

Atto adottato dall'Azienda

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N.622/CS		DEL15 LUG. 2019
Oggetto: Approvazione del Regolamento aziendale per la gestione dei sinistri da RCT – Composizione e funzioni del Comitato valutazione Sinistri Aziendale (CVS)		
Esercizio 2019 Conto Centro di Costo _____ Sottoconto n° _____ Budget: - Assegnato € _____ - Utilizzato € _____ - Presente Atto € _____ - Residuo € _____ Ovvero schema allegato <input type="checkbox"/> Scostamento Budget NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria e Patrimoniale: _____ Data _____	U.O.S.D ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA LEGALE L'estensore (dr. Filippo Filippi) F.to Il Responsabile del procedimento Dr. Filippo Filippi Data <u>05/07/19</u> Firma <u>F.to</u> Il Dirigente della U.O.S.D. Dr.ssa Laura Paiardini Data <u>5/7/2019</u> Firma <u>F.to</u> Proposta n. <u>607</u> del <u>08-07-19</u>	
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO _____ _____ Data <u>10/7/2019</u> F.to _____ IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Antonio Fortino	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO _____ _____ Data <u>9/7/19</u> F.to _____ IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dr. Cristiano Camponi	
La presente deliberazione si compone di n° <u>32</u> pagine, di cui n° -- di pagine di allegati e di una pagina attestante la pubblicazione e l'esecutività, che ne formano parte integrante e sostanziale.		

II DIRIGENTE DELLA U.O.S.D ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA LEGALE

VISTI il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421”) e successive modificazioni ed integrazioni;

il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00014 del 01.02.2019, avente ad oggetto: “DGR n. 40 del 29 gennaio 2019. Commissariamento delle Aziende ASL Roma4, ARES 118 ed AO San Giovanni Addolorata(art. 8 comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n.18 e smi)”;

la Legge 8 Marzo 2017, n. 24 e s.m.i., recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

VISTI la deliberazione n. 166/DG del 26.01.2012 con la quale l’Azienda – a seguito della mancata partecipazione di alcuna Compagnia Assicurativa alle due procedure di gara pubbliche dalla stessa attivate per l’affidamento, tra gli altri, del servizio assicurativo “Responsabilità civile verso terzi e prestatori d’opera - ha approvato il “Regolamento aziendale 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 responsabilità civile terzi e prestatori d’opera di tutto il proprio personale dipendente (c.d. “autoassicurazione”)

la Determinazione n. G09535 del 02.07.2014, con la quale la Regione Lazio ha approvato le “Linee Guida Regionali per l’attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria. Composizione e funzionamento dei Comitati di Valutazione Sinistri (CVS)”;

la Deliberazione n. 824/DG del 01.12.2014, con cui l’Azienda ha preso atto delle suddette Linee Guida Regionali ed ha approvato il regolamento “Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri (CVS) e la procedura di gestione dei sinistri”;

CONSIDERATO che l’Azienda Ospedaliera, in assenza di copertura assicurativa, ha adottato, ai sensi dell’art. 10 della Legge 8 Marzo 2017, n. 24 e s.m.i., quale analoga misura per la copertura della responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d’opera, il regime di c.d. autoritenzione in proprio del rischio assicurativo, nelle more, peraltro, dell’emanazione dei decreti attuativi di cui al suddetto art. 10;

che il Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) è un collegio multidisciplinare ristretto con funzioni consultive, in staff alla Direzione Generale, il cui compito è anzitutto quello di verificare l’andamento dei sinistri aziendali e delle polizze eventualmente sottoscritte dall’Azienda per la loro copertura;

RAVVISATO che gli obiettivi del CVS sono:
- valutare i sinistri allo scopo di individuare l’eventuale nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;

- individuare una possibile strategia condivisa di gestione del sinistro, valutandone l'impatto economico;
- valutare le tipologie ed entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per un'analisi dei sinistri anche in un'ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;
- valutare le istanze di avvio di procedimenti di mediazione promossi da terzi nei confronti dell'Azienda, nonché all'opportunità di promuovere a nome dell'Azienda procedure di mediazione, come previsto dalla vigente normativa;

TENUTO CONTO delle novità inerenti alla responsabilità delle strutture e degli esercenti la professione sanitaria, introdotte con la Legge n. 24/2017 (Legge Gelli) recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

PRESO ATTO della necessità dell'Azienda di conformarsi alle novità suddette;

RITENUTO pertanto, opportuno procedere all'approvazione del "*Regolamento aziendale per la gestione dei sinistri da RCT - composizione e funzioni del Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale (CVS)*" che, allegato alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

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 procedere all'approvazione del "*Regolamento aziendale per la gestione dei sinistri da RCT - composizione e funzioni del Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale (CVS)*" che, allegato alla presente deliberazione, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

- di renderla nota sul sito Intranet aziendale.

La presente deliberazione non comporta nuovi oneri economici per l'Azienda.

**Il Dirigente Responsabile della U.O.S.D.
Dr.ssa Laura Paiardini**

F.to

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

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

IN VIRTU' dei poteri conferitegli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00014 del 01.02.2019;

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 disposta.

