici insediati presso le singole aziende sanitarie ("comitato aziendale per la gestione sinistri"), gestirà l'intera pratica di sinistro, pure supervisionando lo svolgimento dell'intera attività istruttoria<sup>41</sup>. La predisposizione di una perizia medico legale interna è obbligatoria e deve essere trasmessa dalle singole aziende sanitarie ad ARCS entro il termine massimo di duecentodieci giorni <sup>42</sup>. In caso di ritardi, ed in assenza di un giustificato motivo, ARCS si riserva la facoltà attribuire l'incarico ad un professionista esterno con spese a carico dell'azienda, al fine di garantire il rispetto delle tempistiche previste per la definizione ed eventuale liquidazione dei sinistri.

Infine, al termine dell'attività istruttoria, in base alle risultanze emerse, l'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS propone una definizione del sinistro: la reiezione della richiesta risarcitoria, qualora non si rinvenga una responsabilità per *malpractice* medica, ovvero una proposta di transazione

<sup>40</sup> L'art. 12 del Regolamento prevede che in ipotesi di accordo transattivo, l'ammontare pattuito viene liquidato dalla compagnia assicurativa, successivamente ARCS provvede al rimborso delle suddette somme fino all'ammontare della soglia SIR prevista dalla polizza di secondo rischio.

<sup>41</sup> L'art. 9 del Regolamento precisa che ciascun Ente del SSR deve trasmettere le relazioni sanitarie/tecniche e ogni eventuale ulteriore documentazione richiesta da ARCS necessaria e/o utile all'istruttoria entro il termine massimo di trenta giorni.

<sup>42</sup> La redazione della perizia medico legale è affidata al medico legale interno alla struttura, quest'ultimo, infatti, conoscendo i protocolli organizzativi e la realtà operativa della singola azienda interessata, dovrebbe essere complessivamente agevolato nell'acquisizione di dati ed informazioni mediante attività di intervista e/o indagine.

per la liquidazione del sinistro. L'azienda sanitaria interessata deve formalmente esprimersi sulla proposta di reiezione o di transazione entro i successivi trenta giorni. Nell'eventualità in cui venga raggiunto un accordo transattivo fra le parti, l'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS è competente alla stipula dell'accordo conciliativo e all'erogazione dell'importo pattuito con la controparte. Nella diversa ipotesi di uno sviluppo giudiziale, il legittimato passivo della controversia sarà l'Ente del SSR, e quindi anche competente alla nomina del difensore in giudizio ed alla liquidazione di eventuali somme a favore della controparte. Tali somme, nonché le spese giudiziali e peritali ove opportunamente comprovate, dovranno essere integralmente rimborsate da ARCS<sup>43</sup>.

### *6.1. I risultati prodotti dalla gestione assicurativa centralizzata di ARCS*

La gestione diretta del rischio, mediante il modello organizzativo brevemente descritto nel precedente paragrafo, ha accresciuto l'efficienza dell'azione dell'amministrazione sanitaria del FVG. Invero, in base ai dati raccolti e alle interviste effettuate, è possibile individuare almeno quattro diversi risultati conseguiti dall'amministrazione sanitaria regionale.

In primo luogo, la gestione diretta del rischio assicura una complessiva riduzione dei tempi medi per la liquidazione dei sinistri, generalmente elevati in ipotesi di integrale ricorso al mercato assicurativo. I dati raccolti dall'IVASS con riferimento alle strutture pubbliche evidenziano che nel 2020 sono stati liquidati solamente l'8,2 per cento dei sinistri con seguito pervenuti alle compagnie assicurative nel corso dell'anno. Il dato non migliora se si analizza la ripartizione dei sinistri risarciti a titolo definitivo per anno di denuncia: i sinistri denunciati dopo il 2017 e liquidati a titolo definitivo sono solo il 10,3 per cento dei liquidati nel 2020 (e la quota scende al 5,3 per cento per i sinistri denunciati dopo il 2018)<sup>44</sup>.

Inoltre, deve segnalarsi la propensione delle compagnie di assicurazione a liquidare celermente i sinistri di modico valore; si registrano, invece, crescenti ritardi all'aumentare del valore dei sinistri, con intento chiaramente defatigante e volto a scoraggiare i danneggiati circa la possibilità di ottenere

<sup>43</sup> Nelle ipotesi in cui il contenzioso sia conseguenza dell'ingiustificato mancato rispetto dei termini per la trasmissione della documentazione relativa alle relazioni tecnico/sanitarie e alla relazione medico legale, il regolamento esclude il rimborso delle spese peritali e giudiziali.

<sup>44</sup> Tale percentuale è comunque in lieve aumento rispetto al 6,7 per cento del 2019 ed al 6,1 per cento registrato nel corso del 2018. In tal senso, cfr. bollettino statistico IVASS, cit., 2021, 12 – 13.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

il riconoscimento del giusto ristoro economico<sup>45</sup>. Tali prassi determinano un incremento del contenzioso e la riduzione delle possibilità di definizione del sinistro in via transattiva, con il proporzionale aumento dei costi a carico dell'amministrazione sanitaria, nonché la lesione del rapporto fiduciario fra danneggiato ed amministrazione<sup>46</sup>.

Tutto ciò considerato, uno dei principali vantaggi conseguiti attraverso la gestione diretta del rischio è il contingentamento dei tempi medi per la liquidazione dei sinistri, a prescindere dal valore economico degli stessi. Per raggiungere tale obiettivo, il regolamento sulla gestione assicurativa centralizzata di ARCS ha imposto il rispetto di precise tempistiche per lo svolgimento dell'attività istruttoria, a prescindere dal valore del sinistro denunciato, censurando eventuali ipotesi di inerzia da parte delle singole aziende sanitarie. Più nel dettaglio, il regolamento prevede che la proposta di reiezione ovvero di autorizzazione alla stipula dell'accordo transattivo debba avvenire entro il termine massimo di 285 giorni<sup>47</sup>. In base ai dati forniti dall'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS il tempo medio intercorrente tra l'apertura e la definizione stragiudiziale del sinistro è pari ad un anno e sei mesi. Il dato aumenta radicalmente nel caso di sinistri gestiti direttamente dalla compagnia assicurativa con tempi medi per la definizione dei sinistri pari a circa quattro anni<sup>48</sup>.

In secondo luogo, l'adozione di meccanismi di parziale ritenzione del rischio favorisce anche il ripristino del rapporto fiduciario tra cittadini ed amministrazione sanitaria. In ipotesi di integrale ricorso al mercato assicu-

<sup>45</sup> Cfr. bollettino statistico Ivass, cit., 2021, 13. Più nello specifico, nel 2020 sono stati definitivamente risarciti per gli anni di denuncia 2018-2020 il 10,3 per cento dei sinistri, ma gli stessi equivalgono soltanto al quattro per cento degli importi da erogare.

<sup>46</sup> In argomento, cfr. P. Corrias, *I profili di rilievo assicurativo della Legge Gelli-Bianco*, cit., 197; G. Pelissero, W. Rossi, A. Tita e P. Luraschi, *L'alternativa all'obbligo di assicurazione per le strutture: le analoghe misure per la copertura della responsabilità civile verso i terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera*, in *La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione*, a cura di F. Gelli, M. Hazan e D. Zorzit, Milano, Giuffrè, 2017, 691-693.

