

**REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DA
RESPONSABILITA' MEDICO-SANITARIA – COMPOSIZIONE E
FUNZIONAMENTO DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI
(CVS) DELL'ASL di LATINA –**

ANNO 2025

Indice

1. IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS).....	3
1.1 FUNZIONI DEL CVS	3
1.2 COMPOSIZIONE DEL CVS	3
1.3 CONVOCAZIONE DELLE SEDUTE	5
1.4 VALIDITÀ DELLE SEDUTE	6
1.5 VERBALIZZAZIONE DELLE SEDUTE	7
1.6 FORMAZIONE.....	7
2. COMUNICAZIONI EX ART. 13 LEGGE N.24/2017.....	7
3. FASI DELLA GESTIONE DI UN SINISTRO	8
A. FASE PRELIMINARE	8
A1. Ammissibilità della richiesta.....	9
A2. Apertura del fascicolo	10
B. FASE ISTRUTTORIA	11
C. FASE VALUTATIVA.....	14
D. FASE COLLEGIALE. FASE COLLEGIALE	17
3.1 TEMPI PER LA DEFINIZIONE DEL SINISTRO	19
4. GESTIONE DEI CASI GIUDIZIALI.....	20
5. QUANTIFICAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE RISERVE	20
6. RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA	21
6.1 OBBLIGO DI DENUNCIA ALLA CORTE DEI CONTI	21
6.2 CONTENUTO DELLA DENUNCIA	22
6.3 TEMPI PER LA DENUNCIA E LA MESSA IN MORA	23
7. LOSS ADJUSTER	23
8. ENTRATA IN VIGORE E MODIFICA DEL REGOLAMENTO	24
9. DISPOSIZIONI FINALI.....	24
ALLEGATI:	25
Tab. 1 Comunicazioni ex art. 13 Legge n. 24/2017.....	26
Fase preliminare: Modulistica richiesta di risarcimento professionista.....	26
Tab 2 Ammissibilità della richiesta	26
Tab 3 Apertura fascicolo.....	26
Tab 4 Fase istruttoria	27
Tab 5 Fase valutativa	27
Tab 6 Fase collegiale	27
Tab 7: CHECK LIST COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI.....	28
Allegato 8.....	29
Allegato 9.....	33

Il presente Regolamento ha ad oggetto l'istituzione, la composizione, l'organizzazione ed il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.) dell'Azienda Sanitaria Locale di Latina, nonché le procedure per l'istruzione, la definizione e la quantificazione dei sinistri da responsabilità medica/sanitaria e civilistica, anche in regime assicurativo per RCT/O, e del relativo contenzioso giudiziale.

Il modello operativo delineato dal presente regolamento è stato predisposto nel rispetto della Legge n. 24 dell'08/03/2017 e s.m.i., nonché nel recepimento del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico - sanitaria e sul funzionamento del comitato valutazione sinistri (CVS)", di cui alla Determinazione della Regione Lazio del 23 novembre 2023, n. G15665 e del Decreto attuativo n.232 del 15/12/2023.

1. IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Il Comitato di Valutazione Sinistri è un organismo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, che esprime un parere obbligatorio, ma non vincolante, in ordine alle richieste risarcitorie per danno alla persona per responsabilità medica/sanitaria e civilistica, formulate nei confronti della struttura o di suoi operatori. È l'organismo cui compete la funzione di governo del rischio assicurativo e di valutazione dei sinistri.

1.1 Funzioni del CVS

Le funzioni attribuite al CVS sono:

- a. valutare i sinistri allo scopo di individuare il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti e verificare la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento mediante l'analisi dei casi;
- b. definire la migliore strategia di gestione delle richieste di risarcimento, nell'intento di minimizzarne l'impatto economico e proporla alla Direzione Strategica dell'Azienda;
- c. definire le riserve al fine di quantificare in maniera adeguata il fondo riserva sinistri e il fondo rischi;
- d. aggiornare periodicamente il fondo riserva sinistri e il fondo rischi.