La U.O.C. Affari Generali e Gestione Amministrativa ALPI curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr.ssa Ilde Coiro

F.to

Il Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale (CVS)

**REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA GESTIONE
 DEI SINISTRI DA RCT -
 COMPOSIZIONE E FUNZIONI DEL
 COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI AZIENDALE (CVS)**

Redatto e Approvato

Il Comitato di Valutazione Sinistri Aziendale (CVS)

Verificato

<i>Responsabile UOSD Attività Amministrativa Legale</i>	<i>Responsabile UOSD Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM</i>
Dr.ssa Laura Paiardini	Dr. Franco D'Ignazio
Firma	Firma

Validato

<i>Direttore Sanitario</i>	<i>Direttore Amministrativo</i>
Dr. Antonio Fortino	Dr. Cristiano Camponi
Firma	Firma

INDICE

Premessa	Pag. 3
Campo di applicazione	Pag. 3
Operatori coinvolti	Pag. 3
Terminologia e abbreviazioni	Pag. 3
Il Comitato valutazione Sinistri	Pag. 4 – 5
Procedura di gestione del sinistro da RCT A. Fase preliminare B. Fase istruttoria - peritale/accertativa C. Fase propositiva/decisoria (CVS) – Aspetti gestionali dell'attività del CVS D. Fase conclusiva	Pag. 6 – 10
Mediazione	Pag. 11
Dettaglio delle fasi ed attività (Tabelle Fasi)	Pag. 12 - 16
Difesa nell'eventuale contenzioso – Nomina CTP	Pag. 17
Attività libero professionale intramoenia	Pag. 18
Fondo di garanzia aziendale per i danni derivanti da responsabilità sanitaria	Pag. 18 - 19
Rapporto con la Corte dei Conti A. Presupposti della segnalazione B. Tempi della segnalazione e messa in mora del dipendente C. Contenuti della segnalazione	Pag. 19 – 20
Obblighi di pubblicazione e trasparenza	Pag. 20
Obblighi di collaborazione aziendale	Pag. 21
I flussi informativi	Pag. 21
La formazione	Pag. 22
Norma finale	Pag. 22
Bibliografia	Pag. 23
Allegati	

PREMESSA

Con la Legge n. 24 del 2017 (Legge Gelli) sono state introdotte importanti novità riguardo alla responsabilità delle strutture e degli esercenti la professione sanitaria, rendendo necessaria la revisione del funzionamento del CVS aziendale e della gestione dei sinistri.

Dal 2012 l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata è in regime di SIR (Autoassicurazione), ovvero gestione diretta del rischio assicurativo relativo alla responsabilità civile terzi e prestatori d'opera.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento deve essere applicato per la gestione di tutti i sinistri aziendali da RCT.

OPERATORI COINVOLTI

Direzione strategica, DMPO, Uosd Attività Amministrativa Legale, Uosd Rischio Clinico- Medicina Legale - EBM, Direttori e Dirigenti UU.OO., tutti gli esercenti la professione sanitaria.

TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

CVS: Comitato Valutazione Sinistri

RCT: Responsabilità civile verso terzi

SIR: Self Insurance Retention

GOICA: Gruppo Operativo Infezioni correlate all'assistenza

ICA: Infezioni correlate all'assistenza

DMPO: Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri

SIMES: Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità

CTP: Consulente tecnico di parte

IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Il Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) è un collegio multidisciplinare ristretto con funzioni consultive, in staff alla Direzione Generale, il cui compito è anzitutto quello di verificare l'andamento dei sinistri aziendali e delle polizze eventualmente 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; inoltre il Comitato ha il compito di monitorare e gestire i sinistri, valutare la fondatezza delle richieste risarcitorie, promuovere e/o organizzare eventuali incontri preliminari ai fini conciliativi anche in caso di richieste formulate dalla eventuale Compagnia assicurativa, nonché di elaborare le strategie organizzative e difensive più opportune per l'Azienda.

In particolare, ai fini di cui al presente Regolamento, spetta al CVS la quantificazione e valutazione complessiva, anche ai fini dell'eventuale attivazione e conclusione delle procedure risarcitorie, di ciascun sinistro (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.

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

- raccoglie tutte le informazioni indispensabili;
- valuta i sinistri allo scopo di individuare l'eventuale nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;
- individua una possibile strategia condivisa di gestione del sinistro, valutandone l'impatto economico;
- valuta le tipologie ed entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per un'analisi dei sinistri anche in un'ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;
- valuta in merito alla possibilità di partecipare ad eventuali richieste di mediazione avanzate nei confronti dell'Azienda, nonché in merito all'opportunità di promuovere a nome dell'Azienda procedure di mediazione, come previsto dalla vigente normativa;
- formula il proprio parere di definizione del sinistro e lo propone alla Direzione Strategica per le decisioni conclusive; il parere reso dal CVS è obbligatorio, ma non vincolante, potendo la Direzione Strategica discostarsi dalle risultanze istruttorie, motivatamente.

Il CVS è composto come segue:

- 1) Responsabile della U.O. o Incarico di funzione che istruisce i sinistri;
- 2) Avvocato iscritto all'albo;
- 3) il *Risk Manager*;

- 4) un Medico Legale;
- 5) un membro della Direzione Sanitaria;
- 6) Dirigente Attività Amministrativa Legale;
- 7) Dirigente Affari Generali;
- 8) Loss adjuster, ove presente in Azienda;
- 9) Segretario;
- 10) Componente designato dalla Compagnia assicurativa o Broker (ove l'Azienda abbia stipulato una polizza assicurativa RCT)

Deve essere garantita da parte della UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale, la disponibilità di consulenza per la determinazione delle “riserve tecniche”/accantonamenti.