<sup>47</sup> Ai fini della corretta valutazione del dato è opportuno precisare che il prolungamento delle tempistiche oltre tale soglia può essere dovuto al ritardo nella trasmissione della perizia medico legale di controparte, ovvero a causa del mancato accordo sulla proposta di definizione in fase di conciliazione ed il conseguente avvio della fase giudiziale; è evidente che tali eventualità saranno certamente più frequenti per i sinistri di maggiore valore economico.

<sup>48</sup> I tempi medi di liquidazione sono in netto aumento nel caso di sinistri non definiti in via stragiudiziale: circa due anni e sette mesi per i sinistri sotto soglia SIR gestiti direttamente da ARCS ed una media di cinque anni e tre mesi per i sinistri affidati alla gestione diretta della compagnia di assicurazione.

rativo, è stato rilevato che i cittadini, a seguito della denuncia di un sinistro, incontrano numerose difficoltà nell'acquisizione di informazioni sullo stato della pratica, e nell'individuazione di un referente all'interno della compagnia di assicurazione con cui interfacciarsi<sup>49</sup>. Di contro, la gestione diretta garantisce l'individuazione da parte di ARCS di un soggetto responsabile dell'intera attività istruttoria e del corretto svolgimento dell'iter procedimentale, con funzioni del tutto assimilabili a quelle svolte dal responsabile del procedimento di cui alla l. n. 241/1990, i cui dati di contatto vengono comunicati agli interessati al momento dell'apertura del sinistro. La gestione del danno e la tutela del danneggiato vengono considerati entrambi parte integrante dell'attività di cura dei cittadini di cui all'art. 32 della Costituzione: il sinistro deve essere gestito dall'amministrazione sanitaria, individuando un corretto bilanciamento fra *accountability* dell'amministrazione ed *empowerment* organizzativo<sup>50</sup>.

Un terzo beneficio riguarda l'incremento della definizione dei sinistri mediante accordi stragiudiziali. Il regolamento sulla gestione assicurativa centralizzata di ARCS impone lo svolgimento obbligatorio di un tentativo di conciliazione, salvo che sia stata esclusa ogni responsabilità per *malpractice* medica. Tale approccio garantisce un aumento delle percentuali dei sinistri definiti in via conciliativa, riducendo i costi per controversie giudiziarie non necessarie, il valore economico delle liquidazioni ed i tempi complessivi di definizione del sinistro<sup>51</sup>. In base ai dati forniti da ARCS è possibile rilevare che la percentuale dei sinistri definiti attraverso un accordo bonario è pari al

<sup>49</sup> Tale dato è stato rilevato dallo studio di fattibilità predisposto dalle strutture interne del CSC ed in base alle interviste effettuate presso l'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS.

<sup>50</sup> Cfr. in argomento, B. Labella e G. Caracci, *L'osservatorio nazionale sinistri: strumenti di analisi e modelli di gestione del contenzioso*, cit., 1233.

<sup>51</sup> Di contro, ai fini della conclusione di accordi stragiudiziali vengono valutati di scarsa utilità gli istituti della mediazione obbligatoria e della negoziazione assistita introdotti dall'art. 8, l. n. 24/2017. Infatti, qualora sia stata esclusa la sussistenza di un danno addebitabile all'amministrazione sanitaria, in assenza di ulteriori e nuovi elementi, il riconoscimento di un ristoro economico a favore della controparte sarebbe inconciliabile con i principi di buona amministrazione. Allo stesso modo, qualora l'amministrazione sanitaria abbia già effettuato una proposta transattiva senza esito, appare inverosimile che si possa successivamente giungere ad una composizione bonaria attraverso la mediazione o la negoziazione assistita. A conferma di ciò, è opportuno rilevare che in base ai dati forniti dall'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS la percentuale dei sinistri definiti mediante l'istituto della mediazione è pari solamente al 2,79 per cento dei sinistri complessivamente definiti (liquidati/senza seguito/rigettati). In argomento, cfr. Cfr. A.M. Tedoldi, *Profili processuali della riforma sulla responsabilità sanitaria*, in *Risarcimento del danno e assicurazione*, cit., 215 ss.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

70 per cento dei sinistri liquidati, mentre soltanto il 25 per cento dei sinistri vengono definitivi a conclusione di un contenzioso giurisdizionale<sup>52</sup>. Di contro, nel caso di sinistri gestiti direttamente dalla compagnia di assicurazione, il numero dei sinistri liquidati mediante un accordo stragiudiziale è pari a soltanto il 22,6 per cento dei sinistri liquidati, mentre il numero dei sinistri chiusi giudizialmente supera la soglia del 64 per cento dei sinistri liquidati.

Da ultimo, il mantenimento della gestione delle pratiche di sinistro e delle proposte conciliative in capo all'amministrazione sanitaria garantisce il perseguimento dei principi di buon andamento, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, evitando che esigenze di bilancio e di mercato prevalgono sul pubblico interesse. L'amministrazione sanitaria, infatti, tenderà a risarcire i sinistri per cui siano stati accertati profili di responsabilità per *malpractice* medica, e ciò a prescindere dal valore economico. Al contrario, le compagnie assicurative tendono a ritenere conveniente la liquidazione dei sinistri di scarsa entità, anche in assenza di un'accertata responsabilità, avviando, piuttosto, contenziosi non necessari per evitare la liquidazione dei sinistri di maggiore valore economico.

La gestione diretta del rischio permette dunque un risparmio economico, grazie alla riduzione dei costi di intermediazione e di transazione propri del mercato assicurativo, ed una contrazione dei tempi medi per la gestione delle pratiche di sinistro<sup>53</sup>. Inoltre, si registra una massimizzazione in termini di efficienza dell'azione dell'amministrazione sanitaria, grazie all'abbattimento del contenzioso non necessario e all'aumento degli accordi transattivi. In tal senso, pare di interesse rilevare che il valore del liquidato medio dell'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia ammonta a circa 51.000 euro a fronte, per lo stesso arco temporale, di un liquidato medio per le compagnie assicurative pari a circa 86.000 euro<sup>54</sup>.

<sup>52</sup> L'ultima rilevazione nazionale relativa alla percentuale dei sinistri chiusi in via stragiudiziale risulta essere quella svolta dall'AGENAS nel 2016 con una percentuale di sinistri chiusi in via conciliativa pari al 7,87 per cento per il 2014 e al 11,07 per cento per il 2015, cfr. AGENAS, *Monitoraggio delle denunce di sinistri 2015. Rapporto Annuale*, cit., 162.

<sup>53</sup> In argomento, cfr. L. VELLISCIG, *Assicurazione e "Autoassicurazione"*, cit., 44-45.

<sup>54</sup> Il dato relativo al FVG è desunto dalle rilevazioni rese disponibili da ARCS (arco temporale 2006-2021), in base alla somma fra il valore del "liquidato medio" pari a circa 33.000€ (su un totale di circa due mila sinistri liquidati direttamente da ARCS) ed il liquidato medio pari a "326.000€ facente capo alla compagnia di assicurazione. Per quanto concerne il dato nazionale relativo al mercato assicurativo (arco temporale 2004 - 2019) si veda il Report *Medmal* (2021), cit., 32.