1.2 Composizione del CVS

Per la composizione del CVS è mandatoria la presenza dei seguenti componenti:

1. Direttore UOC Affari Generali e Controllo Interno che è incaricato dell'istruttoria, gestione ed eventuale liquidazione dei sinistri, al quale spetta il ruolo di coordinatore del CVS;
2. Avvocato dipendente della Azienda, responsabile della valutazione degli aspetti giuridici della gestione delle richieste di risarcimento;
3. Dirigente Medico specialista in Medicina Legale, cui compete la valutazione degli aspetti legati alla definizione del danno e della sussistenza, da un punto di vista tecnico, di eventuali profili di responsabilità a carico della struttura sanitaria;
4. Direttore UOC Rischio Clinico, cui compete, ove possibile, l'analisi dei fattori causali e/o contribuenti della prestazione all'origine della richiesta di risarcimento, nonché l'eventuale proposta delle opportune azioni di miglioramento;
5. Esperto nella gestione liquidativa, qualora ritenuto necessario, cui spetta la quantificazione economica delle possibili voci di danno, la valutazione delle proposte liquidative della Compagnia assicuratrice (di seguito Compagnia), ove presente in Azienda e il supporto tecnico nella definizione e nell'aggiornamento periodico del fondo riserva sinistri e del fondo rischi;
6. Collaboratore amministrativo afferente alla UOC Affari Generali e Controllo Interno con funzioni di Segreteria;
7. Rappresentante della Compagnia, laddove esistente, per la discussione dei sinistri di competenza.

Nel rispetto dell'autonomia gestionale delle singole strutture, e in relazione a quanto specificamente previsto dalla polizza eventualmente vigente, la composizione del CVS potrà essere integrata da altre figure, ferma restando la presenza di quelle sopra specificate.

È possibile che, in particolari situazioni, avendo cura di evitare l'eventualità di possibili conflitti d'interesse (ad esempio fra l'esperto della gestione liquidativa e il rappresentante della Compagnia), le competenze proprie di alcuni dei componenti sopra citati possano essere rappresentate da un unico professionista (per esempio quella di Risk Manager e di specialista in Medicina legale): in tal caso il CVS è comunque da considerarsi come validamente costituito.

Nel caso in cui l'ASL di Latina si trovi nella situazione di non disporre internamente di tutti i componenti sopra elencati, è possibile individuare, con oneri a proprio carico e nel rispetto delle procedure concorrenziali previste dalla legge, professionisti esterni, facendo ricorso prioritariamente ad appositi atti di convenzionamento con altre strutture del SSR o con Università pubbliche e private. Il CVS, infine, in casi di particolare complessità o di richieste risarcitorie particolarmente rilevanti dal punto di vista economico, potrà avvalersi di professionisti con competenze specialistiche anche esterni alla struttura.

1.3 Convocazione delle sedute

Successivamente all'adozione di questo documento, il CVS va istituito o, nel caso in cui fosse già istituito, va confermato o modificato nella sua composizione con Delibera del Direttore Generale.

Il Comitato si riunisce, su convocazione del Coordinatore, tenuto conto delle esigenze aziendali in tema di gestione dei sinistri e, comunque, almeno due volte al mese. Le sedute sono preventivamente calendarizzate con accordo di tutti i componenti.

Le riunioni devono svolgersi in orario istituzionale. Per i dipendenti della Azienda non è previsto alcun compenso aggiuntivo. I dipendenti sono esonerati da ogni altro impegno istituzionale per tutta la durata della riunione.

L'ordine del giorno delle riunioni del CVS viene trasmesso, a mezzo posta elettronica ordinaria, dal segretario ai componenti almeno 7 (sette) giorni prima della data della riunione.

L'ordine del giorno include l'informativa di eventuali nuove richieste risarcitorie, giudiziali e stragiudiziali, nonché ogni eventuale aggiornamento di sinistri già aperti.

In caso di sinistri da trattare con urgenza (per urgenza si intende la situazione in cui non sia possibile attendere per l'assunzione di una decisione la prima seduta calendarizzata, ad es.: mediazione il cui incontro iniziale scade prima della suddetta seduta, costituzione in giudizio in procedimento d'urgenza, proposta di definizione stragiudiziale proveniente da controparte con precisa scadenza per l'accettazione, notifica di avviso di garanzia con conseguenti atti urgenti da compiere ecc.) si procede a convocazione straordinaria in una data ed ora condivisa, anche per le vie brevi, con i componenti, con specificazione delle motivazioni sottese all'urgenza.