Ove la figura del Medico Legale e del Risk Manager dovessero coincidere, il CVS è validamente costituito con la sola presenza del Medico Legale.

Ove la figura del Loss Adjuster dovesse coincidere con altra figura già presente, il CVS è validamente costituito con la sola presenza di quest'ultimo.

I componenti ed i relativi supplenti, ove identificabili, sono nominati con delibera del Direttore Generale dell'Azienda, che individua anche il Coordinatore, il quale ha il compito di fissare le sedute, stabilire l'ordine del giorno e convocare il CVS con regolare periodicità, tenuto conto delle esigenze aziendali.

Su proposta del CVS, il Direttore Generale nomina il Segretario che curerà tutti gli adempimenti amministrativi inerenti l'attività del Comitato, conservando il registro dei verbali.

Le riunioni devono svolgersi in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo per i componenti dipendenti dell'Azienda Ospedaliera.

Il Comitato potrà 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 ai sensi delle disposizioni contenute nella Legge n. 24 del 2017, nonché un membro del GOICA per le problematiche inerenti le ICA.

Per la validità delle riunioni del CVS è richiesta la presenza della maggioranza dei componenti del CVS.

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

Tutti i componenti rilasciano dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi da consegnare all'ufficio anticorruzione.

Tutta la documentazione oggetto di valutazione del CVS è da considerarsi dato sensibile e pertanto dovrà essere trattata in ottemperanza a quanto stabilito dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati sensibili, sentito anche il parere del DPO da parte del Coordinatore del CVS.

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

PROCEDURA DI GESTIONE DEL SINISTRO DA RCT

Elemento generatore del “sinistro” tecnicamente inteso è la richiesta di risarcimento danni, il cui percorso all’interno dell’Azienda deve essere disciplinato dal suo arrivo al Protocollo Generale fino alla definizione conclusiva (cosiddetta “chiusura del sinistro”).

Le fasi di gestione del sinistro, in linea con le indicazioni contenute nelle “*Linee Guida Regionali per l’attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati di Valutazione Sinistri (CVS)*” (Determinazione 2 luglio 2014, n. G09535), sono le seguenti:

- A. Fase preliminare
- B. Fase istruttoria - peritale/accertativa
- C. Fase propositiva/decisoria (CVS)
- D. Conclusiva del sinistro

A.) Fase Preliminare

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

- 1) Atto di citazione per risarcimento danni;
- 2) Avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore o emesso nei confronti dell’Azienda (es: sequestro) o di un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
- 3) Tentativo obbligatorio di conciliazione ai sensi dell’art. 8 della Legge n. 24/2017: ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art 696 bis c.p.c.; o istanza di avvio del procedimento di mediazione;
- 4) Istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali.

La fase preliminare è volta all’acquisizione della documentazione legale, amministrativa e sanitaria, all’instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante e prevede le seguenti attività:

- ricezione delle richieste, gestione, presa in carico e iscrizione nel data base interno e sulla piattaforma SIMES;
- analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti. etc..) e valutazione della loro ammissibilità;
- 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 richiesta di eventuali valutazioni medico-legali, e/o dell’ulteriore documentazione sanitaria in possesso del richiedente al fine di consentire una

valutazione completa, non solo circa la sussistenza di difetti di assistenza ma anche circa l'evoluzione del danno, nel rispetto degli adempimenti prescritti dalla normativa vigente in materia di trattamento dei dati personali. Eventuali incompletezze dell'istruttoria non addebitabili all'Azienda, ma alla deficitaria collaborazione dei presunti danneggiati, dovranno essere tempestivamente segnalate ai medesimi;

- informativa ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 24 del 2017 ai sanitari individuati, su richiesta della DMPO, dai Direttori delle UU.OO. interessate, entro 45 giorni dalla notifica. L'Azienda, così come dettagliato nello schema che segue, comunica, tramite posta elettronica certificata o lettera raccomandata con ricevuta di ritorno¹, all' esercente la professione sanitaria interessato all'evento denunciato, la ricezione della richiesta di risarcimento danni, entro quarantacinque giorni dalla notifica dell'atto introduttivo, al fine di non pregiudicare, nei suoi confronti, eventuali future azioni aziendali di rivalsa o di responsabilità amministrativa (art. 13 Legge n. 24/2017);
- verifica dell'oggetto della richiesta risarcitoria, della legittimità dei soggetti richiedenti e dell'esistenza di eventuali altri soggetti aventi titolo (eredi, familiari, compagnie assicurative, INAIL, altre strutture sanitarie coinvolte pubbliche, convenzionate, private, etc) e dell'esistenza di altre richieste di risarcimento o citazioni per lo stesso evento ad altri soggetti. A tal proposito si predisporrà apposito modulo che dovrà essere sottoscritto dalla controparte.

B.) Fase Istruttoria - Peritale/Accertativa

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), prodotta dalle controparti direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali nella fase preliminare.

Saranno oggetto di valutazione tutti gli elementi, compresa la documentazione relativa a cure prestate presso altre strutture sanitarie, e anche la sussistenza di difetti di assistenza e l'evoluzione del danno.

