



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

824/139
numero01 DIC. 2014
data

Oggetto: Presa d'atto delle "Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria - Composizione e funzionamento dei Comitati di Valutazione Sinistri (CVS)".
Approvazione del nuovo Regolamento "Il Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri (CVS) e la procedura di gestione dei sinistri". Nomina dei componenti del CVS.

Esercizio 2014 _____ Conto _____

Centro di Costo _____

Sottoconto n° _____

Budget:

- Assegnato € _____

- Utilizzato € _____

- Presente Atto € _____

- Residuo € _____

Ovvero schema allegato

Scostamento Budget NO SI

Il Direttore del Bilancio RF

Data 13/11/14

U.O.C. PROPONENTE
Atti e Procedimenti Giuridico Amm.vi, Contratti e Convenzioni

Roberto Ferrantelli
Estensore
Roberto Ferrantelli

Il Responsabile del procedimento
Dr.ssa Maria Rita Corsetti

Data 12-XI-2014 Firma MRM

Il Direttore: Dr.ssa Maria Rita Corsetti

Data 12-XI-2014 Firma MRC

Proposta n° 868 del 12-11-14

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO

FavorevoleData 27-11-14

Stefano Pompili
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Stefano Pompili

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

FavorevoleData 27/11/2014

Massimiliano Gerli
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Massimiliano Gerli

La presente deliberazione si compone di n. 26 pagine di cui n. 20 pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.

Il Direttore della U.O.C. Atti e Procedimenti Giuridico Amministrativi, Contratti e Convenzioni

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

PREMESSO CHE con la deliberazione n. 1266/DG del 02.12.2011 l'Azienda ha proceduto alla costituzione del Comitato di Valutazione dei Sinistri aziendale (CVS), individuandone le funzioni e competenze principali, tra le quali la definizione delle strategie più consone ed opportune alla definizione dei sinistri denunciati (stragiudiziale, giudiziale o conciliativa);

con deliberazione n. 166/DG del 26.01.2012 l'Azienda ha approvato il "Regolamento aziendale di tutela in tema di responsabilità civile terzi e prestatori d'opera", provvedendo con le risorse umane e le dotazioni strumentali ed organizzative a sua disposizione ad assicurare un'autonoma copertura, con relativa gestione, del rischio di responsabilità civile terzi e prestatori d'opera di tutto il proprio personale dipendente;

con la medesima deliberazione n. 166/DG del 26.01.2012, per il raggiungimento dei fini di cui sopra, è stata prevista l'istituzione, nel bilancio aziendale, di un "fondo rischi" per un importo complessivo di € 5.000.000,00, al fine di consentire all'Azienda di ottemperare alla liquidazione dei danni definiti in via stragiudiziale e transattiva;

con la deliberazione n. 227/DG del 09.02.2012 l'Azienda ha approvato, altresì, il regolamento attuativo del CVS, nel quale venivano disciplinati i compiti e le responsabilità precipue di ciascun componente e delineati, nel contempo, le procedure operative indispensabili al raggiungimento degli obiettivi gestionali indicati nella sopra menzionata deliberazione n. 1266/DG del 02.12.2011;

con la deliberazione n. 823/DG del 24.10.2013 l'Azienda ha parzialmente riformato le sopra citate deliberazioni nn. 1266/DG del 02.12.2011 e 227/DG del 09.02.2012, modificando la composizione del Comitato di Valutazione Sinistri ed il Regolamento relativo alla procedura di gestione dei sinistri;

con la deliberazione n. 09/DG/FF del 17.01.2014 veniva parzialmente modificata anche la deliberazione n. 823/DG del 24.10.2013, con la rivisitazione della composizione del Comitato e della distribuzione di alcune mansioni tra i soggetti e le strutture partecipanti alla gestione del rischio RCT;

con la deliberazione n. 122/DG del 13.03.2014, veniva approvato il nuovo testo del Regolamento "Il CVS e la procedura di gestione dei sinistri", essendo emerse taluni aspetti di criticità ed alcune difficoltà applicative nel testo regolamentare allegato alla deliberazione n. 823/DG del 24.10.2013, il cui positivo superamento appariva essenziale ad un corretto ed efficace funzionamento del Comitato medesimo;

con la deliberazione n. 523/DG del 17.07.2014, infine, veniva individuata l'attuale composizione del Comitato;

VISTA la determinazione della Regione Lazio n. 409535 del 02.07.2014, pubblicata sul B.U.R.L. del 22.07.2014, con la quale sono state approvate le "Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria - Composizione e funzionamento dei Comitati di Valutazione Sinistri (CVS)";

VISTO quanto disposto dall'art.1 del testo regolamentare che alla luce della suddetta determinazione della Regione Lazio prevede come componenti stabili del CVS:

1. Direttore di Unità Operativa Complessa Amministrativa, deputata alla gestione delle pratiche assicurative e risarcitorie;
2. un Avvocato;
3. un Medico Legale;
4. il *Risk Manager*;
5. un membro della Direzione Sanitaria
6. il responsabile (U.O.S. o Posizione Organizzativa) che istruisce i sinistri;

VISTA la nota prot. n.31295 del 28 ottobre 2014 del Direttore della U.O.C. Atti e Procedimenti Giuridico Amministrativi- Contratti e Convenzioni al Direttore Sanitario, con la quale si chiedeva di indicare il nominativo del "membro della Direzione Sanitaria" da inserire nel nuovo CVS;

la nota in calce del Direttore Sanitario che individuava come componente del CVS la Dott.ssa Maria Domenica Comerci, responsabile UOSD C.A.P. - A.L.P.I. e Poliambulatori P.P.P.;

CONSIDERATA la necessità di prendere atto della suddetta determinazione della Regione Lazio n. 409535 del 02.07.2014 e per effetto della medesima:

1. approvare il nuovo "Regolamento del Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) e la procedura di gestione dei sinistri";
2. approvare, inoltre, sulla base di quanto previsto dall'art. 1 del testo regolamentare, la seguente composizione stabile del CVS:
Coordinatore: Dott. Franco D'Ignazio;
Componenti: Dr.ssa Maria Rita Corsetti;
Dr. Roberto Ferrantelli;
Dott.ssa Maria Domenica Comerci;
Avv. Gloria Di Gregorio;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

ATTESTATO in particolare che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario *ad acta* per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

PROPONE

per i motivi dettagliatamente esposti in narrativa che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di prendere atto della determinazione della Regione Lazio n. 409535 del 02.07.2014, pubblicata sul B.U.R.L. del 22.07.2014, con la quale sono state approvate le "Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati di Valutazione Sinistri (CVS)";

- di approvare il nuovo testo del "Regolamento del Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) e la procedura di gestione dei sinistri";

- approvare, inoltre, la seguente nuova composizione stabile del CVS:

Coordinatore: Dott. Franco D'Ignazio;
Componenti: Dr.ssa Maria Rita Corsetti;
Dr. Roberto Ferrantelli;
Dott.ssa Maria Domenica Comerci;
Avv. Gloria Di Gregorio;

- di prevedere che il nuovo testo regolamentare, allegato al presente provvedimento, sostituisca integralmente quello approvato con la precedente deliberazione n. 122/DG del 13.03.2014.