La seduta può essere integrata, di volta in volta, con la partecipazione dei Responsabili e/o Dirigenti delle strutture aziendali coinvolte nell'evento per il quale è stata avanzata richiesta di risarcimento danni, nonché del personale sanitario o tecnico coinvolto o informato sui fatti appositamente convocato. Alla convocazione procede il C.V.S. tramite la segreteria.

Il C.V.S. potrà, altresì, avvalersi in casi di particolare complessità o di richieste risarcitorie particolarmente rilevanti dal punto di vista economico, dell'opera di professionisti con comprovato e riconosciuto profilo di esperienza specialistica inerente al caso in esame, anche esterni all'Azienda, al fine di acquisire parere specialistico e/o second opinion che dovrà essere individuato dal CVS con oneri a carico dell'Ente.

1.4 Validità delle sedute

Le sedute del C.V.S. sono presiedute dal Coordinatore o, in caso di suo impedimento e/o assenza, da altro componente del Comitato delegato dallo stesso o, in mancanza, dal componente più anziano.

Le sedute del Comitato non sono pubbliche atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili. Tutti i componenti del C.V.S. sono tenuti al segreto d'ufficio/professionale per tutte le informazioni di cui vengano a conoscenza nell'ambito delle attività di competenza del Comitato.

Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CVS, nonché tutta la documentazione ad esse inerenti, non potranno essere né divulgate, né trattate, né riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del C.V.S., fatto salvo per quanto riguarda la gestione assicurativa del sinistro.

Il Coordinatore, anche in qualità di Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 2-quaterdecies del D.lgs. 196/2003, introdotto dal D.lgs. n. 101/2018, nonché ai sensi dell'art. 29 del Regolamento UE 2016/679, vigila sulla corretta gestione e custodia dei suddetti dati sensibili.

Tutti i soggetti, anche esterni all'Azienda, coinvolti nella conoscenza dei suddetti dati, sono sottoposti al medesimo grado di riservatezza e tutela dei dati in loro possesso o in loro conoscenza e dovranno sottoscrivere apposita dichiarazione prima della partecipazione alla seduta o, comunque, del loro coinvolgimento professionale.

Le riunioni del CVS sono valide con la presenza (anche in modalità videoconferenza) dei 2/3 dei componenti.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del C.V.S., tutti i componenti, all'atto della nomina devono assumere per iscritto l'impegno ad astenersi dalla disamina e trattazione delle richieste di risarcimento per le quali possa sussistere un conflitto di interessi, di tipo diretto o indiretto, anche solo potenziale.

In caso di conflitto di interessi relativamente ad uno specifico caso, i componenti che si trovano in tale situazione dovranno rendere apposita dichiarazione ed hanno l'obbligo di astenersi dalla trattazione della pratica e di lasciare la seduta. Di ciò va dato atto a verbale.

La decisione del C.V.S. (valutazione in ordine alla sussistenza di responsabilità, determinazione della percentuale del danno e dell'ammontare della relativa liquidazione) da proporre come parere consultivo non vincolante alla Direzione Strategica dell'Azienda spetta al C.V.S. nella sua collegialità, sulla base del parere espresso dal medico legale nella apposita check list (All.1).

In caso di dissenso/valutazioni divergenti il verbale ne dà atto e le decisioni sono assunte a maggioranza assoluta dei presenti.

In caso di parità prevale il voto del coordinatore o di chi preside.

1.5 Verbalizzazione delle sedute

Al termine di ciascuna seduta è redatto un sintetico verbale, singolo per ogni caso trattato, a cura del segretario che provvederà a sottoporlo alla sottoscrizione dei componenti e alla sua archiviazione nel relativo fascicolo.

Copia di ciascun verbale, archiviato in ordine cronologico, è custodita dalla UOC Affari Generali e Controllo Interno.

