

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Atto del Dirigente DETERMINAZIONE

Num. 4164 del 26/02/2026 BOLOGNA

Proposta:	DPG/2026/4412 del 26/02/2026
Struttura proponente:	SETTORE GESTIONE FINANZIARIA ED ECONOMICA DEL SSR DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
Oggetto:	APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "ADEGUAMENTI ORGANIZZATIVI E CONTABILI PER LE AZIENDE SANITARIE AI SENSI DEL TITOLO III DEL D.M. 15 DICEMBRE 2023, N. 232 SUI REQUISITI MINIMI DI GARANZIA E CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ DELLE MISURE ANALOGHE"
Autorità emanante:	IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE
Firmatario:	LORENZO BROCCOLI in qualità di Direttore generale
Responsabile del procedimento:	Catia Morgagni

Firmato digitalmente

IL DIRETTORE

Richiamate:

- la L.R. 7 novembre 2012, n. 13 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario regionale" e successive modifiche;
- la deliberazione di Giunta regionale n. 1350 del 17 settembre 2012, "Approvazione del Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie";
- la deliberazione di Giunta regionale n. 2079 del 23 dicembre 2013 "Approvazione del «Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie»";
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24, "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e, in particolare, l'articolo 10, comma 6, recante «Obbligo di assicurazione»;
- il Decreto del Ministero delle imprese e del made in Italy, n. 232 del 15 dicembre 2023 "Regolamento recante la determinazione dei requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure";

Atteso che il Programma regionale sopra citato, si caratterizza per la gestione diretta dei sinistri da parte del Servizio Sanitario Regionale, nella logica di una collaborazione tra le Aziende Sanitarie e la Regione Emilia-Romagna;

Preso atto del D.M. n. 232/2023, in vigore dal 16 marzo 2024, concernente i requisiti minimi delle polizze assicurative della RC sanitaria e sulle condizioni di operatività delle "analoghe misure" di copertura del rischio;

Atteso che tale decreto è destinato ad avere un impatto rilevante sulle strutture sanitarie, relativamente alla valutazione e gestione del rischio nonché al contenzioso e che, lo stesso, regola rispettivamente:

- i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative di cui ai commi 1, 2 e 3 dell'articolo 10 della Legge n. 24/2017;
- i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure;
- le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione;
- la previsione di un fondo rischi e di un fondo riserva sinistri;

Considerato che il Titolo III del medesimo D.M. 232/2023 ha posto questioni di notevole complessità che hanno richiesto una serie di approfondimenti volti ad armonizzare il Programma regionale di gestione diretta sinistri adottato da questa Regione con le sopravvenute disposizioni normative, con particolare riferimento agli artt. 10 e 11 del decreto attuativo inerenti alla costituzione di due distinti fondi:

- il Fondo rischi, che opera a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura, per il quale l'importo accantonato deve tener conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura;
- il Fondo riserva sinistri, costituito come messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati e comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti, relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione;

Preso atto che l'art. 18, comma 4, del D.M. 232/2023 stabilisce che le strutture sanitarie debbano adeguare le misure organizzative e finanziarie di cui al Titolo III entro 24 mesi dalla sua entrata in vigore;

Richiamata la propria determinazione n. 9353 del 10/05/2024 con la quale è stato costituito il "Gruppo Regionale per l'attuazione del D.M. n. 232/2023", con l'obiettivo di valutare le problematiche poste dall'applicazione del Titolo III del DM 232/2023 in coerenza con il Programma regionale di gestione diretta in sanità, in particolare relative alla costituzione dei Fondi, alla loro gestione, alla congruità degli accantonamenti, nonché alla certificazione degli stessi avente l'obiettivo di predisporre indicazioni operative rivolta alle Aziende sanitarie;