Il Direttore della U.O.C.
Dr. ssa Maria Rita Corsetti

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

IN VIRTU' dei poteri conferitigli con decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00031 del 30 gennaio 2014;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche ed integrazioni, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1 della legge 241/90 e successive modifiche ed integrazioni;

PRESO ATTO altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

VISTO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
ritenuto di dover procedere

DELIBERA

di approvare la proposta così come formulata, rendendola disposto.

La U.O.C. Atti e Procedimenti Giuridico Amministrativi Contratti e Convenzioni curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dr.ssa Mde Coiro





REGOLAMENTO

IL COMITATO AZIENDALE DI VALUTAZIONE DEI SINISTRI (CVS) E LA PROCEDURA DI GESTIONE DEI SINISTRI

INDICE

- Art. 1 -** Obiettivi, componenti e compiti
- Art. 2 –** Procedura di gestione dei sinistri e ripartizione in fasi
- Art. 3 –** Gestione del sinistro presso il CVS aziendale
- Art. 4 –** CVS Regionale
- Art. 5 –** Definizione e chiusura del sinistro
- Art. 6 -** Mediazione
- Art. 7 –** Difesa nell'eventuale contenzioso
- Art. 8 -** Spese di gestione dei sinistri
- Art. 9 –** Rapporti con la Corte dei Conti
- Art. 10 -** Obblighi di collaborazione aziendale
- Art. 11 –** I flussi informativi
- Art. 12 –** La formazione
- Art. 13 –** Norma finale

Allegati al presente Regolamento:

1. Traccia modello per relazione relativa ad evento-sinistro RCT
2. Check list Medico legale
3. Parere conclusivo del comitato valutazione sinistri
4. Modello scheda per segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti
5. Modello di *report* per comunicazione riepilogativa all'Autorità Regionale
6. Modello scheda riserva sinistro

Art. 1 - Obiettivi, Componenti e Compiti

Il Comitato di Valutazione dei Sinistri Aziendale (CVS) è un collegio multidisciplinare ristretto, in staff alla Direzione Strategica aziendale, il cui compito è anzitutto quello di verificare l'andamento dei sinistri aziendali e delle polizze sottoscritte dall'Azienda per la loro copertura.

L'obiettivo del CVS è principalmente il controllo e la riduzione dell'impatto economico e sociale del sinistro, per il cui raggiungimento il CVS pone in essere ogni iniziativa utile e necessaria.

In particolare, ai fini di cui al presente Regolamento, spetta al CVS la qualificazione e valutazione complessiva, anche ai fini dell'eventuale attivazione e conclusione delle procedure risarcitorie, di ciascun sinistro (identificato con apposita richiesta di risarcimento danno) sottoposto alla sua attenzione, nonché la considerazione di merito relativa all'opportunità e, in caso affermativo, alle modalità di partecipazione e svolgimento dei procedimenti di mediazione, come disciplinati dal Decreto Legislativo n. 28/2010 e s.m.i.

Tutte le figure professionali implicate nel processo oggetto della procedura collaboreranno per una migliore gestione del sinistro.

Il CVS persegue le proprie finalità istituzionali attraverso le seguenti attività:

- a) valuta i sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;
- b) individua una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- c) ne valuta l'impatto economico;
- d) valuta le tipologie ed entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per una analisi dei sinistri anche in una ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;
- e) formula il proprio parere e/o la propria proposta di definizione del sinistro;

I componenti stabili del CVS sono i seguenti:

1. Direttore di Unità Operativa Complessa Amministrativa, deputata alla gestione delle pratiche assicurative e risarcitorie;
2. un Avvocato;
3. un Medico Legale;
4. il *Risk Manager*;
5. un membro della Direzione Sanitaria
6. il responsabile (U.O.S. o Posizione Organizzativa) che istruisce i sinistri;

Ove le figure del Medico Legale e del *Risk Manager* dovessero coincidere, il CVS è validamente costituito con la presenza del solo *Risk Manager*.

Nelle more dell'individuazione del *loss adjuster* da parte della Regione, l'Azienda potrà individuare, ove necessario e con oneri a proprio carico, un *loss adjuster* di propria fiducia, sempre nel rispetto delle procedure concorrenziali previste dalla legge.

I componenti ed i relativi supplenti sono nominati con delibera del Direttore Generale dell'Azienda.

La delibera del Direttore Generale indica anche tra i componenti la figura del coordinatore.

Le funzioni di Segreteria saranno assicurate da personale afferente alla U.O.C. deputata alla gestione delle pratiche assicurative e risarcitorie;

Il Comitato Valutazione Sinistri è convocato dal coordinatore con regolare periodicità, le sedute sono fissate a seconda delle esigenze aziendali e comunque con un minimo di due sedute mensili.

Le riunioni devono svolgersi in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo.

Il Comitato ha facoltà di convocare per l'esame di specifici casi i responsabili delle strutture coinvolte nell'evento ed il personale sanitario o tecnico coinvolto o informato sui fatti.

Al termine di ciascuna seduta sarà redatto, a cura del segretario, un sintetico verbale.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del CVS, in caso di conflitto di interessi i componenti devono astenersi.

Le sedute del CVS non sono pubbliche atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili.

Tutta la documentazione oggetto di valutazione del CVS è da considerarsi dato sensibile e deve essere trattata in ottemperanza a quanto previsto dal vigente codice della *privacy*.

Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CVS, nonché tutta la documentazione ad esse inerente non potranno né essere divulgate né trattate né altrimenti essere riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del CVS.

La valutazione in ordine alla sussistenza della responsabilità, la determinazione della percentuale del danno biologico e dell'ammontare della relativa liquidazione spetta al CVS nella sua collegialità.

Art. 2 – Procedura di gestione dei sinistri e ripartizione in fasi.

Un'efficace gestione dei sinistri che si concluda con la negoziazione transattiva presuppone il minor numero di passaggi procedurali possibile ed una efficiente cogestione legale, amministrativa e medico-legale, tra la Struttura Sanitaria e la Compagnia di assicurazione (laddove presente), delle pratiche risarcitorie.