Nella fase accertativa, la Uosd Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM procede all'analisi della documentazione raccolta, e, a seguito degli accertamenti ritenuti opportuni e/o di eventuale visita medica del paziente (secondo quanto previsto dalle *Linee Guida Regionali*), redige un parere per l'attività del CVS che sarà integrato dalle relazioni presentate dai sanitari interessati.

¹ Così come disposto dall'Ordine di Servizio n. 24/DA/DS dell'11.04.2017, contenente lo schema modello da adottare.

C.) Fase propositiva/decisoria (CVS)

Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale, sulla base delle evidenze istruttorie ed accertative disponibili e delle relazioni dei sanitari interessati, procede alla discussione (eventualmente anche in presenza degli operatori sanitari interessati) ed alla definizione del sinistro, formulando, altresì, la relativa quantificazione del danno e l'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), la Tabella Unica nazionale di cui all'art. 138 Dlgs. 7 settembre 2005 n. 209, nonché, per la determinazione e valutazione delle c.d. micro permanenti, le tabelle di cui al decreto del Ministero della Salute del 3 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell' 11 settembre 2003, n.211.

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 e, ove ciò non fosse possibile, ad altro professionista, di comprovata esperienza e competenza in materia, su proposta della Uosd Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM approvata dalla Direzione Sanitaria.

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 SSN e, ove ciò non fosse possibile, ad altro professionista, di comprovata esperienza e competenza in materia, su proposta della Uosd Attività Amministrativa Legale o Uosd Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM approvata dalla Direzione Amministrativa e/o Sanitaria.

Aspetti gestionali dell'attività del CVS

Il CVS, esaminata la pratica relativa al sinistro, ne definisce *l'an e il quantum* relativo al suo eventuale risarcimento.

In detta riunione il CVS può rigettare l'istanza ritenuta carente o infondata nei fatti e nell'assunto giuridico.

Ogni decisione in merito alle modalità di gestione dei sinistri sottoposti al suo esame e verifica viene assunta all'unanimità.

Al termine di ciascuna riunione, viene redatto un verbale dell'incontro, che deve essere sottoscritto da tutti i componenti del CVS presenti.

Il verbale deve contenere, per ciascun sinistro esaminato, un'apposita "scheda sinistro", compilata secondo il modello allegato al presente Regolamento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Il Segretario verbalizzante provvede a trasmettere gli esiti delle riunioni, come contenuti nel verbale di riferimento, via posta elettronica a tutti i componenti del CVS ed al Bilancio per gli atti di competenza. E' prevista l'istituzione di un apposito "registro" per i verbali del CVS.

Le valutazioni assunte dal CVS nelle riunioni e contenute nei verbali hanno un valore "consultivo/propositivo" e devono essere sottoposte all'approvazione della Direzione Strategica Aziendale, che deciderà in ordine alle proposte assunte da detto Comitato, fornendo indicazioni circa la percorribilità della proposta medesima, eventualmente indicando possibili margini di scostamento, conferendo all'Avvocato il mandato a prendere contatti con la controparte. L'avvio delle trattative stragiudiziali viene comunicato tempestivamente alla Uosd Attività Amministrativa Legale che a sua volta provvede a darne tempestiva comunicazione qualora già noti oppure se ancora da individuare alla DMPO al fine di acquisire formalmente – entro un tempo utile per consentire l'osservanza del termine di 45 giorni previsto dall'art. 13 della legge n. 24 del 2017 – l'elenco degli esercenti le professioni sanitarie interessate così come individuate dai Direttori delle UU.OO. Acquisito tale elenco la Uosd Attività Amministrativa Legale provvede a darne informativa agli esercenti le professioni sanitarie interessate, con invito a prendervi parte e fornire eventuali deduzioni. La comunicazione deve avvenire tramite PEC o Raccomandata A/R.

La scelta di procedere transattivamente deve comunque rispondere ai criteri di razionalità e congruità dell'azione. L'Azienda dovrà rapportare la convenienza economica della transazione anche all'incertezza ed alla possibile 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.

D.) Fase Conclusiva

La fase conclusiva consiste nel portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante:

- il rigetto della richiesta di risarcimento, qualora l'Azienda, sulla base di quanto proposto dal CVS, non ravvisi alcun profilo di responsabilità in capo all'Azienda e/o ai propri dipendenti;
- l'ammissibilità del sinistro, con l'avvio della procedura transattiva.

Nel caso in cui si giunga ad un accordo, l'Azienda adotterà un provvedimento deliberativo proposto dalla Uosd Attività Amministrativa Legale 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;
- Evidenza della convenienza della transazione.

In caso di accordo transattivo, 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.

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

Mediazione

La "*mediazione*" definisce " l'attività 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 L lett. a) del Decreto Legislativo n. 28/2010).

Per l'istanza di mediazione la comunicazione agli esercenti la professioni sanitarie, come disposto dall'art. 13 della Legge n. 24 del 2017, avviene come già previsto nella Fase preliminare e nella tabella esplicativa di cui sotto.

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.

Fermo restando l'obbligo di partecipazione alla 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 valutazione.

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, senza preventiva autorizzazione della 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*".

Non rientra tra i compiti del CVS valutare e gestire l'eventuale mediazione cosiddetta "*demandata*", ex art 185 bis cpc ("*La proposta conciliativa del giudice*"), in quanto l'opportunità o meno di definire il sinistro in tale sede dovrà essere formulata dall'Avvocato di fiducia dell' Azienda a cui è affidata la rappresentanza legale del sinistro.