Atteso che il citato Gruppo di lavoro Regionale per l'attuazione del D.M. n. 232/2023 ha provveduto, coerentemente con il proprio mandato, alla ricognizione dei sinistri presso tutte le Aziende sanitarie effettuando la raccolta sistematica delle informazioni a partire dalla data di ingresso di ciascuna Azienda nel Programma Regionale di gestione diretta dei sinistri fino al 31 dicembre 2025, sviluppandone l'analisi complessiva sulla base della serie storica e procedendo ai relativi approfondimenti;

Atteso che il predetto Gruppo regionale, a conclusione dei lavori e in condivisione con questa Direzione generale, ha elaborato il documento "Adeguamenti organizzativi e contabili per le Aziende sanitarie ai sensi del Titolo III del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232 sui requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe" volto a fornire indicazioni operative alle Aziende sanitarie regionali, allegato al presente atto;

Visti:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo Unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna";

Richiamate, altresì, le deliberazioni di Giunta Regionale:

- n. 325 del 7 marzo 2022 "Consolidamento e rafforzamento delle capacità amministrative: riorganizzazione dell'Ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale";
- n. 876 del 20 maggio 2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta Regionale";
- n. 1639 del 08 luglio 2024 "Modifica dei macro-assetti organizzativi della Giunta Regionale";
- n. 2376 del 23 dicembre 2024 "Disciplina organica in materia di organizzazione dell'Ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° gennaio 2025", e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/779385 del 21 dicembre 2017, inerenti al sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna;
- n. 2077 del 27 novembre 2023 "Nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza";
- n. 279 del 27 febbraio 2025, recante "Conferimento incarico di Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare a dirigente regionale";
- n. 1440 dell'08 settembre 2025, recante "PIAO 2025-2027. Aggiornamento a seguito di approvazione della legge regionale 25 luglio 2025 n. 7 "Assestamento e prima variazione al bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2025-2027";
- n. 1559 del 29 settembre 2025 "XII legislatura. Linee di indirizzo per la riorganizzazione delle funzioni e dei servizi della Regione e adeguamento delle strutture organizzative";

Richiamate inoltre le seguenti determinazioni dirigenziali:

- n. 18128 del 29 agosto 2023 "Conferimento di incarico dirigenziale presso la Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare";
- n. 27228 del 29 dicembre 2023 "Proroga incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare";
- n. 2035 del 2 febbraio 2024 "Modifica dell'assetto delle Aree della Direzione Generale Cura della Persona salute e welfare";
- n. 13376 del 01 luglio 2024 "Ridefinizione dell'assetto delle Aree dirigenziali della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare. Anticipo scadenze incarichi";

- n. 25541 del 30 dicembre 2025 "Proroga degli incarichi dirigenziali nell'ambito della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare";

Richiamata infine la determinazione dirigenziale n. 2335 del 9 febbraio 2022, recante "Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto Legislativo n. 33/2013. Anno 2022";

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestato che il sottoscritto Direttore generale non si trova in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Attestata la regolarità amministrativa del presente atto;

D E T E R M I N A

- 1) di approvare il documento "Adeguamenti organizzativi e contabili per le Aziende sanitarie ai sensi del Titolo III del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232 sui requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe", allegato parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di trasmettere il presente atto alle Aziende sanitarie regionali;
- 3) che si provvederà alle ulteriori pubblicazioni previste dal Piano integrato delle attività e dell'organizzazione 2025-2027, nonché dalla Direttiva di Indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione ai sensi dell'art. 7 bis del D.Lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.

Lorenzo Broccoli

Oggetto: Adeguamenti organizzativi e contabili per le Aziende sanitarie ai sensi del Titolo III del D.M. 15 dicembre 2023, n. 232 sui requisiti minimi di garanzia e condizioni di operatività delle misure analoghe

Adeguamenti contabili in ordine agli artt.10 ss.

Il D.M. n. 232/2023, in vigore dal 16 marzo 2024, concernente i requisiti minimi delle polizze assicurative della RC sanitaria e le condizioni di operatività delle “analoghe misure” di copertura del rischio regolamenta:

- i requisiti minimi di garanzia delle polizze assicurative di cui ai commi 1, 2 e 3 dell'articolo 10 della Legge n. 24/2017;
- i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure;
- la previsione di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati per la quota di autoritenzione.