6.2. *Le caratteristiche del modello per la gestione assicurativa centralizzata di ARCS*

Il raggiungimento dei risultati illustrati nel precedente paragrafo è subordinato all'adozione di specifiche misure organizzative e/o manageriali che permettono di assicurare la funzionalità della gestione diretta del rischio. È dunque necessario indagare le specifiche caratteristiche del modello adottato nell'esperienza regionale dell'amministrazione sanitaria del FVG. In particolare, nel presente paragrafo saranno analizzati cinque tratti caratterizzanti il suddetto modello organizzativo. Infine, un successivo paragrafo sarà dedicato all'approfondimento del tema dell'impiego delle nuove tecnologie quale componente indispensabile per l'implementazione e la funzionalità dell'intero modello.

Innanzitutto, la parziale ritenzione del rischio assicurativo, con il trasferimento all'esterno dei c.d. "danni catastrofici" deve considerarsi un tratto indispensabile per la sostenibilità economica del modello<sup>55</sup>. In ipotesi di integrale ritenzione del rischio, infatti, anche in costanza delle necessarie misure organizzative e gestionali, non può escludersi il verificarsi di *catastrophic losses*. In tali casi l'entità della perdita economica può essere tale da determinare l'instabilità finanziaria dell'amministrazione sanitaria, mettendone a rischio la solvibilità ed il complessivo funzionamento<sup>56</sup>.

Di qui, assume centrale importanza, ai fini della stipula della "polizza di secondo rischio", l'individuazione di una soglia di *Self-Insured Retention* adeguata alla tipologia di prestazioni sanitarie erogate e sottoposta a regolari aggiornamenti. L'individuazione di una soglia SIR non sufficientemente elevata comporta una complessiva perdita in termini di efficienza ed economicità del modello. Da un lato, non garantisce ampi risparmi sotto il profilo dei premi assicurativi versati, comunque elevati a fronte di una ridotta ritenzione del rischio, dall'altro, impone il pagamento dei costi fissi per la gestione interna delle pratiche di sinistro. Di contro, la fissazione di una

<sup>55</sup> Ad ogni modo, anche in ipotesi di disdetta della polizza di secondo rischio o di fallimento della compagnia assicurativa, la gestione diretta del rischio permette di fronteggiare adeguatamente le richieste risarcitorie nel frattempo pervenute, garantendo adeguata tutela alle istanze presentate degli amministratori.

<sup>56</sup> In tal senso, cfr. L. Velliscig, *Assicurazione e "Autoassicurazione"*, cit., 42. In particolare, l'Autrice afferma che la letteratura nord-americana sul tema è concorde nel ritenere che solo le *large corporations* sono nelle condizioni di sostenere finanziariamente ipotesi di *catastrophic losses*, in tutti gli altri casi è complessivamente preferibile che l'autoritenzione del rischio sia accompagnata da forme di trasferimento del rischio dirette a limitare l'ammontare delle perdite.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

soglia SIR eccessivamente elevata, in ipotesi di gravi sinistri in serie o di sinistri cui conseguono lesioni gravissime o il decesso, può compromettere la stabilità economica della struttura sanitaria, al pari di una ritenzione integrale del rischio. In entrambe le ipotesi, il modello impiegato risulterebbe complessivamente inefficiente<sup>57</sup>.

Un secondo profilo di interesse riguarda il modello organizzativo adottato: la gestione accentrata a livello regionale (o quanto meno per “aree vaste”) è un tratto indispensabile per il corretto funzionamento della gestione diretta del rischio assicurativo<sup>58</sup>.

L'accentramento delle funzioni di coordinamento a livello regionale, nel caso

di specie a favore di ARCS, garantisce la gestione unitaria delle pratiche di sinistro rientranti all'interno della soglia SIR, dall'acquisizione della denuncia fino alla sua definizione, l'erogazione delle somme a carico del fondo assicurativo, e l'eventuale intermediazione con la compagnia assicurativa per i sinistri sopra la soglia SIR<sup>59</sup>.

Inoltre, nel caso del Friuli-Venezia Giulia, l'ARCS è competente ad intrattenere i rapporti con il broker assicurativo per l'acquisizione della polizza di secondo rischio e ad espletare la gara ad evidenza pubblica per l'acquisizione di una polizza unica a livello regionale<sup>60</sup>. La stessa svolge anche funzioni correlate alle politiche di *risk-management* erogando formazioni per il personale operante presso le strutture degli Enti del SSR. L'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS gestisce, altresì, una banca dati regionale per la raccolta ed aggregazione delle informazioni relative ai sinistri occorsi ed è competente alla predisposizione dei “report sinistri” da fornire alle

<sup>57</sup> Per quanto concerne l'esperienza del FVG è possibile osservare che era stata inizialmente prevista una soglia SIR pari a euro 500.000, sulla base delle risultanze fornite nel primo studio di fattibilità elaborato dal Csc. La soglia è stata successivamente innalzata a euro 750.000, tuttavia, al termine del periodo di prova, l'amministrazione sanitaria ha ritenuto tale soglia troppo elevata per garantire un corretto bilanciamento fra costi e benefici, così nuovamente riducendola a euro 550.000.

<sup>58</sup> G. Pelissero, W. Rossi, A. Tita, P. Luraschi, *L'alternativa all'obbligo di assicurazione*, cit., 688-689.

<sup>59</sup> In base ai dati raccolti si registra che un numero elevato di regioni, nonostante la complessiva inefficienza ed antieconomicità della scelta, si avvalgono ancora di una gestione assicurativa operante a livello aziendale (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia).

<sup>60</sup> In particolare, nel caso della regione Friuli-Venezia Giulia, l'ARCS svolge pure attività di intermediazione per l'acquisto di polizze da parte del personale sanitario ed assume le funzioni di soggetto aggregatore delle aziende sanitarie operanti sul territorio regionale per l'acquisto di ulteriori tipologie di polizze assicurative.

strutture sanitarie per implementare le politiche *risk-management*, oggetto di approfondimento nel successivo paragrafo.

Per altro verso, il raggruppamento di una pluralità di aziende sanitarie in un unico sistema assicurativo, attraverso un unico soggetto aggregatore quale ARCS, permette di ricreare il “rapporto di mutualità” tipico del contratto di assicurazione, così parzialmente assorbendo, in forza delle leggi statistiche e di probabilità, le conseguenze economiche negative derivanti dall’avverarsi dei fattori di rischio<sup>61</sup>.

L’impiego di tali meccanismi garantisce l’accesso ad un’unica polizza assicurativa regionale di secondo rischio, a prescindere dalla sinistrosità delle singole aziende sanitarie. In tal modo, grazie alla mutualità interna ricreata dal modello di gestione accentrata, anche le strutture che singolarmente non riuscirebbero ad individuare una compagnia assicurativa disposta alla quotazione del rischio hanno accesso alla garanzia assicurativa per i danni catastrofali. In sostanza, la scarsa sinistrosità di alcune strutture sanitarie, in parte dipendente dalla tipologia di attività svolta, permette di abbattere, o quantomeno rendere economicamente sostenibile, il rischio di strutture sanitarie dedite allo svolgimento di terapie salvavita ed interventi chirurgici sperimentali, che potranno così continuare ad erogare le medesime prestazioni sanitarie<sup>62</sup>.