DETTAGLIO DELLE FASI E ATTIVITA' (Tabella Fasi)

Di seguito si riporta la descrizione dettagliata delle attività ricomprese in ciascuna fase, con la relativa tempistica, le modalità di esecuzione e l'individuazione degli Uffici amministrativi e sanitari competenti e responsabili

**REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA GESTIONE
 DEI SINISTRI DA RCT -
 COMPOSIZIONE E FUNZIONI DEL
 COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI
 AZIENDALE (CVS)**

DATA 17/04/2019

REV

FASE A – PRELIMINARE

FASE	ATTIVITA'	COME	QUANDO	RESPONSABILE
A 1	Arrivo della richiesta risarcitoria al protocollo aziendale ed invio alla UOSD Attività Amministrativa Legale ed alla DMPO	Protocollo aziendale	Tempestivamente	Ufficio Protocollo
A 2	Apertura del sinistro, previa analisi della richiesta, della sua completezza e valutazione di ammissibilità	sugli atti	Tempestivamente	Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo"
A 3	Inserimento del sinistro su data base aziendale e SIMES	- SIMES - Data base interno	- Entro 5 gg - il prima possibile	Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo"
A 4	Lettera da parte della DMPO ai Direttori delle UU.OO. interessate al percorso assistenziale relativo all'evento per l'individuazione degli esercenti la professione sanitaria interessati	- PEC - email - Protocollo - AREAS ADT	Il prima possibile	DMPO
A 5	Trasmissione nominativi alla DMPO	- PEC - email	Il prima possibile	Direttori UU.OO. coinvolte
A 6	Lettera informativa di "apertura sinistro" alla UOSD Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM	Protocollo aziendale	Tempestivamente	Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo"
A 7	Lettera alla Compagnia Assicurativa, se presente	- Protocollo aziendale - PEC	Tempestivamente	Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo"
A 8	Informativa alla controparte dell'apertura del sinistro e richiesta di eventuale altra documentazione e pareri di parte	PEC	Tempestivamente	Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo"
A 9	Trasmissione alla UOSD Attività Amministrativa Legale dei nominativi degli esercenti la professione sanitaria coinvolti	Protocollo aziendale	Il prima possibile ²	DMPO
A 10	Comunicazione dell'apertura del sinistro agli esercenti la professione sanitaria coinvolti, ai sensi dell'art. 13 della Legge n. 24 del 2017 (Gelli)	- PEC/ email/ raccomandata A/R utilizzando il modello di cui all'ordine di servizio n. 24/DA/DS dell'11.04.2017	Entro 45 giorni dalla notifica	- Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo" - UOSD Attività Amministrativa Legale
A 11	Valutazione della causa petendi e della legittimità dei soggetti richiedenti dell'esistenza di eventuali altri soggetti aventi titolo	- Analisi data base - Richiesta controparte	Il prima possibile	- Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo" - UOSD Attività Amministrativa Legale

² Trasmettere i nominativi entro il giovedì di ogni settimana, tenuto conto che la sede amministrativa è chiusa il sabato.

FASE B - ISTRUTTORIA – PERITALE/ACCERTATIVA

FASE	ATTIVITA'	COME	QUANDO	RESPONSABILE
B 1	Acquisizione documentazione sanitaria	- GIPSE - Archivio cartelle cliniche - AREAS - PPP certificati ambulatoriali - Radiologia: referti radiologici	Il prima possibile	UOSD Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM
B 2	Analisi della documentazione clinica raccolta	Root Causes Analysis	Il prima possibile	UOSD Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM
B 3	Richiesta, e successiva acquisizione, di una relazione clinica sull'accaduto, oggetto della richiesta risarcitoria, al Direttore di UOC/UOSD/UOS interessate ed agli esercenti le professioni sanitarie precedentemente individuati	- Protocollo aziendale - email	Il prima possibile	UOSD Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM
B 4	Eventuale visita medico legale del paziente coinvolto	Su appuntamento	Secondo Linee Guida Regionali	UOSD Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM
B 5	Predisposizione di parere medico – legale per l'attività di CVS	////	Il prima possibile	UOSD Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM

FASE C – PROPOSITIVA/DECISORIA (CVS)

FASE	ATTIVITA'	COME	QUANDO	RESPONSABILE
C 1	Convocazione, con predisposizione dell'ordine del giorno, ai componenti del CVS, tenuto conto delle priorità	email	Secondo le priorità	Coordinatore CVS
C 2	Eventuale convocazione del personale interessato e/o di avvocati incaricati	- PEC - email	Secondo le necessità	Coordinatore CVS
C 3	Valutazione di eventuale acquisizione di consulenza specialistica, anche esterna, in ragione della particolare complessità del sinistro e/o rilevanza economica	////	Secondo le necessità	CVS, all'unanimità
C 4	In sede di CVS valutazione <i>dell'an, del quantum</i> e delle stime, con relativo accantonamento	////	Nella seduta stessa del CVS, salvo casi complessi	CVS, all'unanimità
C 5	In sede di CVS decisione su eventuale partecipazione a procedure risarcitorie e/o di mediazione e/o transattive di ciascun sinistro	////	Nella seduta stessa del CVS, salvo casi complessi	CVS, all'unanimità
C 6	Redazione del verbale	////	Il prima possibile	Segretario CVS
C 7	Invio del verbale firmato alla Direzione Strategica	Protocollo aziendale	Il prima possibile	Segretario CVS e Coordinatore CVS
C 8	Approvazione del verbale di CVS o scostamento motivato	Protocollo	Il prima possibile	Direzione Strategica
C 9	Affidamento del mandato per la rappresentanza legale e la tutela degli interessi dell'Azienda (nelle opportune sedi)	Delibera aziendale	Secondo le priorità	UOSD Attività Amministrativa Legale, previa approvazione del DG
C10	Comunicazione agli esercenti la professione sanitaria interessati (art. 13 Legge Gelli)	Vedi procedura fase preliminare	Vedi procedura fase preliminare	Vedi procedura fase preliminare