Il Titolo III del D.M. 232/2023 prevede che l'autoritenzione debba essere assicurata dalla costituzione di due fondi:

- il Fondo rischi (art.10), che opera a copertura dei rischi individuabili al termine dell'esercizio e che possono dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura, per il quale l'importo accantonato deve tener conto della tipologia e della quantità delle prestazioni erogate e delle dimensioni della struttura;
- il Fondo riserva sinistri (art. 11), costituito come messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati e comprende l'ammontare complessivo delle somme necessarie per far fronte alle richieste di risarcimento presentate nel corso dell'esercizio o nel corso di quelli precedenti, relative a sinistri denunciati e non ancora pagati e relative spese di liquidazione;

La quantificazione del fondo rischi richiede un'analisi specifica da parte di ciascuna Azienda delle passività potenziali attraverso lo stanziamento di un fondo per rischi ed oneri. In particolare, il processo di iscrizione di una singola passività potenziale richiede:

- a) l'identificazione di criteri discriminanti per stabilire quando una perdita o un debito possono definirsi “probabili”, “possibili”, o “remoti”;
- b) la determinazione del valore da attribuire a queste perdite o debiti (probabili, o anche possibili) per la contabilizzazione di dette poste nel fondo rischi e/o nella nota integrativa.

A tal proposito pare utile richiamare quanto ribadito dalla Corte dei Conti, sez. reg. di contr. Basilicata, che nella delibera n. 42/2025/PRSE, depositata il 18 marzo 2025, circa la quantificazione del fondo per il contenzioso richiede un attento e costante monitoraggio sulle liti, per le quali occorre procedere quanto meno annualmente alla stima del rischio di soccombenza e alla verifica del loro andamento, essendo necessario dotarsi di un'apposita banca dati o, comunque, di un sistema di analisi e di stima delle controversie.

Al riguardo, secondo la giurisprudenza contabile, in assenza di parametri normativamente determinati, i criteri per valutare le significative probabilità di soccombere, possono attingere agli standard internazionali in tema di contabilità (International Accounting Standards - IAS 37¹ e OIC 31²), con conseguente classificazione delle passività potenziali da contenzioso secondo i gradi del certo, del probabile, del possibile, e del remoto:

- il debito certo (indice di rischio 100%) è l'evento di danno che è stato riconosciuto come risarcibile in una sentenza esecutiva, ma momentaneamente sospesa ex lege oppure l'evento per il quale è già stato raggiunto un accordo transattivo formalizzato con controparte con determinazione certa dell'importo risarcitorio, ma il pagamento non è ancora stato effettuato.
- la passività “probabile” (indice di rischio superiore al 51%) appartiene a quella categoria in cui rientrano i casi di provvedimenti giurisdizionali non esecutivi, nonché i giudizi non ancora esitati in decisione, per i quali il CVS ha valutato un rischio di soccombenza elevato, quindi impone un ammontare di accantonamento che sia pari almeno alla suddetta percentuale (cfr. documento OIC n. 31 e la definizione dello IAS 37, in base al quale l'evento è probabile quando si ritiene sia più verosimile che il fatto si verifichi piuttosto che il contrario); a titolo esemplificativo si possono ritenere un evento di danno probabile le seguenti fattispecie:
 - o quella per cui il CVS, all'esito della istruttoria, ha valutato la sussistenza di responsabilità aziendale e un rischio di soccombenza elevato in un eventuale giudizio (con importo stabilito dal CVS)
 - o quella con procedimento giudiziario in corso e con CTU sfavorevole (stima in base alle valutazioni del CTU)

¹ Principio contabile internazionale emesso da International Accounting Standards Board