Le ricadute positive per l’azione dell’amministrazione sanitaria sono evidenti: l’implementazione di tali meccanismi di mutualità interna rende sostenibile l’operatività di strutture ad alto rischio di sinistrosità, assicurandone la complessiva stabilità economica e la solvibilità al verificarsi dell’evento dannoso, nel pieno espletamento del diritto costituzionale alle cure e alla salute. La gestione accentrata del rischio clinico permette, dunque, di

<sup>61</sup> Tale modalità di gestione accentrata può essere assimilata allo strumento delle *captive insurance* diffuse nell’ordinamento statunitense. Negli Stati Uniti, infatti, a seguito della già citata crisi del mercato delle assicurazioni sanitarie, le *health-care facilities* hanno scelto di costituire delle apposite società assicurative con l’esclusiva finalità di assicurare i rischi dei soggetti facenti parte della compagine sociale. In tale ipotesi, le strutture ospedaliere scelgono comunque di esternalizzare il rischio clinico, sebbene a favore di un soggetto costituito “ad hoc”. Ancora più simile è la prassi di costituire dei “*Risk-Retention Groups*”, che si contraddistinguono per la scelta delle diverse strutture sanitarie di mettere in comune le proprie risorse economiche per fronteggiare collettivamente il rischio assicurativo. In argomento, cfr. L. Velliscig, *Assicurazione e “Autoassicurazione”*, cit., 52 – 53.

<sup>62</sup> Con specifico riferimento all’esperienza del FVG emerge che la gestione accentrata del rischio garantisce un sistema virtuoso di mutualità fra istituti ad alta sinistrosità, come l’ospedale infantile Burlo Garofalo di Trieste (che registra alcuni sinistri di portata catastrofale generando il decesso o lesioni gravissime, con liquidazioni per sinistro fino ad un valore di circa quattro milioni di euro) e strutture a scarsa sinistrosità, come il C.R.O. di Aviano.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

mantenere operative strutture ospedaliere pubbliche capaci di erogare cure mediche e prestazioni sanitarie ed operatorie particolarmente complesse, talvolta a carattere innovativo e ad alto rischio, sebbene tali prestazioni siano antieconomiche ed insostenibili per il mercato assicurativo privato.

Terzo, l'individuazione delle corrette modalità di costituzione, gestione e riservazione del "fondo rischi" ha un ruolo essenziale per la ritenzione del rischio assicurativo.

L'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia ha costituito un "Fondo Unico Regionale", dotato di autonomia contabile, destinato alla copertura dei soli costi relativi alla gestione dei rischi per *malpractice* medica delle strutture regionali, ed affidato esclusivamente alla gestione di ARCS<sup>63</sup>. Alla data di prima attivazione del "fondo rischi" era stato previsto uno stanziamento da parte del Fondo Sanitario Regionale pari a circa cinque milioni annui, adeguato nel corso degli anni fino a raggiungere una somma attualmente ricompresa fra i dieci ed i dodici milioni di euro. Il visibile incremento degli stanziamenti annuali è riconducibile non solo all'aumento dei sinistri e degli importi liquidati, ma soprattutto ad un efficace utilizzo dei flussi di dati acquisiti dall'amministrazione sanitaria nella stima delle riserve<sup>64</sup>.

Inoltre, il regolamento prevede che le eventuali eccedenze tra il costo necessario all'adeguamento annuale del fondo rischi e il preventivato finanziamento regionale, debbano essere ripartite fra le singole aziende sanitarie sulla base della compartecipazione percentuale al rischio probabile generato<sup>65</sup>. In questo modo, l'amministrazione mira a responsabilizzare le singole aziende sanitarie, incentivando l'adozione di misure per la prevenzione dei rischi, con l'obiettivo di evitare perdite patrimoniali dirette.

L'amministrazione sanitaria, ai fini della corretta gestione del fondo rischi, deve essere in grado di stimare le effettive probabilità di avveramento

<sup>63</sup> In alternativa alla costituzione di un "*trust fund*" è possibile ipotizzare, come avvenuto nell'ordinamento statunitense, un'esternalizzazione del rischio clinico in capo a soggetti terzi, che, tuttavia, non operano sul mercato assicurativo privato, quali le già citate ipotesi di "*Alternative Risk Transfer*". In tal senso, cfr. L. Velliscig, *Autoassicurazione e rischio sanitario*, cit., 666; cfr. Id., *Assicurazione e "Autoassicurazione"*, cit., 55 – 58.

<sup>64</sup> L'adeguamento periodico degli stanziamenti è effettuato in base ad una media calcolata sullo storico degli ultimi quindici anni e mira a garantire che le somme riservate non siano mai superiori alla concreta capienza del fondo rischi. Il fondo è costituito dalla totalità delle somme impegnate per i sinistri allo stato denunciati e non ancora definiti, adeguato alla soddisfazione di tutte le potenziali pretese risarcitorie, per un valore complessivo pari a circa cinquanta milioni di euro.

<sup>65</sup> Più nel dettaglio, il peso percentuale delle singole strutture sanitarie, nella generazione del rischio, è stato calcolato in base a tutti i sinistri generati dalle stesse a partire dall'avvio della gestione diretta.

del rischio, per garantire una migliore approssimazione delle somme messe a riserva ed evitare inefficienze gestionali<sup>66</sup>. Ed infatti, la sovrastima delle somme riservate comporta l'immobilizzazione di risorse che potrebbero essere diversamente e meglio impiegate; viceversa, l'eventuale sottostima delle riserve può determinare l'incapienza del fondo e la necessità di reperire ulteriori coperture per il soddisfacimento dei terzi danneggiati. L'utilizzo dei dati acquisiti tramite la gestione diretta, ove adeguatamente aggregati e rielaborati mediante l'impiego di specifici software, come nel caso della gestione assicurativa centralizzata di ARCS, permette di affinare le modalità di stima ed evitare inutili immobilizzazioni di risorse pubbliche<sup>67</sup>.

Quarto, sotto il profilo gestionale, al fine di garantire una più accurata corrispondenza fra somme riservate e somme liquidate, l'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS effettua una rivalutazione periodica di tutti i sinistri denunciati, in base agli aggiornamenti delle tabelle ministeriali, soprattutto con riguardo ai sinistri di lunga durata, ed assicura una continua revisione delle riserve in base alle risultanze fornite dalle perizie medico legali interne e di controparte<sup>68</sup>. Il rispetto di queste regole permette una gestione del fondo rischi complessivamente più accurata, esente da vincoli connessi a esigenze di bilancio aziendale o a politiche interne di standardizzazione in base alle tipologie di sinistro, come spesso avviene per le compagnie di assicurazione.