FASE D –CONCLUSIVA DEL SINISTRO

FASE	ATTIVITA'	COME	QUANDO	RESPONSABILE
D	Comunicazione all'istante e agli operatori interessati dell'esito valutazione sinistro: 1) accoglimento 2) rigetto	-PEC - Raccomandata A/R	Dopo approvazione Direzione strategica	- Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo" - UOSD Attività Amministrativa Legale
D 1	Transazione			
D 1.1	Verbale del CVS con approvazione e autorizzazione del DG	Protocollo aziendale	Il prima possibile	UOSD Attività Amministrativa Legale
D 1.2	Informativa agli esercenti la professione sanitaria interessati, come disposto dall'art. 13 Legge n. 24 del 2017, dell'inizio delle trattative	Vedi procedura fase preliminare	Vedi procedura fase preliminare	Vedi procedura fase preliminare
D 1.3	Affidamento del mandato per la rappresentanza legale e la tutela degli interessi dell'Azienda (nelle opportune sedi)	Delibera aziendale	Secondo le priorità	UOSD Attività Amministrativa Legale, previa approvazione del DG
D 1.4	Fase di trattativa affidata all'avvocato incaricato	Nelle competenze dell'avvocato	Nelle competenze dell'avvocato	Nelle competenze dell'avvocato
D 1.6	Richiesta al Bilancio di informazione di disponibilità finanziaria e di modalità di erogazione del risarcimento	Protocollo aziendale	Il prima possibile	UOSD Attività Amministrativa Legale
D 1.7.4	Delibera di chiusura del sinistro in caso di accordo transattivo (liquidazione)	Deliberazione aziendale	Il prima possibile	UOSD Attività Amministrativa Legale
D 1.8	Adempimenti conclusivi ed informativi all'istante a seguito di accordo transattivo e agli esercenti la professione sanitaria interessati	- Protocollo aziendale - email	tempestivamente	- Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo" - UOSD Attività Amministrativa Legale
D 1.9	Invio segnalazione di delibera di liquidazione e atti alla Corte dei Conti	Protocollo aziendale	tempestivamente	- Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo" - UOSD Attività Amministrativa Legale

FASE	ATTIVITA'	COME	QUANDO	RESPONSABILE
D 2	Mediazione (D.lgs. n. 28/2010)			
D 2.1	Verbale del CVS con approvazione e autorizzazione del DG	Protocollo aziendale	Il prima possibile	UOSD Attività Amministrativa Legale
D 2.2	Informativa agli esercenti la professione sanitaria interessati, come disposto dall'art. 13 Legge n. 24 del 2017, dell'inizio delle trattative	Vedi procedura fase preliminare	Vedi procedura fase preliminare	Vedi procedura fase preliminare
D 2.3	Affidamento del mandato per la rappresentanza legale e la tutela degli interessi dell'Azienda (nelle opportune sedi)	Delibera aziendale	Secondo le priorità	UOSD Attività Amministrativa Legale, previa approvazione del DG
D 2.4	Fase di trattativa affidata all'avvocato incaricato	Nelle competenze dell'avvocato	Nelle competenze dell'avvocato	Nelle competenze dell'avvocato
D 2.5	Comunicazione delle risultanze della transazione	- PEC - email	Nelle competenze dell'avvocato	Nelle competenze dell'avvocato
D 2.6	Richiesta al Bilancio di informazione di disponibilità finanziaria e di modalità di erogazione del risarcimento	Protocollo aziendale	Il prima possibile	UOSD Attività Amministrativa Legale
D 2.7.4	Delibera di chiusura del sinistro in caso di accordo transattivo (liquidazione)	Deliberazione aziendale	Il prima possibile	UOSD Attività Amministrativa Legale
D 2.8	Adempimenti conclusivi ed informativi all'istante a seguito di accordo transattivo e agli esercenti la professione sanitaria interessati	- Protocollo aziendale - email	tempestivamente	- Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo" - UOSD Attività Amministrativa Legale
D 2.9	Invio segnalazione di delibera di liquidazione e atti alla Corte dei Conti	Protocollo aziendale	tempestivamente	- Incarico di funzione "Gestione servizio assicurativo" - UOSD Attività Amministrativa Legale

DIFESA NELL'EVENTUALE CONTENZIOSO – NOMINA CTP

In caso di giudizio o di procedura ex art. 696 bis cpc la Uosd Attività Amministrativa Legale chiede alla Direzione Aziendale la nomina di un avvocato fiduciario, secondo le modalità già regolamentate e vigenti, e alla Direzione Sanitaria aziendale l'indicazione di un Consulente Tecnico di Parte (CTP), sentita la Uosd Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM.