La procedura per la risoluzione negoziata del contenzioso comprende le seguenti fasi:

- A. Fase di apertura sinistro;
- B. Fase preliminare;
- C. Fase istruttoria;
- D. Fase peritale – accertativa;
- E. Fase propositiva;
- F. Fase conclusiva.

a) Apertura sinistro

Il procedimento per la gestione stragiudiziale dei sinistri è avviato, di consueto, con una delle seguenti modalità:

- istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali;
- istanza di mediazione, avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della

Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore, di un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;

b) Fase preliminare

La fase preliminare deve concludersi di norma entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta. Essa è volta all'acquisizione della documentazione legale - amministrativa ed all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante, in particolare attraverso le seguenti attività (da ritenersi esemplificative):

- ricezione delle richieste di risarcimento e iscrizione nel data base
- analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc..)
- valutazione della loro ammissibilità;
- gestione e presa in carico della richiesta di risarcimento;
- inoltro formale di tale richiesta alla Compagnia di assicurazione, ove presente, secondo le modalità previste dai contratti;
- informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro e/o la eventuale richiesta di eventuali valutazioni medico-legali, e/o dell'ulteriore documentazione sanitaria in possesso del richiedente, nel rispetto degli adempimenti prescritti dal codice *privacy*;
- acquisizione dell'informativa sull'eventuale copertura assicurativa personale da parte dell'operatore coinvolto nel sinistro.

c) Fase Istruttoria

La fase istruttoria deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase preliminare.

Durante la fase istruttoria si procede alla raccolta della documentazione necessaria alla trattazione del sinistro (copia della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica, compresa quella iconografica, nonché le relazioni di accertamento dei fatti a firma del personale sanitario coinvolto). Le controparti, direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali, dovranno essere tempestivamente sensibilizzate circa la necessità di produrre tutti gli elementi di valutazione, compresa la documentazione relativa alla eventuale prosecuzione delle cure presso altre strutture sanitarie, al fine di consentire una valutazione completa non solo circa la sussistenza di difetti di assistenza ma anche circa l'evoluzione del danno.

d) Fase Peritale/Accertativa

La fase peritale/accertativa deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria. Eventuali incompletezze della istruttoria non addebitabili all'Azienda, ma alla deficitaria collaborazione dei presunti danneggiati, dovranno essere tempestivamente segnalate ai medesimi.

La fase accertativa concerne in particolare l'analisi della documentazione raccolta, e, a seguito degli accertamenti ritenuti opportuni, il medico legale procede a redigere una propria relazione. Il parere medico-legale è reso a seguito di eventuale visita del richiedente, appositamente invitato presso i locali della Struttura o sugli atti in caso di decesso. La scelta di convocare a visita il richiedente va opportunamente valutata e riservata preferibilmente ai casi in cui si preveda un probabile parere positivo sull'*an debeatur*.

Ove sia possibile individuare i sanitari coinvolti, questi possono avvalersi di un proprio medico legale e di un legale a proprie spese, e presentare una relazione tecnica sull'evento, che dovrà essere obbligatoriamente vagliata. Al termine della fase peritale il medico legale verificherà attraverso una *check list* la completezza del proprio operato.

ly

e) Fase propositiva

La fase propositiva deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase precedente.

Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale, dopo aver acquisito la relazione medico-legale e del medico legale della Compagnia di Assicurazione (ove presente), procede alla discussione (eventualmente anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti) ed alla espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro, formulando, altresì, la relativa quantificazione del danno e accantonamento al fondo rischi, indicando un valore massimo risarcibile.

Per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le indicazioni orientative delle Guide in uso in Italia, privilegiando la Guida accreditata dalla associazione scientifica nazionale di settore (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, SIMLA), in attesa della pubblicazione delle tabelle per i danni valutabili oltre le c.d. micro permanenti.

Per la determinazione e valutazione delle c.d. micro permanenti, si utilizzano le tabelle di cui al decreto del Ministero della Salute del 3 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'11 settembre 2003, n.211, recante "*Tabella delle menomazioni all'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità*".

Per la determinazione e l'ammontare della liquidazione del danno biologico e morale si assumono come criteri di riferimento i coefficienti delle vigenti tabelle d'invalidità permanente in uso presso i tribunali territorialmente competenti.

In ogni caso il CVS adotta i predetti criteri di valutazione tenendo conto degli aggiornamenti ed integrazioni da parte di Società Scientifiche e/o di carattere normativo e/o giurisprudenziale.

Il CVS potrà avvalersi, in casi di particolare complessità e/o rilevanza economica, di professionisti con competenze specialistiche inerenti il caso in esame, anche esterni alla Struttura, qualora si ritenga necessario acquisire parere terzo.

Nel caso in cui tale consulenza specialistica debba essere acquisita da professionisti esterni all'Azienda si dovrà fare prioritariamente riferimento a professionisti dipendenti da altre Aziende del SSN e/o da Aziende Ospedaliere Universitarie. In tal caso i relativi oneri saranno a carico dell'Azienda ed i compensi saranno parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate.

Nel caso in cui all'interno dell'Azienda non sia presente la figura del Dirigente Avvocato o del Dirigente Medico Legale, si farà ricorso prioritariamente a convenzioni con altre Aziende ed Enti del SSR.

La proposta del CVS viene a questo punto inviata alla Direzione Aziendale, che fornisce indicazioni circa la percorribilità della proposta medesima, eventualmente indicando possibili margini di scostamento. Contestualmente, la Direzione Aziendale dà mandato al competente ufficio aziendale di informare della proposta il personale coinvolto nel sinistro (onde consentirgli di formulare eventuali osservazioni) e di procedere alla negoziazione con la parte.

E' utile rammentare che la scelta di procedere transattivamente deve comunque rispondere ai criteri di razionalità e congruità dell'azione. L'Azienda, ad esempio, dovrà rapportare la convenienza economica della transazione all'incertezza ed alla durata del giudizio. Tale incertezza andrà valutata

nel caso specifico in relazione alla natura delle pretese, alla chiarezza normativa ed agli orientamenti giurisprudenziali, come anche ai precedenti in materia.

I criteri principali cui ispirarsi nel perfezionamento di una transazione sono:

- 1) ragionevolezza, logicità e razionalità;
- 2) rispondenza alla missione dell'Azienda;
- 3) valutazione tecnica della scelta di transigere: in tale valutazione si dovrà tener conto, tra le altre cose, anche di una valutazione realistica circa l'effettiva probabilità di soccombenza in giudizio, considerate anche le eventuali difficoltà derivanti dall'attuale ripartizione dell'onere della prova;

f) Fase conclusiva

La fase conclusiva consiste nel portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi, nonché nella ricerca di un accordo che possa definire la questione.