Da ultimo, l'efficienza dei modelli di gestione diretta del rischio è strettamente connessa alla presenza all'interno dell'amministrazione sanitaria di risorse umane ed organizzative capaci di attuare politiche di *clinical risk-management* per la prevenzione degli errori sanitari e la conseguente riduzione

<sup>66</sup> In argomento, cfr. P. Corrias, *I profili di rilievo assicurativo della Legge Gelli-Bianco*, cit., 197 – 199; L. Velliscig, *L'autoassicurazione*, in *Diritto alla salute e contratto di assicurazione*, cit., 118 – 119.

<sup>67</sup> Ad ogni modo, è opportuno precisare che lo sfioramento della soglia di finanziamento regionale può essere causato anche da un unico errore di stima avente ad oggetto i "sinistri catastrofali". D'altro canto, il modello di parziale ritenzione del rischio clinico permette di limitare le perdite entro la soglia SIR, garantendo che l'aggravio di spesa sul fondo abbia portata limitata e che i maggiori costi siano automaticamente assorbiti dalle compagnie di assicurazione.

<sup>68</sup> L'ufficio gestione assicurativa di ARCS appone una prima iniziale riserva all'apertura del sinistro, le somme riservate vengono poi progressivamente aggiornate in base alle relazioni sanitarie/tecniche e alle risultanze della perizia medico legale (interna e di controparte) con specifico riguardo alla sussistenza di responsabilità per *malpractice* medica e alla stima del *quantum* risarcitorio; qualora si escluda ogni responsabilità per la struttura sanitaria verrà apposta una riserva limitata alle somme necessarie per un eventuale contenzioso.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

ne del rischio clinico<sup>69</sup>. Tali politiche sono fondate sulla collaborazione tra operatori e strutture sanitarie, finalizzata a conoscere e valutare i *trigger events* (conseguenti effetti attesi e costi associati), e sull'attività di *incident reporting* che permette di limitare la propagazione dell'evento dannoso<sup>70</sup>.

L'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia, ad esempio, ha istituito un "Comitato Regionale per la Gestione del rischio assicurativo", che costituisce luogo di confronto sulle politiche di *clinical risk-management* e gestione centralizzata dei sinistri, ed esprime pareri in ordine alla standardizzazione di protocolli organizzativi/procedurali per l'abbattimento della sinistrosità aziendale e per l'elaborazione della reportistica dei sinistri<sup>71</sup>.

A livello aziendale è stato previsto presso ogni ente del SSR un "comitato aziendale" per la gestione dei sinistri, quale organismo tecnico deputato alla gestione del rischio assicurativo. I comitati aziendali, oltre a coadiuvare ARCS nella gestione della pratica di sinistro, si occupano di valutare i sinistri intervenuti a livello aziendale, attivare azioni di miglioramento e di predisporre protocolli e/o linee guida per limitare la sinistrosità dell'amministrazione sanitaria o per supportare la difesa aziendale in eventuali contenziosi<sup>72</sup>.

<sup>69</sup> In tema cfr. B. Gaudenzi, *Il risk management nelle aziende sanitarie*, in *Riv. it. med. leg.*, 2020, 1997; L. Selleri, *La rilevanza della resilienza nel processo evolutivo del risk management: sfide ed opportunità per le imprese di assicurazione*, in *Dir. economia assicur.*, 2011, 1419; L. Marazzi, *Modelli di mappatura del rischio sanitario*, in *La responsabilità sanitaria tra continuità e cambiamento*, a cura di G. Romagnoli, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2018, 220.

<sup>70</sup> Cfr. F.Valentini, *Il nuovo assetto della responsabilità sanitaria dopo la riforma Gelli-Bianco*, in *Riv. it. dir. med. leg.*, 2017, 1395.

<sup>71</sup> L'amministrazione regionale, con la delibera della giunta n. 1970/2016, ha anche istituito un apposito programma "Rete Cure Sicure FVG" finalizzato a promuovere e valorizzare, in forma integrata, le attività connesse alla sicurezza dei pazienti e le politiche di prevenzione e gestione del rischio sanitario. Il programma ha il principale obiettivo di promuovere l'attivazione di percorsi *audit* finalizzati allo studio dei processi interni e le criticità più frequenti (anche su base di segnalazioni anonime), nonché di rilevare l'eventuale inappropriatazza dei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitare l'emersione di pratiche di medicina difensiva attiva e passiva.

<sup>72</sup> I protocolli organizzativi e/o procedurali sono inizialmente sperimentati in singoli reparti o strutture organizzative e successivamente diffusi tra gli enti del SSR, previo parere favorevole del Comitato regionale, ove venga in rilievo una riduzione statistica dei sinistri. Inoltre, ogni ente del SSR ha l'onere di individuare al proprio interno un *risk manager* aziendale che svolge funzioni di interfaccia con il livello regionale, coordina il tavolo aziendale sul rischio clinico, cura il flusso dei dati aziendale, promuove l'attivazione di *audit* clinici, propone alla direzione sanitaria aziendale programmi di miglioramento del governo clinico. Di contro, si ritiene che l'esternalizzazione dei "Servizi di gestione e liquidazione dei sinistri" a favore di un *Loss Adjuster* dipendente da una compagnia di assicurazione debba valutarsi come una scelta complessivamente inefficiente. Infatti, l'esternalizzazione di tali attività comporta la perdita dell'intero patrimonio informativo relativo alla gestione assicurativa (*know-how* azien-

La corretta implementazione di azioni di *clinical risk-management* e l'adozione di un regolamento interno che disciplini puntualmente, come nell'esperienza dell'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia, le regole operative per la gestione dei sinistri, costituzione e riservazione del fondo sinistri, rappresenta, sotto il profilo organizzativo, carattere indispensabile per garantire la funzionalità della gestione assicurativa centralizzata <sup>73</sup>.

## **7. Il ruolo delle nuove tecnologie nella gestione diretta del rischio**

La gestione diretta del rischio impone l'utilizzo di sistemi informatici per la raccolta e l'elaborazione dei flussi di dati riguardanti i sinistri, mediante tecniche di analisi statistica e sistemi automatizzati, le cui risultanze permettono l'implementazione di protocolli organizzativi/procedimentali di *clinical risk-management* ed un'accurata gestione del fondo sinistri, nonché di attività conciliative o giudiziali.

L'impiego di software fondati sull'uso di algoritmi per migliorare la raccolta, la conservazione ed il trattamento dei dati, è uno dei primi obiettivi per un'efficace gestione dei sinistri e per la centralizzazione della gestione assicurativa <sup>74</sup>. Infatti, l'ampliamento dei dati e delle informazioni scambiate e raccolte dalle amministrazioni sanitarie si dimostra un passaggio obbligato per garantire un flusso informativo ed il conseguente miglioramento della gestione dei processi clinici ed amministrativi<sup>75</sup>.

dale) indispensabile per l'implementazione di procedure per la gestione e prevenzione del rischio e per l'efficiente funzionamento del modello.

<sup>73</sup> Il programma regionale "Rete Cure Sicure FVG" affida tale ruolo di coordinamento ad una struttura regionale "deputata alla gestione del rischio clinico". Tuttavia, la mancata attribuzione del ruolo di coordinamento a favore di ARCS deve essere valutata negativamente, non assicurando la necessaria sinergia tra le azioni volte alla prevenzione del rischio clinico e quelle relative alla gestione assicurativa dei sinistri.