1.6 Formazione

Al fine di consentire il corretto funzionamento del CVS nonché una gestione del contenzioso quanto più possibile efficace, l'ASL Latina garantisce la formazione e l'aggiornamento continuo di tutti gli operatori a diverso titolo deputati alla gestione del contenzioso. A tal fine la UOC Affari Generali dovrà individuare i bisogni formativi di questi operatori se di ambito amministrativo e la UOC Rischio clinico se di ambito sanitario, favorendone la formazione e l'aggiornamento continuo mediante la progettazione di opportuni percorsi formativi interni, ovvero la partecipazione a eventi esterni.

2. COMUNICAZIONI EX ART. 13 LEGGE N.24/2017

La comunicazione ex art.13 L.24/2017 è finalizzata a consentire al professionista di partecipare, a sua discrezione e qualora ne avesse interesse, alle iniziative giudiziarie e/o stragiudiziali che lo riguardano, ponendo l'onere informativo a carico della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata e/o della Compagnia Assicurativa. La comunicazione assolve, infatti, ad un duplice scopo:

- a. contribuire al miglior chiarimento dei fatti, favorendo la partecipazione dell'esercente;
- b. monitorare le possibili conseguenze, a danno dell'esercente la professione sanitaria, dell'esito di eventuali conciliazioni il cui peso economico potrebbe finire per sopportare in ultima istanza, per via delle azioni di rivalsa/di responsabilità amministrativa.

L'onere di informare l'esercente la professione sanitaria si concretizza nelle seguenti ipotesi:

- 1) Instaurazione del giudizio promosso dal danneggiato: in tal caso entro 45 giorni dalla data di notifica di un atto introduttivo del giudizio (atto di citazione, ricorso ex art. 696 bis cpc; ricorso ex art. 281 decies e segg. cpc; atto di citazione per chiamata di terzo; atto di costituzione di parte civile nel processo penale etc..) deve essere trasmessa all'esercente la professione sanitaria una

pec o una raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio;

- 2) Dalla seduta del CVS o dalla data di notifica la UOC Affari generali provvederà a comunicare all'esercente la professione sanitaria individuato, mediante PEC l'avvio di trattive stragiudiziali con il danneggiato con invito a prendervi parte.

L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni su menzionate preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'art. 9 L. 24/2017.

Allegata Tab 1

3. FASI DELLA GESTIONE DI UN SINISTRO

Le fasi operative della gestione di un sinistro sono:

- A. FASE PRELIMINARE**
- B. FASE ISTRUTTORIA**
- C. FASE VALUTATIVA**
- D. FASE COLLEGIALE**

A. FASE PRELIMINARE

I casi che impongono all'Azienda la presa in carico diretta e la contestuale apertura di una posizione sono, di norma:

- 1) istanza di risarcimento danni rivolta direttamente dal titolare o dal rappresentante nei confronti:
 - della struttura o della sua Compagnia;
 - di un professionista sanitario o della sua Compagnia per prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto della struttura (includendo: libera professione intra-muraria, attività di sperimentazione e ricerca clinica, qualsiasi forma di convenzione con il SSR, telemedicina, incarichi libero-professionali ex art. 7 c.6 D.Lgs. 165/01 e ss.mm.ii.);
- 2) provvedimento della Procura della Repubblica, di cui si venga a conoscenza:
 - a carico di un dipendente o di un collaboratore della struttura relativo a un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
 - che rimandi all'art. 590 sexies c.p. e che sia relativo a un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;

- 3) atto di Citazione/Istanza di Mediazione/Ricorso per Accertamento Tecnico Preventivo ex art. 696 bis c.p.c. rivolti alla struttura sanitaria e/o al professionista sanitario per prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto della struttura medesima;
- 4) ogni altra richiesta che possa essere configurata come “fatto noto” ai sensi di quanto previsto dagli obblighi di polizza, ove presente;
- 5) chiamata del Responsabile Civile nel procedimento penale.