La fase conclusiva, nel caso in cui si sia raggiunto un accordo, dovrà terminare con l'adozione di un provvedimento deliberativo che ripercorra tutte le fasi del processo di gestione del sinistro e che abbia il seguente contenuto minimo:

- ❖ Riferimenti richiesta risarcimento danni;
- ❖ Riferimento all'evento;
- ❖ Riferimenti alla fase valutativa e motivazione del riconoscimento del nesso di causalità tra evento e danno;
- ❖ Riferimento all'autorizzazione del Legale Rappresentante dell'Azienda a procedere alla liquidazione;
- ❖ Riferimenti all'accordo raggiunto;
- ❖ Riferimenti al sottoconto di bilancio relativo ai costi per copertura di risarcimenti assicurativi.

Nel caso in cui l'accordo non si raggiunga, il procedimento terminerà con un sintetico verbale conclusivo, nel quale si dia adeguatamente conto dell'attività svolta e delle motivazioni per le quali non si è raggiunto l'accordo.

Art. 3 – Gestione del sinistro presso il CVS aziendale

Ogni decisione in merito alle modalità di gestione e chiusura dei sinistri sottoposti al suo esame viene assunta dal CVS.

Al termine di ciascuna riunione, si redige, a cura del segretario, verbale dell'incontro, che viene sottoscritto dai soggetti partecipanti alla riunione medesima e contiene le risultanze dell'istruttoria condotta per ciascun sinistro analizzato nella seduta.

Il Segretario verbalizzante provvede a trasmettere i verbali delle riunioni, via posta elettronica, a tutti i componenti del CVS, nonché, tramite protocollo informatico, alla Direzione Strategica Aziendale, per i successivi necessari adempimenti di competenza (ivi compresa la delega al liquidatore per il tentativo di definizione transattiva del sinistro).

E' prevista l'istituzione di un apposito "registro" per i verbali del CVS.

Copia di ciascun verbale, archiviato in ordine cronologico, è custodita presso la Struttura Amministrativa deputata alla gestione delle pratiche assicurative e risarcitorie.

Il CVS aziendale deve costantemente coordinare la propria attività con il CVS Regionale di cui al successivo art. 4 del presente Regolamento.

Art. 4 - CVS Regionale

Il Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS) è un organo collegiale multidisciplinare, di tipo consultivo/ propositivo che esplica attività di supporto nei confronti della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio e delle Aziende ed Enti del SSR. Esso svolge le seguenti funzioni:

- a) Stabilisce annualmente un programma di incontri con i Comitati Aziendali Valutazione Sinistri (CAVS)
- b) Esercita funzioni di coordinamento e indirizzo dell'attività dei CVS aziendali (sviluppo di criteri per la gestione delle controversie, linee guida comportamentali e operative, pareri) al fine di garantire il corretto funzionamento del sistema e la sua uniformità in ambito regionale, nonché il contenimento dei tempi di definizione dei sinistri;
- c) Esplica attività di "second opinion" relativamente a sinistri la cui proposta di transazione da parte dei CVS aziendali sia di valore uguale o superiore a € 300.000,00 (parere obbligatorio ma non vincolante), oppure, a richiesta dei CVS Aziendali, nei casi di particolare delicatezza e complessità, comunque non inferiori a € 100.000,00, per i quali si renda necessario un ulteriore approfondimento (parere facoltativo non vincolante). La richiesta di parere al Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS), in entrambi i casi, deve essere preceduta dall'espletamento dell'istruttoria da parte del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS), e nei casi di valore compreso tra € 100.000,00 ed € 300.000,00, deve essere accompagnata anche dalla chiara esplicitazione degli elementi di complessità che rendono opportuno l'intervento del Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS);
- d) Svolge funzioni di riferimento per il monitoraggio della sinistrosità e degli eventi avversi, anche raccordandosi con il Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico Regionale;
- e) Propone attività formative al fine di sviluppare ulteriormente le competenze delle funzioni aziendali interessate.

In fase di prima applicazione è costituito da:

- a) Un Dirigente Avvocato di Azienda o Ente del SSR titolare ed un supplente;
- b) Un Dirigente Medico Legale di Azienda o Ente del SSR titolare ed un supplente;
- c) Un Dirigente di Affari Generali di Azienda o Ente del SSR titolare ed un supplente;
- d) Il Dirigente Regionale dell'Area Giuridico Normativa Istituzionale;
- e) Un Componente del Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico Regionale titolare ed un supplente;

Sarà facoltà del Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS) avvalersi di un professionista esperto in valutazione e liquidazione dei danni (*loss adjuster*).

Le funzioni di coordinamento saranno svolte dal Dirigente Regionale. Le funzioni di Segreteria saranno garantite da personale regionale.

Il Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS) potrà avvalersi, in casi di particolare complessità e/o rilevanza economica, di professionisti con competenze specialistiche inerenti il caso in esame, anche esterni qualora si ritenga necessario acquisire parere terzo.

Il Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS), entro 30 giorni dal proprio insediamento, si darà un Regolamento di funzionamento.

Art. 5 – Definizione e chiusura del sinistro

La definizione del sinistro avviene, al termine della fase istruttoria –gestionale, con:-----

- l'accoglimento della richiesta di risarcimento avanzata;
- il rigetto della richiesta di risarcimento, non ravvisando l'Azienda, a conclusione delle attività espletate, individualmente e collegialmente, dai componenti del CVS, alcun profilo di responsabilità in capo all'Azienda e/o ai propri dipendenti;
- il rigetto della richiesta qualora, in esito alla trattativa avviata con la controparte per la definizione del sinistro, quest'ultima non abbia ritenuto di aderire alla proposta transattiva formulata dall'Azienda.

In caso di deliberazione di accoglimento della richiesta risarcitoria, con conseguente definizione del pagamento del danno, il danneggiato rilascia all'Azienda ampia e liberatoria quietanza di saldo, dichiarando di non avere più nulla a pretendere dall'Azienda medesima, né da qualsiasi altro eventuale coobbligato, per qualsiasi titolo di danno o di spese, anche legali, correlate all'evento, con espressa rinuncia ad ogni ulteriore pretesa, azione od eccezione.

Art. 6 - Mediazione

La "mediazione" definisce "l'attività, comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa" (art. 1, comma 1, lett. a) del Decreto Legislativo n. 28/2010).

Dalla mancata partecipazione senza giustificato motivo al procedimento di mediazione, il giudice può desumere argomenti di prova nel successivo giudizio, ai sensi dell'art. 116, comma 2, del c.p.c.

Nel caso in cui l'istanza di mediazione si riferisca ad un sinistro già aperto con la Compagnia Assicurativa, l'istanza viene trasmessa tempestivamente alla Società Assicuratrice, che valuterà l'opportunità della partecipazione o meno al procedimento di mediazione avviato, dandone comunicazione all'Azienda.