<sup>74</sup> In tal senso, si consideri che i primi progetti finalizzati alla prevenzione del rischio e alla creazione di un modello organizzativo basato su *risk-management* sanitario hanno imposto un intervento di riorganizzazione dei sistemi informativi e la conversione in formato elettronico dell'insieme dei flussi di dati sanitari. In argomento, cfr. G. Preite, *Il sistema socio-sanitario e le dinamiche del rischio nella moderna contemporaneità*, in *La sanità e il rischio. Dinamiche, prospettive, strategie*, a cura di M. De Benedetto e G. Preite, Trento, Tangram Edizioni Scientifiche, 2019, 28-29.

<sup>75</sup> Del resto, la raccolta e l'elaborazione di ingenti flussi di dati in ambito sanitario, oltre al settore della gestione assicurativa, può interessare altre aree dell'organizzazione sanitaria. In tal senso, si pensi alla proposta del Ministero della Salute per la ripartizione delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Il Ministero intenderebbe realizzare un'interconnessione-

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

La gestione diretta del rischio permette alle amministrazioni sanitarie di entrare in possesso di numerose informazioni riguardanti i sinistri per *malpractice*, di norma difficilmente reperibili in ipotesi di integrale ricorso al mercato assicurativo, se non limitatamente alle statistiche riguardanti i sinistri denunciati ed il *quantum* liquidato. La gestione diretta, invece, consente di accedere all'integrale raccolta dei sinistri denunciati, dei sinistri riservati, dei sinistri confermati e dei sinistri liquidati, nonché a tutti i dati relativi agli accordi transattivi sottoscritti fra le parti, all'eventuale contenzioso, o al contenuto delle perizie medico legali.

I dati, se correttamente aggregati, permettono di predisporre report e statistiche finalizzate a fornire una base informativa minima sui tassi di sinistrosità delle singole strutture sanitarie, sui reparti e le attività più frequentemente soggetti al verificarsi di sinistri, sulle percentuali di sinistri denunciati per tipologia. L'obiettivo è quello di implementare specifiche misure a livello aziendale o regionale per prevenire eventi di rischio futuri, basandosi sull'analisi degli eventi dannosi e/o errori commessi in passato, sfruttando il patrimonio informativo, a seguito di rielaborazione mediante software e database utilizzati per scopi di *business intelligence* in ambito clinico, assicurativo e gestionale.

Nell'esperienza dell'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia, l'attività di raccolta ed elaborazione dati è stata affidata ad ARCS, quale soggetto con funzioni di coordinamento della gestione assicurativa centralizzata. Più in generale, l'art. 39, l.r. n. 22/2019, attribuisce ad ARCS le funzioni di progettazione, organizzazione, sviluppo e conduzione del sistema informativo e telematico unitario per le amministrazioni aderenti al servizio sanitario regionale<sup>76</sup>. Il legislatore regionale mira a garantire l'aggiornamen-

ne tra diversi flussi di dati, in particolare, incrociando le informazioni reddituali, disponibili presso l'anagrafe tributaria, i registri di mortalità, i dati delle anagrafi regionali dei codici di esenzione per patologia, per procedere alla successiva "stratificazione" degli utenti del SSN. L'attività di "stratificazione" della popolazione ("profilo sanitario individuale" connesso allo stato di salute del singolo e alla relativa situazione reddituale) consentirebbe un riparto più efficiente del FSN, nonché la creazione di un sistema diagnostico ad ampio spettro capace di razionalizzare l'azione dell'amministrazione sanitaria (cfr. GDPR, parere n. 43/2020, in [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

<sup>76</sup> Il sistema informativo socio sanitario regionale (SISSR) è un sistema unitario ad elevata complessità funzionale e strutturale, utilizzato per il governo e la gestione di tutti gli enti del SSR. Il SISSR riunisce soluzioni gestionali multiutenza connesse e integrate tra loro – area clinica, territoriale, amministrativa e direzionale – mediante la condivisione dei database e la razionalizzazione e automazione dei processi. Tale sistema, oltre a costituire il principale supporto operativo per le strutture sanitarie, è la fonte informativa più consistente a livello aziendale e regionale. A partire dal 2020 è stato previsto l'impegno di un elevato nu-

to delle infrastrutture tecnologiche in uso presso le diverse aziende sanitarie, soprattutto per garantire l'interoperabilità tra piattaforme, affidando ad ARCS il compito di individuare e pianificare gli interventi necessari per garantire l'integrazione dei sistemi informativi in ambito assistenziale.

Sotto il profilo specifico della gestione assicurativa, il Centro Servizi Condivisi (oggi ARCS) ha provveduto allo sviluppo *in house* di un software, basato su algoritmi deterministici. L'intero patrimonio informativo viene raccolto all'interno di una banca dati sinistri e successivamente elaborato in base alle esigenze segnalate dall'amministrazione sanitaria<sup>77</sup>. Più nel dettaglio, l'ufficio Gestione Assicurativa Centralizzata di ARCS, attraverso l'utilizzo di tale infrastruttura tecnologica e dei dati raccolti, è in grado di svolgere le seguenti attività: *a)* elaborazione di statistiche e report funzionali all'analisi della sinistrosità delle singole aziende sanitarie, al fine di individuare le strutture che, nell'erogazione di una data prestazione sanitaria o pratica clinica, presentano un numero di sinistri superiore rispetto alla media degli enti del servizio sanitario regionale; *b)* elaborazione di un "report sinistri" che permetta l'individuazione, in forma singola o aggregata (per anno, per struttura o per tipologia di sinistri), dei sinistri denunciati, delle generalità dei danneggiati, di informazioni relative alle tempistiche e allo svolgimento della fase istruttoria, delle modalità di definizione dei sinistri in via transattiva o giudiziale e dell'eventuale valore economico del risarcimento liquidato; *c)* aggregazione ed elaborazione dei dati relativi ai sinistri storicamente denunciati per garantire una corretta valutazione degli stanziamenti annuali a favore del fondo sinistri, così superando le criticità relative alla stima delle somme necessarie a soddisfare l'insieme delle istanze risarcitorie; *d)* elaborazione di specifiche statistiche per una più accurata apposizione delle riserve a seguito dell'apertura di un sinistro, così limitando le ipotesi di sottostima e sovrastima delle somme riservate all'interno del fondo sinistri; *e)* elaborazione di statistiche relative al numero e alla tipologia di sinistri definiti mediante accordo stragiudiziale, per la stima della proposta transattiva più adeguata alla definizione del sinistro e valutazione predittiva circa le possibilità di successo in ipotesi di contenzioso.

Il database vanta un ampio patrimonio informativo, acquisito in circa quindici anni di gestione accentrata del rischio assicurativo. Nondimeno,

mero di risorse (economiche ed umane) per la revisione dei processi riguardanti la raccolta e l'aggregazione dei dati da parte delle aziende sanitarie e di rinnovamento delle infrastrutture tecnologiche.