Il CTP sarà scelto a rotazione tra gli specialisti dipendenti dell'Azienda, preferibilmente Direttori di UU.OO. e di Dipartimento che sono tenuti a svolgerlo con ogni diligenza; qualora motivatamente impossibilitati, essi indicheranno altri Dirigenti esperti che, a rotazione, espletano tale funzione.

Ove non sia possibile la nomina di specialista dipendente (conflitto di interesse, assenza anche temporanea documentata, etc) si procederà ad individuare, prioritariamente e compatibilmente con le scadenze, professionisti esterni all'Azienda dipendenti da altre Aziende del SSN e/o da Aziende Ospedaliere Universitarie e, ove ciò non fosse possibile, ad altro professionista, di comprovata esperienza e competenza in materia, su proposta della Uosd Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM approvata dalla Direzione Sanitaria.

In tal caso i relativi oneri saranno a carico dell'Azienda ed i compensi saranno parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate.

L'assunzione, da parte del dipendente, dell'incarico di CTP, per il quale, in base alla formulazione dell'art 24 comma 3 del Dlgs n. 165 del 2001, vige il principio di onnicomprensività del trattamento economico dirigenziale, formerà oggetto di valutazione manageriale e gestionale secondo parametri da individuarsi a cura dei competenti uffici aziendali. L'espletamento di tale incarico sarà svolto in orario di servizio.

Si precisa che la mancata collaborazione, senza giustificato motivo, nelle fasi del giudizio, di un consulente tecnico di parte può determinare un danno per l'Amministrazione non permettendo una adeguata attività defensionale in sede di giudizio; pertanto rientra nei motivi di procedimento disciplinare.

La Uosd Attività Amministrativa Legale provvede a consegnare all'Avvocato nominato la documentazione sanitaria aziendale conforme, previa richiesta alla DMPO.

Inoltre, al fine di garantire una difesa efficace e completa, la Uosd Rischio Clinico, Medicina Legale e EBM ed il Comitato Valutazioni Sinistri collaborano, durante l'intero corso del giudizio, con il Consulente Tecnico di Parte e l'Avvocato.

ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

La tutela aziendale della responsabilità civile verso terzi è estesa all'Attività Libero Professionale intramoenia secondo i criteri e i limiti stabiliti dalla regolamentazione interna aziendale, senza diritto di rivalsa in sede civile, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

La copertura è estesa, con le medesime modalità, anche alle attività di supporto e assistenza svolte dal personale dedicato.

FONDO DI GARANZIA AZIENDALE PER I DANNI DERIVANTI DA RESPONSABILITA' SANITARIA

Tutte le spese necessarie per la gestione dei sinistri e le spese legali da sostenere per la difesa in giudizio, nonché le spese di soccombenza (sorte, interessi, spese legali, etc) che ricadono nella "gestione diretta" (autoassicurazione) aziendale, nonché le spese di natura amministrativa, tecnica e medico legale, relative alla fase stragiudiziale e giudiziale (comprese mediazioni o ATP, nomina CTP) costituiscono il "Fondo di garanzia aziendale per i danni derivanti da responsabilità sanitaria".

La consistenza del Fondo deve essere dimensionata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale ed alla franchigia ove presente.

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. n. 118/2011 che ha innovato in maniera significativa la formazione dei bilanci regionali e di conseguenza quelli delle strutture sanitarie.

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" sia in via stragiudiziale che giudiziale (spese CTU, mediazioni, etc) 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.

La stima, l'evoluzione ed il monitoraggio dei sinistri deve essere effettuata dai competenti uffici aziendali della Uosd Attività Amministrativa Legale, Uosd Rischio Clinico e Medicina Legale e della UOC Economico Finanziaria e Patrimoniale, ognuno per la propria competenza.

RAPPORTI CON LA CORTE DEI CONTI

L'Azienda dovrà trasmettere alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti i provvedimenti amministrativi di liquidazione del danno, così come previsto dalle Linee Guida in materia.

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).

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. L'obbligo di segnalazione sorge nel momento in cui il danno è "concreto ed attuale"; 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.

Devono essere comunicati alla procura regionale tutti i casi di danni liquidati a terzi, sia nell'ambito delle polizze RCT/O ove presenti per la parte in franchigia, sia in tutti i casi di eventuale ritenzione in proprio del rischio assicurativo. Devono altresì essere 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", tenuto conto dei tempi necessari ad acquisire tutti gli elementi e/o documentazione essenziale per una completa rappresentazione dei fatti, e comunque in tempo utile ad evitare la decorrenza del termine di prescrizione previsto dalla Legge n. 24 del 2017 e dalle altre disposizioni in materia.

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.

C. CONTENUTI DELLA SEGNALAZIONE:

La segnalazione dovrà contenere:

- a) L'indicazione del fatto dannoso, che dovrà essere adeguatamente descritto;
- b) L'iniziale richiesta di risarcimento danni con l'importo del presunto danno;
- c) L'importo liquidato in favore del danneggiato (e/o dei suoi eredi) ovvero l'importo oggetto della condanna;

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 ("Modello scheda per segnalazione alla procura regionale della Corte dei Conti").

La segnalazione avviene a cura della Uosd Attività Amministrativa Legale, quale struttura proponente, e della Direzione Strategica.

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E TRASPARENZA

Entro 31 dicembre di ogni anno, l'Azienda dovrà pubblicare i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio in materia di responsabilità professionale medica e/o sanitaria, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 4 comma 3 della Legge n. 24/2017 tale adempimento deve essere curato nell'ambito della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del Rischio (Risk Management), previo invio dei suddetti dati da parte della Uosd Attività Amministrativa Legale.