Qualora il sinistro sotteso all'istanza conciliativa, sebbene nella gestione della Compagnia, insista, ai sensi del contratto stipulato, sul periodo di retroattività della polizza RCT di riferimento, il CVS, ascoltata la relazione sul caso del Medico Legale, informata delle considerazioni e determinazioni espresse (anche per via telematica) dalla Compagnia Assicurativa ed effettuata ogni altra operazione ritenuta utile, valuta l'opportunità di adesione all'instaurata procedura conciliativa da parte dell'Azienda.

Qualora l'istanza di mediazione si riferisca ad un sinistro in gestione diretta (autoassicurazione), la Struttura Amministrativa competente provvede tempestivamente a contattare, in raccordo con il Medico Legale e l'Avvocato - componente, i sanitari interessati dal sinistro (anche qualora non siano stati chiamati in mediazione), al fine di garantire loro la piena conoscibilità della vicenda e di procedere alla raccolta della documentazione clinica necessaria.

I risultati dell'istruttoria condotta dal Medico Legale vengono inseriti nel "fascicolo" formato relativo al sinistro - mediazione.

Il CVS, sulla base della documentazione raccolta, procede alla valutazione complessiva dell'istanza di mediazione sottoposta al suo esame e valuta l'opportunità che l'Azienda aderisca al

procedimento instaurato, ovvero che non aderisca, trasmettendo in ogni caso alla Direzione Strategica aziendale le motivazioni alla base della propria determinazione.

In caso di decisione, assunta dalla Direzione Strategica Aziendale sulla base delle valutazioni del CVS, di aderire all'istanza di mediazione formulata nei confronti dell'Azienda, con apposito atto di delega del Direttore Generale verrà conferita, ai sensi di legge, idonea procura al negoziatore aziendale incaricato (di norma, l'avvocato componente del CVS).

Il negoziatore aziendale non può in alcun caso discostarsi dalle risultanze e dagli esiti indicati, per il sinistro sottoposto a procedimento di mediazione, dalla Direzione Strategica aziendale.

Qualora, in sede di mediazione, venga raggiunto un accordo tra le parti, il negoziatore aziendale delegato provvede anche alla sottoscrizione del relativo e conclusivo "verbale di accordo".

Art. 7 – Difesa nell'eventuale contenzioso.

Nel caso in cui non sia possibile pervenire ad una transazione per differente valutazione sulla sussistenza della responsabilità o per divergente e non componibile valutazione nella quantificazione del danno, il Comitato Valutazione Sinistri dovrà garantire una tempestiva e completa attività di confronto e raccordo con il difensore nominato dall'Azienda, trasmettendogli tutta la documentazione richiesta e rendendosi disponibile ad incontri finalizzati a condividere le scelte difensive nell'intero corso del giudizio ed a favorire da parte del difensore medesimo la piena e completa conoscenza dei fatti.

Inoltre, al fine di garantire una difesa efficace e completa, il Comitato Valutazioni Sinistri si raccorda e collabora, durante l'intero corso del giudizio, anche con il Consulente Tecnico di Parte che sia eventualmente nominato.

Art. 8 - Spese di gestione dei sinistri.

Tutte le spese necessarie per la gestione dei sinistri che ricadono nella "gestione diretta" (autoassicurazione) aziendale costituiscono il "costo complessivo del sinistro".

Per "costo complessivo del sinistro" si intende l'insieme delle spese di natura amministrativa, tecnica e medico legale, relative alla fase stragiudiziale ed alle eventuali fasi pre - giudiziale (mediazione) e giudiziale.

La consistenza del fondo deve essere dimensionata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale ed alla franchigia ove esistente.

La natura dell'attività svolta fa sì che per effetto delle richieste di risarcimento danni l'indennizzo che dovrà essere pagato è futuro ed incerto.

Pertanto, se alla chiusura dell'esercizio sia pervenuta la denuncia di sinistro, ma esso non sia stato ancora liquidato, è necessario accantonare per ogni esercizio quote destinate a coprire i rischi ancora in corso, da considerare "riserve tecniche" vincolate al soddisfacimento dei risarcimenti per danni denunciati ma non ancora liquidati.

Tali riserve sono destinate ad assorbire le fluttuazioni impreviste per aggravamenti o per liquidazione di importi inferiori rispetto a quanto riservato.

Il fondo da appostare in bilancio dovrà essere calcolato applicando il principio contabile della "competenza" e non della "cassa", in adempimento a quanto stabilito dal d.lgs. 118/2011 che ha innovato in maniera significativa la formazione dei bilanci regionali e di conseguenza quelli delle Strutture Sanitarie.

Risulta evidente che essendo la transazione stragiudiziale un contratto per sua natura aleatorio, risulta difficile quantificare aprioristicamente l'esatto importo del relativo fondo rischi, il quale non potrà che variare in funzione del numero di richieste di risarcimento ricevute nell'anno di riferimento nonché della relativa quantificazione economica e andrà, quindi, aggiornato periodicamente per renderlo il più attendibile possibile.

Il fondo dovrà comunque essere aggiornato in occasione della redazione del bilancio di esercizio.

Nel conto economico del bilancio di esercizio deve essere previsto uno specifico sottoconto dedicato ai "costi per copertura diretta risarcimento danni" nel quale far confluire i pagamenti di sinistri sorti e definiti nell'anno con la relativa liquidazione e pagamento.

Nello stato patrimoniale del bilancio di esercizio deve essere, altresì, previsto uno specifico sottoconto relativo al "fondo rischi per risarcimento danni" nel quale far confluire le "riserve tecniche" stanziare per tutti i sinistri che sono sorti nell'anno e che si definiranno in anni successivi.

Art. 9 - Rapporti con la Corte dei Conti.

L'Azienda fornirà tutti gli elementi documentali in proprio possesso utili alla comprensione dei singoli casi.

L'obbligo di segnalazione alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti di "*fatti che possano dare luogo a responsabilità*" è un adempimento inderogabile, che trova la propria fonte normativa nell'art. 1 della legge 14 gennaio 1994 n. 20, negli artt. da 81 a 86 del R.D. 18 novembre 1923 n. 2440, negli artt. da 51 a 56 del R.D. 12 luglio 1934 n. 1214 ed infine nell'art. 23, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (finanziaria 2003). E' utile in particolare ricordare che quest'ultima norma prevede che "*i provvedimenti di riconoscimento di debito posti in essere dalle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono trasmessi agli organi di controllo ed alla competente procura della Corte dei Conti*".