<sup>77</sup> In tema di gestione e raccolta dati e trattamento dati personali, cfr. E.A. FERIOLI, *Digitalizzazione, Intelligenza artificiale e Robot nella tutela della salute*, in *Intelligenza artificiale e diritto*, cit., 423.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

presenta delle funzionalità di rielaborazione ed aggregazione automatizzate assai limitate. Il software attualmente in uso, risalente al 2012, sconta un'inevitabile arretratezza tecnologica, sia sotto il profilo delle funzionalità, che a livello di interoperabilità con altri sistemi informatici o applicativi. La maggioranza dei report e delle statistiche appena descritte sono, quindi, elaborate "manualmente" dagli operatori, non essendo previste funzioni di aggregazione e di analisi automatizzate.

È per queste ragioni che l'amministrazione sanitaria intende sviluppare un nuovo applicativo, avvalendosi di una *software-house* esterna, meglio rispondente alle esigenze della gestione assicurativa centralizzata e di maggiore avanguardia sotto il profilo dell'avanzamento tecnologico<sup>78</sup>. A conferma di ciò, è stata recentemente pubblicata una consultazione preliminare di mercato propedeutica all'indizione di una procedura per l'affidamento della fornitura del nuovo applicativo in modalità "*Software as a Service*"<sup>79</sup>.

Nello specifico, in base all'avviso pubblico, fra le specifiche funzionali del nuovo applicativo figurano: *i*) la gestione integralmente informatizzata dei sinistri, del flusso di dati e delle relative attività; *ii*) la possibilità di visualizzare in tempo reale il flusso di lavoro e le attività riguardanti il singolo sinistro, con visualizzazioni diversificate in relazione ai differenti profili utente; *iii*) la possibilità di produrre dati statistici e lo svolgimento automatizzato di funzioni di analisi, di reportistica e capacità analitiche con visualizzazione personalizzate in relazione ai differenti profili utente; *iv*) la capacità di creazione ed esportazione di specifici file per la gestione del flusso SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità); *v*) la migrazione sulla nuova piattaforma dello storico dati già presente a sistema, così da salvaguardare il patrimonio informativo già consolidato.

<sup>78</sup> In particolare, l'obiettivo è quello di realizzare un'infrastruttura tecnologica interoperabile con il SISR e direttamente accessibile alle singole aziende sanitarie per l'acquisizione di dati e statistiche, senza l'intermediazione di ARCS. L'accesso diretto ai dati aziendali, sebbene con i necessari vincoli di visualizzazione, permetterebbe ai *risk-manager* e ai comitati aziendali un utilizzo più agevole del patrimonio informativo, così facilitando l'implementazione di proposte e politiche mirate per la prevenzione e gestione dei sinistri nella singola realtà aziendale.

<sup>79</sup> Più nel dettaglio, in data 18 ottobre 2022 è stata pubblicata sul sito istituzionale di ARCS una «Consultazione preliminare di mercato finalizzata all'indizione di una gara per l'affidamento della fornitura di una piattaforma per la gestione delle richieste di risarcimento danni notificate alle Aziende Sanitarie del SSR nell'ambito della copertura assicurativa Centralizzata RCT/O del FVG e curate dall'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute». L'avviso pubblico specifica che la soluzione ricercata dall'amministrazione sanitaria dovrà fornire una visione integrata e centralizzata di tutte le informazioni e/o dati relativi ai singoli sinistri, garantendo la possibilità di monitorare lo stato della pratica.

Più in generale, ai fini dell'aggiornamento dell'infrastruttura tecnologica, è auspicabile lo sviluppo di software basati su algoritmi più avanzati, anche con funzioni di “*Natural Language Processing*”, in parte già diffusi nel mercato privato delle assicurazioni, per l'esame e l'aggregazione di un più ampio numero di dati ed informazioni, in base ai criteri di ricerca differenziati<sup>80</sup>. In tal modo, l'amministrazione sanitaria potrà individuare nuovi parametri di valutazione e sviluppare capacità predittive sempre più accurate per la stima delle somme da liquidare, o per la determinazione di *trend* ed esiti giudiziari con riguardo a specifiche tipologie di sinistri<sup>81</sup>.

In sintesi, la raccolta e l'analisi dei dati permette di conseguire almeno due principali risultati. Da un lato, fornisce elementi di valutazione omogenei per situazioni analoghe, in modo da uniformare l'approccio tra i diversi “comitati aziendali” di gestione sinistri; dall'altro, facilita una visione “predittiva” della lite e consente di adeguare le strategie in fase stragiudiziale o giudiziale<sup>82</sup>.

Nondimeno, perdura la centralità della supervisione umana per una corretta gestione del rischio da parte dell'amministrazione sanitaria. E ciò, in particolare, per quegli accadimenti che sfuggono al mero calcolo probabilistico o che non presentano una ricorrenza numerica tale da poter essere considerati un campione rappresentativo<sup>83</sup>. In scenari di rischio meno ri-

<sup>80</sup> Sulla base della documentazione disponibile, infatti, si osserva l'assenza di espliciti richiami all'impiego di algoritmi con funzioni di *machine learning* o con capacità evolute di *Natural Language Processing*, preferendo l'utilizzo dei più diffusi algoritmi deterministici. D'altro canto, lo strumento della consultazione preliminare di mercato mira proprio ad avviare un dialogo informale con gli operatori privati del settore, anche al fine di acquisire soluzioni tecniche alternative più avanzate e/o efficienti per l'espletamento dell'attività oggetto del servizio.

<sup>81</sup> In tal senso, cfr. R. Mancini e A. Torini, *L'Intelligenza Artificiale nella finanza e nelle assicurazioni*, in *Intelligenza artificiale. Il diritto, i diritti, l'etica*, a cura di U. Ruffolo, Milano, Giuffrè, 2020, 619; cfr. pure A. Camedda, *Sanità digitale e contratto di assicurazione: un nuovo connubio*, in *Diritto alla salute e contratto di assicurazione*, cit., 353 ss.

<sup>82</sup> In argomento, d'interesse la recente delibera adottata della Regione Toscana in materia di Gestione del Rischio in sanità, mediante la quale è stata avviata una collaborazione di ricerca tra la Scuola Superiore Sant'Anna e l'Asl Toscana Centro, che prevede la raccolta sistematica e l'analisi di consulenze medico legali e di sentenze dei tribunali locali di Pistoia, Prato, Firenze relative ad ipotesi di malpractice a carico delle strutture sanitarie locali. In argomento, cfr. B. Guidi, R. Giannini, [et Al.], *Responsabilità medica e sanitaria: analisi dei dati dell'azienda sanitaria Toscana centro*, in *Danno e Resp.*, 2021, 593. L'obiettivo è quello di estrarre, mediante l'analisi automatizzata di una grande mole di dati, dei trend decisionali per realizzare una “predizione” di un potenziale esito giudiziale, con notevoli ricadute sulla deflazione del contenzioso e sull'incremento degli accordi consensuali fra le parti.

<sup>83</sup> Le garanzie derivanti dal mantenimento dello *human in the loop* nell'attività deci-

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

correnti o emergenti, dove la base informativa storica è limitata, rimane necessario effettuare stime e valutazioni non automatizzate, coinvolgendo attivamente i *risk-manager* aziendali ed i soggetti referenti per i diversi processi.