Il personale dipendente della Azienda è tenuto a dare tempestiva comunicazione tramite mail alla UOC Affari Generali e Controllo Interno di ogni eventuale richiesta di risarcimento pervenutagli direttamente dal soggetto leso e/o pervenuta nei confronti della propria compagnia di assicurazione nel termine di tre giorni 3 (tre) lavorativi e, comunque, non oltre il termine di 10 (dieci) giorni dalla notifica. Tale comunicazione avverrà su apposita modulistica che è allegata alla presente.

La violazione di tale obbligo configura comportamento disciplinamente rilevante e sanzionabile come previsto dalle vigenti norme contrattuali e di legge,(Art. 83 del CCNL personale del Comparto sanità vigente e dell'Art 47 del CCNL Area sanità vigente e dell'Art. 54 Dlgs. 165\2001 e s.m.i.) specie se dalla sua violazione risulti irrimediabilmente compromesso il diritto di difesa e/o la mancata copertura assicurativa della Azienda ovvero venga preclusa l'ammissibilità di azioni di rivalsa e/o regresso o di responsabilità amministrativa.

Anche la Compagnia assicurativa, ove presente, dovrà comunicare i casi di azione diretta di cui all'articolo 12 della Legge n. 24/2017, promossa dal presunto danneggiato unicamente nei confronti della impresa di assicurazione, entro e non oltre il termine di 20 (venti) giorni.

A1. Ammissibilità della richiesta

Le richieste di risarcimento danni sono assegnate alla UOC Affari Generali e Controllo Interno, con il supporto dell'Avvocato del CVS che preliminarmente procede alla valutazione dei seguenti aspetti:

- a) Completezza:** valutando, ad esempio, la sottoscrizione del richiedente e/o del suo rappresentante, la corretta esposizione dei fatti e degli addebiti, ecc.;
- b) Ammissibilità:** verificando l'assenza di eventuali eccezioni preliminari come, ad esempio, l'intervenuta prescrizione, la constatazione che la richiesta è di competenza di un'altra struttura, ecc.

In caso di inammissibilità della richiesta, l'Avvocatura aziendale, deve darne riscontro alla controparte, specificandone i motivi (ad esempio: richiesta non sottoscritta correttamente o troppo generica,

mancanza della documentazione necessaria per l'apertura del fascicolo e l'avvio della fase istruttoria, ecc.).

Allegata Tab 2

A2. Apertura del fascicolo

Una volta superato il vaglio dell'ammissibilità, l'UOC Affari Generali e Controllo Interno procede all'apertura di un fascicolo, associando alla richiesta risarcitoria un identificativo univoco che escluda la possibilità di duplicazione di posizioni diverse per uno stesso evento. In caso di reiterazione di un'istanza per tempi successivi o di modalità distinte e contemporanee (nel caso, ad esempio, di istanza contro operatore e struttura) gli estremi minimi di riconoscimento del sinistro dovranno permetterne l'immediata riunificazione e l'attivazione di un'unica procedura di gestione.

L'identificativo può essere attribuito solo in presenza di nozione certa del soggetto assistito e dell'anno di concretizzazione del danno. Qualora questi elementi non siano chiaramente desumibili dalla prima istanza, l'UOC Affari Generali e Controllo Interno dovrà richiedere chiarimenti alla controparte ai recapiti disponibili. Per l'apertura del sinistro è essenziale non solo l'indicazione della data di ricezione della richiesta risarcitoria, quando presente, ma anche l'individuazione della data dell'evento all'origine della richiesta (e quindi della prestazione collegata alla richiesta). Nell'ipotesi in cui la data di accadimento non sia immediatamente identificabile, in questa fase si potrà indicare la data di inizio del ricovero oppure la data della prima prestazione ambulatoriale cui si riferisce il percorso clinico-assistenziale oggetto di contestazione.