Attraverso la segnalazione si realizza la necessaria collaborazione tra Amministrazioni pubbliche, anche in considerazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 3, della legge 20/1994, che ricollega alla mancata segnalazione con conseguente prescrizione una autonoma fattispecie di responsabilità erariale.

Giova anche ricordare che indicazioni generali circa i tempi, il contenuto e le modalità della comunicazione sono stati forniti dalla Procura Generale della Corte dei Conti con nota prot. n. 9434/2007/P del 2 agosto 2007, che si intende in questa sede integralmente richiamata.

Alla luce delle suddette fonti normative e giurisprudenziali, occorre poi preliminarmente ribadire che tutto ciò che attiene alla valutazione degli eventuali profili di colpa grave rientra nella competenza esclusiva del giudice contabile.

A. PRESUPPOSTI DELLA SEGNALAZIONE

Il presupposto della segnalazione è costituito naturalmente dal verificarsi di un fatto dannoso per la finanza pubblica.

Appare utile ricordare sinteticamente che con la citata circolare del 2007 la Procura Generale ha sottolineato che perché sorga l'obbligo di segnalazione è necessario che il danno sia "concreto ed attuale", con ciò escludendo tutti quei fatti che abbiano solo una potenzialità lesiva (che vanno comunque attentamente vigilati da parte delle amministrazioni). Non solo dunque deve essersi verificato l'evento produttivo del danno, ma ne deve anche essere seguito l'effettivo pregiudizio patrimoniale: il danno, in sintesi, deve essere attuale, certo ed effettivo.

Andranno quindi comunicati alla procura regionale: tutti i casi di danni liquidati a terzi, sia nell'ambito delle polizze RCT/O per la parte in franchigia, sia in tutti i casi di eventuale ritenzione in proprio del rischio assicurativo. Andranno altresì comunicate le sentenze passate in giudicato con le quali l'Azienda sia stata condannata a risarcire un danno a terzi imputabile ad errore medico o sanitario.

B. TEMPI DELLA SEGNALAZIONE E MESSA IN MORA DEL DIPENDENTE.

Le segnalazioni devono essere fatte "tempestivamente", e comunque in tempo utile ad evitare la decorrenza del termine di prescrizione quinquennale stabilito dall'art. 1, comma 2, della legge 20/1994. Si ricorda che tale termine decorre "dalla data in cui si è verificato il fatto dannoso, ovvero, in caso di occultamento dannoso del danno, dalla data della sua scoperta".

Si ricorda anche quanto osservato dalla Corte dei Conti nella citata circolare del 2007 a proposito del rapporto tra immediatezza della segnalazione e sua completezza: il fatto che la segnalazione debba essere immediata non esclude che essa debba anche avere un grado di completezza tale da consentire alle procure regionali, ove ne ricorrano gli estremi, l'eventuale avvio delle iniziative di competenza. Una segnalazione priva di completezza, per quanto immediata, dilata comunque i tempi per l'effettiva azionabilità della pretesa risarcitoria.

Il tema è da mettere anche in relazione alla necessità di mettere in mora i dipendenti coinvolti nell'evento. Al riguardo, ed anche al fine di contemperare le due esigenze di tempestività e completezza, appena evidenziate, si ritiene ragionevole prevedere due diverse modalità:

- Se l'Azienda, contestualmente alla liquidazione dell'importo a terzi, provvede alla segnalazione alla Corte dei Conti, tale contestualità fa venire meno la necessità di mettere in mora i dipendenti, in quanto lascia inalterato il periodo di prescrizione quinquennale stabilito dall'art. 1, comma 2, della legge 20/1994;
- Se invece l'Azienda non provvede contestualmente alla segnalazione, nasce l'esigenza di mettere in mora il dipendente ai fini interruttivi della prescrizione. Naturalmente, l'atto di messa in mora dovrà essere inviato alla Corte unitamente a tutta la documentazione inerente il caso.

C. CONTENUTI DELLA SEGNALAZIONE:

Sempre richiamando la circolare del 2007, la segnalazione dovrà contenere:

- a) L'indicazione del fatto dannoso, che dovrà essere adeguatamente descritto;

- b) L'importo del presunto danno: dunque, in materia di responsabilità da *malpractice*, l'importo liquidato in favore del danneggiato (e/o dei suoi eredi) ovvero l'importo oggetto della condanna;

Costituiscono un contenuto facoltativo della segnalazione:

- L'indicazione nominativa di coloro cui possa essere presuntivamente imputato l'evento lesivo, tranne i casi in cui sia chiara la partecipazione di determinati soggetti ai fatti dannosi.
- la rappresentazione di motivate valutazioni circa la colpevolezza dei dipendenti coinvolti nell'evento.

La segnalazione dovrà essere accompagnata dalla documentazione necessaria ed utile.

In particolare, al fine di mettere la Procura in condizione di svolgere proficuamente la propria attività, è necessario che dalla documentazione trasmessa si possa desumere il percorso seguito dall'Azienda nella liquidazione del danno: in aggiunta agli elementi indicati sub lettere a) e b), è necessario pertanto specificare nella segnalazione le motivazioni, i criteri e le modalità di calcolo utilizzate dall'Azienda per pervenire alla quantificazione della somma liquidata.

Poiché gli elementi oggetto della segnalazione rappresentano comunque il contenuto "minimo" che deve avere l'atto deliberativo di recepimento della liquidazione del sinistro, si ritiene che l'onere informativo possa essere adeguatamente assolto con la trasmissione alla Corte dell'atto deliberativo medesimo. In alternativa, si allega al presente Regolamento un modello che verrà utilizzato come utile riferimento per la comunicazione (all. 4 "Modello scheda per segnalazione alla procura regionale della Corte dei Conti").

La segnalazione avviene a cura della U.O.C. deputata alla gestione delle pratiche assicurative e risarcitorie o dell'Avvocatura aziendale.

Entro il 30 giugno ed entro il 31 dicembre di ogni anno, l'Azienda dovrà inviare alla Regione dei *report* riepilogativi dei fatti che hanno formato oggetto di segnalazione alla Corte dei Conti in materia di responsabilità professionale medica e/o sanitaria. Tali *report* dovranno contenere, al minimo, per ciascuna segnalazione, la data dell'evento lesivo e dell'inoltro alla Procura, la sintetica descrizione del fatto, l'importo liquidato, ed il titolo dell'esborso (liquidazione in proprio, sinistro in franchigia, sentenza di condanna, altro). (All. 5 "Modello di *report* per comunicazione riepilogativa all'Autorità Regionale").

Art. 10 - Obblighi di collaborazione aziendale

Il CVS ha l'obbligo di promuovere periodicamente incontri ed eventi, per la necessaria formazione degli operatori dell'Azienda sulle dinamiche, gli sviluppi e le modalità operative della gestione diretta del rischio (autoassicurazione).