### **8. Riflessioni conclusive: dal modello dell'amministrazione sanitaria del Friuli-Venezia Giulia ad un modello generale**

Le evidenze raccolte sul modello di gestione assicurativa centralizzata nell'esperienza dell'amministrazione sanitaria regionale del Friuli-Venezia Giulia, mostrano che la gestione diretta del rischio, se correttamente modulata, risulta complessivamente più economica, efficace ed efficiente, rispetto all'integrale ricorso al mercato assicurativo.

La gestione diretta del rischio si contraddistingue per una peculiare flessibilità, che permette di adeguare il modello organizzativo alle prestazioni sanitarie erogate e alle caratteristiche del mercato assicurativo. L'introduzione di meccanismi ibridi, che combinano lo strumento assicurativo con la gestione diretta, permette un governo sempre più efficiente della "cosa pubblica", sfruttando i vantaggi della dicotomia pubblico-privato. Infatti, la parziale autoritenzione del rischio facilita il superamento di molte distorsioni proprie del mercato assicurativo, garantendo, al contempo, la responsabilizzazione dell'amministrazione sanitaria.

L'utilizzo dei meccanismi di gestione diretta del rischio assicurativo risulta, però, necessariamente subordinato all'adozione da parte dell'amministrazione sanitaria di specifiche misure organizzative e/o manageriali. I requisiti minimi di efficienza del modello possono essere come di seguito sinteticamente riassunti.

sionale della pubblica amministrazione, nonché le riflessioni circa la compatibilità tra sistemi *machine learning* e l'azione amministrativa, sono attualmente oggetto di un vivace dibattito dottrinale. In argomento, fra i contributi più recenti, è possibile segnalare M. Macchia e A. Mascolo, *Intelligenza artificiale e sfera pubblica: lo stato dell'arte*, in *Giorn. dir. amm.*, 2022, 556; G. Pesce, *Pubblica amministrazione e tecnologie emergenti. Diritto amministrativo e intelligenza artificiale: i problemi*, in *Giur. It.*, 2022, 1507; F. Costantino, *Pubblica amministrazione e tecnologie emergenti – Algoritmi, intelligenza artificiale e giudice amministrativo*, *ivi*, 2022, 1507; D. Marongiu, *Pubblica amministrazione e tecnologie emergenti. Algoritmo e procedimento amministrativo: una ricostruzione*, *ivi*, 2022, 1507; B. Marchetti, *La garanzia dello Human in the Loop alla prova della decisione amministrativa algoritmica*, in *BioLaw Journal*, 2021, 2; R. Cavallo Perin, *Ragionando come se la digitalizzazione fosse data*, in *Dir. amm.*, 2020, 305; G. Avanzini, *Decisioni amministrative e algoritmi informatici. Predeterminazione analisi predittiva e nuove forme di intelligibilità*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2019; E. Picozza, *Intelligenza artificiale e diritto – politica, diritto amministrativo and artificial intelligence*, in *Giur. it.*, 2019.

Sotto il profilo delle misure di tipo organizzativo dovrà essere garantita: l'adesione ad un modello di parziale ritenzione del rischio assicurativo, con il trasferimento all'esterno dei c.d. "danni catastrofici" ed individuazione di una soglia di *Self-Insured Retention* adeguata alla tipologia di prestazioni sanitarie erogate ed oggetto di regolare aggiornamento; l'accentramento della gestione diretta a livello regionale o per area vasta, così da ricreare un "rapporto di mutualità" fra le aziende sanitarie, con l'obiettivo di garantire il parziale assorbimento, in forza delle leggi statistiche e di probabilità, delle conseguenze economiche negative derivanti dal verificarsi dei fattori di rischio.

Sotto diverso profilo, con riferimento al modello di gestione economica assume portata dirimente: la costituzione di un fondo autonomo (*self-insurance trust fund*), non aggredibile da parte di creditori terzi, che raccolga le risorse patrimoniali riservate ed oggetto di periodico adeguamento; l'affinamento della capacità di stima dei sinistri, sotto il profilo dell'*an* e del *quantum*, ai fini dell'apposizione ed aggiornamento delle riserve ed il conseguente accantonamento delle risorse economiche necessarie a fronteggiare il verificarsi dell'evento dannoso, con l'obiettivo di limitare inutili immobilizzazioni di risorse pubbliche.

Infine, dovranno essere correttamente implementate le seguenti misure di gestione manageriale: *i*) aggiornamento delle infrastrutture tecnologiche per la raccolta dei dati e sviluppo di software (anche sulla base di algoritmi "Natural Language Processing") per l'analisi e l'aggregazione automatizzata di una grande mole di dati riguardanti la gestione dei sinistri. L'obiettivo è quello di attivare protocolli organizzativi/procedimentali di *clinical risk-management* e garantire una più efficiente ed accurata gestione dell'attività di riservazione, liquidazione e tenuta del fondo sinistri; *ii*) definizione di procedure unitarie per la gestione delle pratiche di sinistro e per la valutazione della fondatezza delle richieste risarcitorie, con la principale finalità di agevolare la conclusione di accordi bonari e giungere alla definizione dei sinistri nei tempi massimi prestabiliti; *iii*) implementazione di idonei sistemi interni di prevenzione, mitigazione e gestione integrata del rischio clinico, anche mediante la costituzione di comitati regionali e/o aziendali. I comitati devono attivare azioni di miglioramento e di predisposizione di protocolli organizzativi e/o linee guida per l'abbattimento della sinistrosità aziendale, proponendo azioni di miglioramento "su misura"; *iv*) attribuzione delle funzioni di coordinamento delle politiche di *risk-management* al soggetto aggregatore della gestione diretta del rischio assicurativo.

Questi requisiti di natura organizzativo/procedurale sono indicatori il cui riscontro garantisce la funzionalità del modello di gestione diretta del rischio, distinguendolo dal mero inadempimento dell'obbligo assicurativo.

## **i modelli di gestione del rischio assicurativo nei servizi sanitari regionali**

D'altro canto, in considerazione della complessità funzionale del modello, una precipitosa transizione alla gestione diretta del rischio può rivelarsi inefficiente, essendo, piuttosto, preferibile una riduzione del ricorso al mercato assicurativo proporzionale all'aumentare delle capacità di gestione e mitigazione del rischio.

In conclusione, l'autoritenzione del rischio da parte dell'amministrazione sanitaria, supportata dalle necessarie componenti organizzative e tecnologiche, evidenzia notevoli ricadute positive, sia sotto il profilo del contenimento della spesa sanitaria, sia con riguardo al miglioramento del *management* clinico.

### *Abstract*

*The essay focuses on the phenomenon of self-insurance models in the healthcare system, weighing its benefits and potential issues. The article proceeds with the study of the "centralized management of RCT/RCO liability coverage" model adopted by the Friuli-Venezia Giulia healthcare administration.*

*The study aims at analysing the distinctive features of the adopted self-insurance model, and evaluate the results achieved. The main goal is to understand whether self-insurance models, when properly tailored and implemented, especially through the deployment of new technologies and a proper collection and elaboration of data flows, can result in a tool capable of increasing the efficiency of healthcare administrations.*