Successivamente all'attribuzione dell'identificativo unico del fascicolo, l'UOC Affari Generali e Controllo Interno procede a effettuare:

1) informativa alla controparte identificabile dalla richiesta di risarcimento (come ad esempio: soggetto delle prestazioni assistenziali, eredi, tutori legali o esercenti la responsabilità genitoriale, ecc.). L'informativa deve contenere almeno i seguenti elementi:

- comunicazione della presa in carico della richiesta risarcitoria in via esclusiva dalla struttura ovvero in cogestione con la Compagnia indicando, in questo secondo caso, gli estremi della polizza assicurativa se questo è previsto dal contratto di assicurazione;
- invio della modulistica predisposta per la liberatoria circa il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi delle normative vigenti, con invito alla restituzione degli stessi debitamente

compilati e firmati. La modulistica deve prevedere fra i soggetti autorizzati anche la Compagnia, se presente, e/o i suoi intermediari;

- 2) richiesta di inoltro di tutta la documentazione clinico-sanitaria in possesso della controparte, di eventuali valutazioni medico-legali, nonché di ulteriore documentazione attinente al danno lamentato e alla potenziale o attuale liquidazione/risarcimento o altra forma di ristoro (ad esempio: pratica INAIL per infortunio sul lavoro o malattia professionale se correlata alla vicenda clinico-assistenziale lamentata; pratica RCA in caso di incidente del traffico attinente alla vicenda clinico-assistenziale; denuncia alla Procura della Repubblica contro noti o ignoti responsabili di fatti criminosi attinenti alla vicenda clinico-assistenziale, ecc.);
- 3) segnalazione alla Compagnia, ove presente, sulla base degli obblighi di polizza;
- 4) comunica il sinistro alla Direzione Medica di Presidio/Distretto Sanitario, chiedendo la trasmissione della documentazione relativa al sinistro e, in generale, di tutta la documentazione sanitaria relativa al soggetto in quanto assistito, disponibile negli archivi della struttura.

Al termine della fase preliminare il fascicolo del sinistro che abbia superato positivamente la valutazione di ammissibilità deve essere fornito di un identificativo univoco e conservato in un archivio dedicato e contenere almeno la seguente documentazione:

- Documentazione che ha originato la richiesta risarcitoria (Vedi Sez. A, punti da 1 a 5)
- Informativa inviata alla controparte e richiesta alla controparte di inoltro di tutta la documentazione clinico – sanitaria in suo possesso (Sez. A2 punti 1 e 2);
- Segnalazione alla Compagnia, se dovuta e Comunicazione del sinistro alla Direzione Medica di Presidio/Distretto (Sez. A2, punti 3 e 4).

Allegata Tab 3

B. FASE ISTRUTTORIA

La fase istruttoria inizia con la raccolta e l'analisi della documentazione (sanitaria e non sanitaria) relativa alla richiesta di risarcimento.

L'UOC Affari Generali e Controllo Interno, gestisce la fase istruttoria che si articola come segue:

- a. Raccolta e acquisizione della documentazione sanitaria interna relativa al soggetto in quanto assistito, disponibile negli archivi della struttura competente (comprendente della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica compresa quella iconografica), che la Direzione Medica di Presidio e/o la Direzione di Distretto -a seconda del luogo in cui si è verificato il sinistro avranno

cura di far pervenire alla U.O.C. Affari Generali, di norma, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della relativa richiesta. In ogni caso, la trasmissione della documentazione richiesta non potrà eccedere il termine di giorni 20 dal ricevimento della richiesta.