Al fine di consentire il rispetto delle tempistiche normative e regolamentari previste, tutti i componenti del CVS devono ricevere, nella gestione di ciascun sinistro, totale disponibilità e fattiva e tempestiva collaborazione da parte di tutto il personale aziendale coinvolto nel sinistro, nonché da parte di altro personale, eventualmente interpellato per fornire un parere o una testimonianza in merito al sinistro medesimo.

Qualora fossero rilevati, con riferimento a quanto sopra previsto, comportamenti inerti e non conformi alle richieste, il Presidente del CVS provvederà ad informarne direttamente la Direzione

Strategica Aziendale, per l'assunzione delle iniziative più idonee atte a garantire che la collaborazione sia fornita nel modo corretto.

A tal fine, l'obbligo di collaborazione e correttezza di tutti i dipendenti di questa Azienda, nell'ambito dell'attività di cui al comma precedente, costituisce un obiettivo specifico di ciascuna Struttura Complessa e formerà oggetto di valutazione manageriale e gestionale.

Art. 11 - I flussi informativi

Il software di riferimento dell'attività di gestione dei sinistri descritta nel presente Regolamento è:

- Sistema per il monitoraggio degli Errori in sanità – SIMES
- Piattaforma Regionale Rating – ASL .

Tutte le figure operative che collaborano alla gestione del rischio clinico e dei sinistri (affari generali, ufficio legale, *risk manager*, medicina legale, etc.) hanno l'obbligo di usare come *software* gestionale i sistemi suddetti. Ciò al fine di consentire il rispetto dell'adempimento informativo previsto dall'Art. 2 comma 3 del D.M. 11 Dicembre 2009 in base al quale : *"le informazioni relative alla denuncia dei sinistri devono essere trasmesse annualmente dalle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 Gennaio dell'anno successivo al periodo di riferimento"*, oltre che un costante monitoraggio circa l'andamento dei sinistri anche da parte della Regione Lazio.

Art. 12 - La formazione

I Direttori Generali devono garantire che tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione dei sinistri (con priorità per l'anno 2014 per i componenti del CVS) intraprendano un percorso formativo con i seguenti obiettivi:

- fornire elementi di conoscenza del contesto e delle principali problematiche e dinamiche presenti all'interno del sistema sanitario sul tema della appropriatezza e sicurezza delle cure;
- fornire strumenti per la comprensione del mercato assicurativo per responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario e relativa valutazione del danno;
- sviluppare strumenti e metodi per il coinvolgimento delle persone danneggiate e per introdurre modelli di prevenzione e contenimento della conflittualità medico/paziente in particolare e, più in generale, professionista/cittadino utente;
- sviluppare nei partecipanti adeguate conoscenze degli elementi metodologici ed operativi per addivenire alla composizione delle parti anche in collaborazione con le Compagnie assicurative.

Le modalità e i tempi della formazione verranno concordati con la Regione Lazio al fine di garantire uniformità nella gestione e valutazione dei sinistri, nonché al fine di ottimizzare costi e modalità delle formazione.

Art. 13 - Norma finale

Per tutto quanto non sia esplicitamente regolamentato nel presente atto, si rimanda alla normativa statale e regionale in materia, con particolare riguardo alle "Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico sanitaria"(Determinazione n. 409535 del 02.07.2014).



Art. 13 - Norma finale

Per tutto quanto non sia esplicitamente regolamentato nel presente atto, si rimanda alla normativa statale e regionale in materia, con particolare riguardo alle "Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico sanitaria"(Determinazione n. 409535 del 02.07.2014).

Si allegano al presente Regolamento:

1. Traccia modello per relazione relativa ad evento-sinistro RCT.
2. Check list Medico legale.
3. Parere conclusivo del Comitato Valutazione Sinistri.
4. Modello scheda per segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti.
5. Modello di report per comunicazione riepilogativa all'Autorita' Regionale.
6. Modello scheda riserva sinistro.

Allegato n. 1

TRACCIA MODELLO PER RELAZIONE RELATIVA AD EVENTO-SINISTRO RCT.

La relazione stilata dal personale deve necessariamente contenere:

- 1) Dati di colui/coloro che la predispone:
 - Nome Cognome;
 - Data di nascita;
 - Domicilio;
 - Sede di lavoro - Stabilimento e Struttura;
 - Posizione funzionale;
 - Numero di Matricola;
- 2) Sede dove è avvenuto l'evento fonte di contestazione;
- 3) Data dell'evento;
- 4) Indicazione e dati degli operatori coinvolti;
- 5) Descrizione dettagliata e circostanziata dei fatti ;
- 6) Eventuali circostanze indipendenti dalla volontà degli operatori coinvolti che possono aver influito sulla determinazione dell'evento (gestionali, organizzative, logistiche etc etc);
- 7) Commento rispetto alle circostanze e ai comportamenti assunti dagli operatori
- 8) Valutazione sulla fondatezza della contestazione di responsabilità mossa.
- 9) Corretta applicazione di procedure, protocolli , linee guida;
- 10) Indicazione e dati di eventuali testimoni;

Allegato n. 2
CHECK LIST MEDICO LEGALE

Azienda <input type="checkbox"/>	Danneggiato <input type="checkbox"/>
Sinistro <input type="checkbox"/>	età <input type="checkbox"/>
Inserito <input type="checkbox"/>	Città <input type="checkbox"/>
Visita <input type="checkbox"/>	Deceduto <input type="checkbox"/>
Relazione <input type="checkbox"/>	I.P. <input type="checkbox"/>
Relazione <input type="checkbox"/>	Parere <input type="checkbox"/>
Relazione <input type="checkbox"/>	Relazione <input type="checkbox"/>
Documentazione <input type="checkbox"/>	Documentazione <input type="checkbox"/>

sequestrata <input type="checkbox"/>	alterata <input type="checkbox"/>	completa <input type="checkbox"/>	incompleta <input type="checkbox"/>
Anamnesi <input type="checkbox"/>	Consulenze <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>
Referto <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>
chirurgico <input type="checkbox"/>	anestesiologico <input type="checkbox"/>	emotrasfusione <input type="checkbox"/>	procedure <input type="checkbox"/>
farmaci <input type="checkbox"/>	privacy <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Mezzo <input type="checkbox"/>
completa <input type="checkbox"/>	incompleta <input type="checkbox"/>	alternative <input type="checkbox"/>	benefici <input type="checkbox"/>
Cartella <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>
Referti <input type="checkbox"/>	Progetto <input type="checkbox"/>	Programma <input type="checkbox"/>	Tracciati <input type="checkbox"/>
Referti <input type="checkbox"/>	Diaria <input type="checkbox"/>	Diagnostica <input type="checkbox"/>	Scheda <input type="checkbox"/>
Esami <input type="checkbox"/>	Diagnostica <input type="checkbox"/>	Trattamento <input type="checkbox"/>	CICAC <input type="checkbox"/>
Valutazione <input type="checkbox"/>	Profilassi <input type="checkbox"/>	Diagnostica <input type="checkbox"/>	Trattamento <input type="checkbox"/>
Descrizione <input type="checkbox"/>			