² Principio contabile nazionale emesso da Organismo Italiano di Contabilità

- quella con istruttoria medico legale e procedimento giudiziario in corso per un evento per il quale l'orientamento giurisprudenziale è sfavorevole (stima tenendo conto delle pretese)
- la passività “possibile” (indice di rischio tra il 10% ed il 49%) è quella in relazione alla quale il fatto che la soccombenza si verifichi è inferiore al probabile (cfr. documento OIC n. 31, nonché dello IAS 37); a titolo esemplificativo, rappresenta un evento di danno possibile quello:
 - con istruttoria in corso, o rigettato dal CVS, ma con procedimento giudiziario in corso per un evento per il quale l'orientamento giurisprudenziale è controverso (stima tenendo conto delle pretese)
 - con CTU e sentenza favorevole, ma con impugnazione pendente.
- la passività da evento “remoto” (indice di rischio inferiore al 10%), non prevede, infine, alcun accantonamento. A titolo esemplificativo, rappresenta un evento di danno remoto quello:
 - silente (nessuna attività di controparte nei 5 anni successivi alla richiesta di risarcimento danni)
 - rigettato senza attività di controparte da almeno 5 anni dalla data del rigetto
 - con CTU favorevole senza ulteriore attività di controparte da almeno 5 anni

In proposito è stato precisato che *“In base alle prassi aziendalistiche affermatesi in materia, ove l'amministrazione giudichi come “remoto” il rischio di soccombenza, non sorge l'obbligo di effettuare alcun accantonamento; ove invece il rischio di perdita della lite sia valutato come tecnicamente “possibile”, all'ente è rimessa la costituzione del fondo in misura oscillante tra il 10% e il 50% del valore della domanda giudiziale e relativi accessori di legge; infine laddove l'accoglimento dell'avversa domanda appaia, ex ante e allo stato dell'arte, “probabile” la prudenza richiede di accantonare una somma anche maggiore del 50% del valore della causa” e, in caso di ammontare particolarmente elevato, il principio contabile consente lo stanziamento delle relative risorse su un orizzonte temporale di tre anni al massimo” (sez. reg. di contr. Piemonte, delibere nn. 16/2022/SRCPIE/PRSE e 134/2022/SRCPIE/PRSE). Nelle ipotesi di contenzioso rilevante, ai fini della corretta stima del rischio di soccombenza, si è evidenziato, inoltre, che “... si dovrà tener conto di tutte le voci che compongono la domanda giudiziale (danno emergente e lucro cessante ex art. 1223 c.c., danno curricolare, interessi, rivalutazione, etc.) così da effettuare un'analisi quanto più possibile accurata per assicurare un accantonamento corrispondente alle reali esigenze dell'ente” (cfr. Sez. Contr. Lombardia, deliberazione n. 95/2022/PAR).*

La corretta stima delle probabilità di soccombenza risulta quindi imprescindibile ai fini della determinazione dell'ammontare del fondo in esame.

Il DM 232/2023 prevede di affiancare al Fondo riserva sinistri (art. 11) – fondo corrispondente al già istituito “Fondo rischi per copertura diretta dei rischi – autoassicurazione”, che viene da oggi ridenominato in “Fondo riserva sinistri” - anche un ulteriore Fondo rischi (art. 10), denominato in questo documento da qui in avanti “Fondo rischi assicurativi eventi avversi”.

Il Fondo rischi assicurativi eventi avversi è un fondo rischi avente un doppio grado di aleatorietà, ovvero verificabilità e tempo, mentre il Fondo riserva sinistri è un fondo rischi con un grado di aleatorietà inferiore.

Occorre però evidenziare che, per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, il Fondo rischi assicurativi eventi avversi è alimentato dagli eventi di danno definiti “possibili” e dagli eventi avversi gravi/sentinella, verificatisi nell'esercizio in chiusura, eventi che non si sono ancora trasformati in richiesta di risarcimento danni. Per eventi avversi gravi si intendono quelli classificati nei livelli 7/8 del sistema di segnalazione dell'incident reporting (esito significativo/esito severo), qualsiasi altro evento inserito nel sistema di segnalazione regionale SegnalER con esito maggiore (necessità di intervento chirurgico, trasferimento in terapia intensiva/semintensiva, disabilità permanente).