- b. Raccolta e acquisizione della documentazione prodotta dall'utente/istante in risposta all'informativa inviatagli;
- c. al fine di consentire il rispetto dei tempi per la comunicazione al personale coinvolto nell'accaduto ex art. 13 L. n. 24/2017, la U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno invia immediatamente la richiesta di individuazione degli operatori coinvolti nel sinistro al Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e/o del Distretto Sanitario presso il quale si è verificato il sinistro. Il Direttore Medico di Presidio e/o del Distretto Sanitario, provvedono alla individuazione dei sanitari coinvolti nel sinistro, all'esito di apposita riunione da svolgersi tempestivamente (anche in modalità Teams), con contestuale redazione di verbale, che dovrà essere trasmesso, debitamente sottoscritto, alla UOC Affari Generali e Controllo Interno, entro 20 giorni dalla richiesta;
- d. raccolta e acquisizione delle relazioni cliniche sul caso degli operatori che hanno avuto in cura il danneggiato, come individuati ai sensi della lettera c) che precede, che provvederanno alla relativa redazione e trasmissione nel termine massimo di 20 (venti) giorni dalla ricezione della richiesta istruttoria loro rivolta dalla U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno; I Direttori delle Unità Operative Complesse interessate sono responsabili del rispetto della suddetta tempistica e della completezza della documentazione trasmessa.
- e. Nei casi che coinvolgono un elevato numero di sanitari, la U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno richiederà la relazione clinica ai Direttori delle Unità Operative Complesse interessate ed al coordinatore infermieristico, che dovranno riscontrare nel medesimo termine di 20 (venti) giorni. La totale disponibilità, la fattiva e tempestiva collaborazione, diretta o indiretta, nella trattazione e nella istruttoria, mediante la messa a disposizione della documentazione richiesta e delle informazioni utili alla valutazione del sinistro è un obbligo per tutto il personale aziendale coinvolto, al fine di garantire il buon andamento dell'attività di valutazione del sinistro stesso e delle successive azioni di tutela da intraprendere. Il mancato riscontro alle richieste formulate nei termini assegnati, costituisce un potenziale pregiudizio per l'esito del contenzioso e una responsabilità disciplinare per il responsabile del servizio;
- f. raccolta e acquisizione delle relazioni tecniche, (ad esempio: descrizione e foto dei luoghi, conformità alla normativa vigente, obblighi manutentivi, ecc.) previa richiesta istruttoria da parte della U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno, cui i destinatari dovranno riscontrare nel termine

di 20 (venti) giorni dalla ricezione della richiesta. I direttori delle Unità Operative Complesse interessate sono responsabili del rispetto della suddetta tempistica e della completezza della documentazione trasmessa;

- g. acquisizione delle procedure/istruzioni operative adottate, eventuali riferimenti a linee guida/buone pratiche attinenti al caso;
- h. eventuali dichiarazioni testimoniali;
- i. eventuale trasmissione della documentazione raccolta alla Compagnia assicurativa e al broker.

Il CVS, inoltre, autonomamente o per il tramite delle opportune articolazioni organizzative dell’Azienda, può chiedere alla controparte l’estrazione dei dati presenti nei software gestionali di cui all’art. 2 comma 3 del DM 11 dicembre 2009, nonché nelle altre eventuali banche dati disponibili, comprese quelle del Casellario Centrale Infortuni a cui afferiscono le informazioni riversate dalle Compagnie Assicurative o dall’INAIL. Quest’ultima fattispecie rileva soprattutto nel caso di sinistri da infortuni sul lavoro o in itinere.

Al termine della fase istruttoria il fascicolo del sinistro deve contenere, oltre a quella raccolta nella fase preliminare, almeno la seguente documentazione:

Tutta la documentazione sanitaria relativa al soggetto in quanto assistito disponibile dagli archivi della struttura, quindi non limitata alle prestazioni assistenziali oggetto del sinistro (Sez. B lettera a);

Relazioni clinico-assistenziali degli esercenti la professione sanitaria coinvolti (Sez. B lettera d);

Tutta la documentazione prodotta in risposta all’informativa inviata alla controparte (Sez. B lettera b);

Elenco degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nell’evento (Sez. B vedi lettera c);

Evidenza della comunicazione nei loro confronti ai sensi del primo periodo dell’art. 13 della legge 24/2017 entro quarantacinque giorni dalla data di notifica dell’atto introduttivo (Vedi Art.2).

Relazioni tecniche (Sez. B lettera f)

Eventuali ulteriori documenti: relazione clinica dei Direttori UUOCCC coinvolti, le procedure/istruzioni operative, dichiarazioni testimoniali, documentazione raccolta dalla Compagnia assicurativa (Sez. B. lettere e, g, h, i).

Il passaggio alla fase successiva si concretizza con la trasmissione del fascicolo, mediante nota protocollata, dall’UOC Affari Generali e Controllo Interno ai soggetti incaricati della fase valutativa (medico legale CVS).