corretta <input type="checkbox"/>	erronea <input type="checkbox"/>	omessa <input type="checkbox"/>	Ritardo <input type="checkbox"/>
operatore <input type="checkbox"/>	reparto <input type="checkbox"/>	struttura <input type="checkbox"/>	Note <input type="checkbox"/>

corretta <input type="checkbox"/>	erronea <input type="checkbox"/>	Errore <input type="checkbox"/>	Errore <input type="checkbox"/>	Errore <input type="checkbox"/>
operatore <input type="checkbox"/>	reparto <input type="checkbox"/>	struttura <input type="checkbox"/>	Note <input type="checkbox"/>	

Complicanze <input type="checkbox"/>	prevedibili <input type="checkbox"/>	prevenibili <input type="checkbox"/>	Descrizione <input type="checkbox"/>
Guarigione <input type="checkbox"/>	postumi <input type="checkbox"/>	decesso <input type="checkbox"/>	Descrizione <input type="checkbox"/>
Patologie <input type="checkbox"/>	concomitanti <input type="checkbox"/>	efficienti <input type="checkbox"/>	indifferenti <input type="checkbox"/>
Procedure <input type="checkbox"/>	Protocolli <input type="checkbox"/>	Linee <input type="checkbox"/>	decisione <input type="checkbox"/>

Responsabilità <input type="checkbox"/>	operatore <input type="checkbox"/>	Presenza <input type="checkbox"/>	Corresponsabilità <input type="checkbox"/>	Soggetti <input type="checkbox"/>	esterni <input type="checkbox"/>
	struttura <input type="checkbox"/>	Intervento <input type="checkbox"/>	facile <input type="checkbox"/>	esecuzione <input type="checkbox"/>	
Elementi <input type="checkbox"/>	negligenza <input type="checkbox"/>	imperizia <input type="checkbox"/>	imprudenza <input type="checkbox"/>		
Grado <input type="checkbox"/>	grave <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	alutata <input type="checkbox"/>		
Penale <input type="checkbox"/>	Appello <input type="checkbox"/>	Cassazione <input type="checkbox"/>	Mediazione <input type="checkbox"/>		
Valutazione <input type="checkbox"/>	I.P. <input type="checkbox"/>	TA <input type="checkbox"/>	TP <input type="checkbox"/>		
Legenda: <input type="checkbox"/> presente <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> incompleta					



Handwritten signature or mark.

Allegato n. 3

PARERE CONCLUSIVO DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI.

PAZIENTE:

DATA EVENTO:

Il Comitato per la Valutazione dei Sinistri riunito in seduta presso la Struttura

Esaminati gli atti relativi al sinistro in oggetto

Indicato (richiesta risarcimento danni, documentazione e relazioni sanitarie) discusso il caso sulla base del parere dei professionisti componenti del Comitato (medico legale, avvocato, rappresentante della Compagnia, rappresentante del Broker) valutati tutti gli aspetti connessi alla fondatezza della richiesta del danneggiato, all'entità del danno lamentato, ai rischi legati al contenzioso e tutti gli altri elementi che occorre considerare per la corretta gestione assicurativa del sinistro, esprime il seguente PARERE:

- SINISTRO DA NON LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE, ma per il quale si ritiene utile suggerire una quantificazione del danno pari a circa €
- SINISTRO - ALLO STATO - DA RIGETTARE (riserva)
- SINISTRO DA LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE, indicativamente nella misura massima di €(con ciò intendendo che, qualora la richiesta del danneggiato fosse superiore a tale importo, conviene affrontare il giudizio confidando - sulla base degli elementi e delle circostanze ad oggi conosciute e considerate - in un esito meno oneroso).
Il sinistro merita di essere oggetto di approfondimento tramite audit interno

Per il Comitato Valutazione Sinistri
Il Coordinatore

MODELLO SCHEDA PER SEGNALAZIONE ALLA PROCURA REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI

DATI DEL SINISTRO	a) Data evento: _____ b) Struttura interessata: _____ c) Data apertura sinistro: _____ d) Data di definizione: _____ e) Importo di definizione: _____ f) Copertura assicurativa: _____ 1.1.1. Si/no: _____ 1.1.2. Franchigia: _____
DESCRIZIONE DEL FATTO	
MOTIVAZIONE DELLE RAGIONI DI CONVENIENZA ED OPPORTUNITA' DELLA DEFINIZIONE TRANSATTIVA	
CRITERI DI QUANTIFICAZIONE DEL DANNO	
DEFINIZIONE GIUDIZIALE DELLA VERTENZA	
IMPORTO A CARICO DEL FONDO REGIONALE	
IMPORTO A CARICO DEL FONDO AZIENDALE	
PROCEDIMENTO DISCIPLINARE	Attivato: <input type="checkbox"/> Non attivato: <input type="checkbox"/>

M



Allegato n. 5

MODELLO DI REPORT PER COMUNICAZIONE RIEPILOGATIVA ALL'AUTORITA' REGIONALE

Sinistro n. (ogni sinistro deve essere individuato con un numero progressivo)	Data evento	Struttura interessata	Importo di definizione	Copertura assicurativa	Data segnalazione cortei dei conti	note

M

U.O.C. Affari e Progettazioni Giuridico Amm. VI
 Contratti e Assicurazioni




Allegato n.6

RISERVA SINISTRO

data compilazione

FASC. N.

COGNOME	NOME	età

CALCOLO

Danno biologico % *			
ITT			
ITP 75 %			
ITP 50 %			
ITP 25 %			
Danno morale			
Spese documentate			
Altro _____			
Altro _____			
Responsabilità %			
Spese legali %			
	TOTALE		

ly

DELIBERAZIONE

N. 826/159 DEL 01 DIC. 2014

Si attesta che la deliberazione è stata
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data

01 DIC. 2014

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data:

01 DIC. 2014

- data di esecutività:

01 DIC. 2014

Deliberazione originale
Composta di n. 26 fogli
Esec. il, 01 DIC. 2014
Il Direttore della
U.O.C. Atti e Procedimenti Giuridico Amm.vi
Contratti e Convenzioni
(Dr.ssa Rita Corsetti)