Metodologia di calcolo

Al fine di accantonare l'importo che possa dar luogo a richieste di risarcimento a carico della struttura (art. 10 DM 232/2023), per il Fondo rischi assicurativi eventi avversi, si è proceduto secondo la seguente metodologia.

Il punto di partenza è dato dalla ricostruzione della serie storica dei sinistri aperti dalla data di ingresso delle aziende sanitarie nel regime di autorizzazione con gestione diretta dei sinistri, con la relativa valutazione del grado di rischio per ogni sinistro.

I criteri per la definizione del calcolo sono i seguenti:

- quantificazione dell'intero ammontare dei pagamenti – a valere sulla quota aziendale - per sinistri relativi all'ultimo quinquennio;
- calcolo del valore medio del sinistro pagato, rapportando l'importo complessivamente pagato nel quinquennio al numero dei sinistri pagati nel medesimo periodo, indipendentemente dall'anno di apertura del sinistro;

- calcolo del Fondo rischi assicurativi eventi avversi da appostare a bilancio effettuato moltiplicando il valore medio del sinistro pagato per il numero dei sinistri degli ultimi 5 anni valutati possibili, per un indice di rischio pari al 10%.

Per quanto riguarda il fondo riserva sinistri (Art.11), si ricorda che la singola Azienda accantona al proprio fondo un importo massimo per sinistro pari al valore economico della soglia di competenza, secondo il programma regionale di gestione diretta dei sinistri.

Il calcolo dell'importo da appostare a bilancio prevede che per ciascun sinistro sia effettuata una valutazione dell'indice di rischio di soccombenza:

- i sinistri valutati come certi debbono essere accantonati applicando un indice di rischio pari al 100%;
- i sinistri valutati come probabili debbono essere accantonati applicando:
 - un indice di rischio almeno pari al 70% del valore per i sinistri sottosoglia;
 - per i sinistri sopra soglia, l'indice di rischio almeno del 70% deve essere applicato all'importo complessivo del valore del sinistro (quota azienda + quota regione). Nel caso in cui l'importo così determinato risulti superiore alla soglia, l'azienda deve disporre un accantonamento per un importo pari all'intera quota aziendale; se l'importo determinato è inferiore alla soglia, l'azienda deve disporre un accantonamento pari all'importo così calcolato.

Il valore complessivo così ottenuto costituisce il valore minimo di detto fondo.

Di seguito si riportano in forma sintetica i passaggi relativi alla metodologia di calcolo dei fondi ai sensi del D.M. 232/2023:

- A. Quantificazione dell'intero ammontare dei pagamenti relativo ai sinistri contabilizzato nell'ultimo quinquennio
- B. Calcolo del valore medio del sinistro:
$$\frac{\text{importo complessivamente pagato in quota aziendale nel quinquennio}}{\text{nr dei sinistri pagati nel quinquennio indipendentemente dall'anno di apertura del sinistro}}$$
- C. Calcolo del valore del Fondo rischi assicurativi eventi avversi (art. 10):
valore medio del sinistro (calcolato come alla lettera B) x nr dei sinistri degli ultimi 5 anni valutati possibili x indice di rischio 10 %
- D. Calcolo del valore del Fondo riserva sinistri (art. 11):
 - valore dei sinistri valutati dal CVS come certi x indice di rischio 100 %
 - valore dei sinistri sottosoglia valutati dal CVS come probabili x indice di rischio di almeno 70 %
 - valore complessivo dei sinistri sopra soglia valutati dal CVS come probabili x indice di rischio di almeno 70 %, con accantonamento per sinistro di un importo massimo pari alla quota aziendale

Il Fondo riserva sinistri calcolato con la formula esposta costituisce il valore minimo di detto fondo.

Al Fondo rischi assicurativi eventi avversi, appostato come sopra, annualmente dovrà essere applicato un correttivo in caso di presenza di un grado oggettivo di maggior o minore rischiosità, quale ad esempio un consistente incremento/decremento delle prestazioni erogate, apertura/chiusura di un nuovo reparto, valutazioni del numero e delle gravità degli eventi avversi/sentinella verificatisi nel corso dell'esercizio in chiusura ma che non hanno ancora dato luogo ad una richiesta di risarcimento.