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 Coordinatore del CVS provvederà ad informarne direttamente la Direzione Strategica Aziendale, per l'assunzione delle iniziative più idonee, anche di carattere disciplinare, 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, nonché la disponibilità ad assumere incarichi di CTP (Consulenti Tecnici di Parte), costituisce un obiettivo specifico di ciascuna Struttura Complessa e formerà oggetto di valutazione manageriale e gestionale.

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. Il 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.

LA FORMAZIONE

I Direttori Generali devono garantire che tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione dei sinistri (in particolare 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.

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. G09535 del 02.07.20 14).

Si precisa che ogni altro atto o norma, emanato da questa Azienda, in contrasto con il presente regolamento è da intendersi abrogato e non più efficace.

BIBLIOGRAFIA

Legge 14 gennaio 1994 n. 20 *“Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei Conti”*

Legge 27 dicembre 2002, n. 289 *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)”*

Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 e s.m.i. *“Attuazione dell'articolo 60 della legge 18 giugno 2009, n. 69, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali”*

Determinazione della Regione Lazio 2 luglio 2014, n. G09535 *“Linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati di Valutazione Sinistri (CVS)”*

Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli) *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*



Gentilissimo,

si porta a conoscenza della S.V. – il cui nominativo è stato trasmesso dalla Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri su indicazione del Direttore della U.O. nella nota prot. n. ... del ... inoltrata alla scrivente UOSD – che in data l'Azienda Ospedaliera ha ricevuto l'allegato atto in riferimento al paziente

Si precisa che la trasmissione della presente informativa agli esercenti le professioni sanitarie "interessati" costituisce per l'Azienda l'adempimento dell'obbligo previsto dall'art. 13 della Legge 8 Marzo 2017, n. 24, come modificato dall'art. 11, comma 1, lett. d) della legge 11 Gennaio 2018, n. 3.

Nell'ottica di una fattiva collaborazione, la S.V., se ritenuto opportuno, potrà presentare una relazione sullo svolgimento dei fatti, essere ascoltata dal Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, compiere qualsiasi atto da lei ritenuto utile e necessario per la comprensione e l'analisi dell'evento.

Si rappresenta, per completezza di informazione, che la documentazione sanitaria relativa al caso in oggetto (es. cartella clinica) è disponibile per la consultazione presso la segreteria della Direzione Medica dei Presidi ospedalieri

Cordiali saluti.

Il Responsabile della UOSD



Gentilissimo,

la presente per informarLa che in data.....l'Azienda ha ricevuto la nota prot. n.del....., che si allega alla presente.

Alla luce di tale richiesta è necessario che la S.V., previa individuazione ed accertamento del reale coinvolgimento (escludendo, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i soggetti assenti dal servizio per ferie, malattie, etc.), trasmetta, entro 10 giorni dalla presente, l'elenco dei nominativi degli esercenti le professioni sanitarie che hanno avuto un ruolo attivo nella gestione del caso.

Qualora nel periodo in cui si è verificato l'evento, la S.V. non rivestiva l'attuale ruolo, si chiede di inserire nell'elenco dei nominativi anche quello del Direttore UU.OO. in servizio nel periodo suddetto. La presente deve intendersi quale comunicazione all'esercente la professione sanitarie ai sensi dell'art. 13 Legge n. 24/2017 e s.m.i.

E' altresì necessario che gli esercenti le professioni sanitarie da Lei individuati facciano pervenire apposita relazione sui fatti in esame, al fine di una più puntuale, agevole e concreta comprensione degli aspetti tecnico – sanitari con riferimento alla fondatezza o meno della richiesta pervenuta.

La documentazione sanitaria relativa al caso in oggetto, qualora non soggetta a sequestro da parte dell'Autorità Giudiziaria, è disponibile per la consultazione presso la segreteria della Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri (DMPO).

Cordiali saluti

Il Direttore Medico dei Presidi Ospedalieri

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DELL'ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DELL'ART. 47 DEL D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto.....nato a..... ile residente a.....,
Via.....,
consapevole che in caso di dichiarazione mendace, sarà punito, ai sensi del Codice Penale, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di talune delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera,

DICHIARA

- che non esistono altri aventi diritto o soggetti legittimati alla stessa pretesa risarcitoria;
- di non avere diritto, in conseguenza del sinistro oggetto della richiesta risarcitoria, all'erogazione, in proprio favore, di alcuna prestazione da parte di istituti che gestiscono assicurazioni obbligatorie quali INPS ed INAIL o altre strutture sanitarie coinvolte (pubbliche, private, convenzionate);
- che non esistono altre richieste di risarcimento per lo stesso evento rivolte ad altri soggetti.

Data

Firma

DELIBERAZIONE N. 622/CS DEL 15 LUG. 2019

Si attesta che la deliberazione: è stata
pubblicata sull'Albo Pretorio on-line in data 15 LUG. 2019

- è stata inviata al Collegio Sindacale in data: 15 LUG. 2019

- data di esecutività: 15 LUG. 2019

Deliberazione originale
Composta di n. 32 fogli
Esecutiva il, 15 LUG. 2019
Il Direttore della
U.o.c. Affari Generali e Gestione
Amministrativa ALPI
(Dr.ssa Angela Antonietta Giuzio)
F.to