Scopo delle presenti indicazioni non è quello di sostituirsi ai processi valutativi aziendali finalizzati a rilevare delle passività potenziali derivanti dai singoli rischi, ma piuttosto indicare una metodologia "esterna" di calcolo complessiva dei due fondi rischi in linea con i principi di contabilità.

Da un lato, infatti, risulta evidente che la definizione della probabilità di realizzazione e di accadimento di ciascun evento di danno futuro (incerto nell'*an* e nel *quantum*) costituisce una valutazione tecnica specifica, soggetta essa stessa a margini di aleatorietà, tali da determinare interventi su misura sugli stanziamenti per i rischi sanitari, per cui si ritiene con il presente documento di mutuare gli indici di rischio richiamati dalla magistratura contabile; dall'altro lato, tuttavia, accantonamenti sovradimensionati sui fondi rischi possono immobilizzare improduttivamente poste che, invece, potrebbero essere più opportunamente destinate a finalità dirette di cura. In altri termini, accantonamenti derivanti da una attenta e oculata definizione complessiva di probabilità degli eventi di rischio, pur nel rispetto del principio di prudenza, contribuiscono ad una maggiore sostenibilità del sistema sanitario e ad una appropriata allocazione delle

risorse anche al fine dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, consentendo al contempo di garantire all'Azienda la condizione di far fronte alla eventuale liquidazione delle richieste risarcitorie. Si ricorda infatti la necessaria interoperabilità tra i due fondi (fondo rischi e fondo riserva sinistri) come sopra costituiti e annualmente utilizzati o implementati.

Al termine di ogni esercizio, i sinistri devono essere oggetto di revisione indipendentemente dallo stato con il quale sono stati classificati nell'esercizio precedente, al fine anche di predisporre la relazione annuale sull'adeguatezza ed efficacia del processo di valutazione dei rischi prevista dall'art.17 del DM 232/2023.

Adeguamenti organizzativi ex art. 16 “Funzioni per il governo del rischio assicurativo e valutazioni dei sinistri”

Relativamente agli adeguamenti degli assetti organizzativi, l'articolo 16 del D.M. 232/2023, con riguardo alle funzioni di valutazione dei sinistri, individua le seguenti competenze minime obbligatorie:

- Medicina legale;
- Perito (loss adjuster);
- Avvocato o altra figura professionale con competenze giuridico-legali, appartenente all'ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri;
- Gestione del rischio (risk management).

Il Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie (DGR n. 2079/2013) ha, a suo tempo, definito un assetto organizzativo interno a ciascuna Azienda fondato su specifiche figure e organismi obbligatori, di seguito riportati:

- Medicina Legale interna, con professionisti interni alla struttura sanitaria dedicati alla gestione dei singoli casi, in stretta integrazione con i clinici;
- Struttura Legale e/o Assicurativa, con la presenza di avvocati interni per la gestione dei singoli casi, in ogni sua fase, dall'istruttoria alla quantificazione del danno, alla cura delle comunicazioni con tutti gli attori coinvolti, compresa la fase di negoziazione e la gestione della causa anche in sede giudiziale;
- Comitato di Valutazione Sinistri (CVS);
- Responsabile dell'attuazione del Programma regionale.

Conseguentemente, è evidente come l'assetto organizzativo delineato dalla Regione risulti coerente con quanto previsto dal Decreto Ministeriale n. 232/2023, con la precisazione della presenza obbligatoria della figura del Risk Manager all'interno del CVS.

Per quanto concerne le attività attribuite al Loss Adjuster - quale figura esperta incaricata della gestione e valutazione dei sinistri, dall'apertura fino alla liquidazione, comprensiva dell'istruttoria, della quantificazione del danno e della gestione delle relazioni con tutti i soggetti coinvolti – si precisa che tali compiti sono svolti dagli avvocati, dai medici legali aziendali, con il supporto e la supervisione del Responsabile dell'attuazione del Programma su ciascun sinistro.