Allegata Tab 4

C. FASE VALUTATIVA

La fase valutativa costituisce il fulcro della gestione del sinistro e rappresenta l'ambito di precipua ed esclusiva pertinenza dello specialista in medicina legale e deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla trasmissione del fascicolo allo specialista medico- legale da parte della U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno. Si realizza nella redazione di un parere tecnico preliminare che non deve limitarsi allo sviluppo di argomentazioni difensive e confutative rispetto alla tesi dell'istanza risarcitoria, ma deve porsi l'obiettivo esplicito dell'emersione di potenziali criticità a carico dell'Azienda, motivando l'orientamento prevalente sull'effettivo rischio di soccombenza. Nella fase valutativa, pertanto, si svolgono gli accertamenti di carattere propriamente medico-legale circa:

- La realtà degli effetti dannosi lamentati e loro quantificazione;
- la sussistenza dei nessi di causa tra questi e le condotte o, più in generale, le prestazioni assistenziali sostenute – secondo criterio anche *ex post*;
- il giudizio rigorosamente *ex ante* sulle condotte/prestazioni causalmente efficienti, sul grado di diligenza, sull'osservanza delle raccomandazioni da linee guida applicabili e dei principi di buona pratica clinica, sull'esistenza di qualsiasi inadempimento che sia imputabile alla struttura e abbia avuto un ruolo causale nell'evento dannoso.

L'analisi della vicenda, in definitiva, valuta la fondatezza dell'istanza risarcitoria giudicando sulla presenza dei necessari presupposti giuridici, sul loro grado di evidenza, sulla dimostrabilità di opportuno giudizio controllattuale. Elementi ulteriori che possono essere presi in considerazione sono i profili di potenziale responsabilità dei singoli professionisti coinvolti, a seconda che risultino co-obbligati contrattualmente al pari della struttura nei confronti del danneggiato.

Gli strumenti operativi di cui si avvale lo specialista in medicina legale si possono così sintetizzare:

1. Approfondito esame documentale;
2. Consultazione del dato scientifico trattatistico consolidato e della letteratura di settore più aggiornata;
3. Valutazione della necessità di integrazioni documentali o di un confronto con specialisti esperti della materia in discussione, qualora il tenore delle contestazioni avanzate e il tema di fondo dell'istanza ne suggeriscano l'opportunità;
4. Visita medico-legale del soggetto danneggiato ove ritenuta necessaria e possibile. Si suggerisce di sottoporre a visite i casi complessi, con invalidità permanenti non stimabili con elevato grado di

verosimiglianza sulla base dell'esame della documentazione fornita dall'interessato o comunque raccolta. Nella convocazione formale può essere comunicata la possibilità di essere assistiti da un medico di fiducia e di produrre ulteriore documentazione di interesse (si veda la tipologia di documentazione richiesta alla controparte in fase istruttoria);

5. eventuale audizione degli operatori sanitari coinvolti e valutazione delle osservazioni e della documentazione dai medesimi presentata
6. acquisizione di eventuali pareri tecnico giuridici e medico legali prodotti - a proprie spese dai sanitari coinvolti e vagliati in sede di C.V.S.;
7. redazione della relazione medico legale, ad opera del componente C.V.S. specialista medico legale che deve contenere i seguenti elementi:
 - dati anagrafici e dati anagrafici ed identificativi della persona visitata;
 - dati identificativi del sinistro;
 - descrizione del fatto e sintesi documentale;
 - riepilogo e sintesi della eventuale documentazione prodotta dalla parte istante e di altra documentazione sanitaria e/ o amministrativa acquisita;
 - sussistenza di responsabilità sanitaria anche con individuazione di linee guida, procedure e protocolli di riferimento aziendale e regionale
 - nesso causale tra condotta ed eventuale danno;
 - quantificazione del danno (danno biologico temporaneo e permanente, nelle sue componenti statiche e dinamico relazionali, danno alla capacità produttiva; eventuale "perdita di chance"; eventuale danno differenziale con relativi baremes di riferimento);
 - parere sulla congruità delle spese sanitarie documentate;
 - parere sul rischio connesso alla definizione giudiziale del caso, considerando elementi diversi dalla condotta tecnico professionale quale ad esempio la gestione della documentazione sanitaria e del consenso;
 - valutazione delle eventuali osservazioni e della documentazione presentata dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti ai quali sono state inviate le comunicazioni ex art. 13 Legge n.24/2017, oppure dando atto che non sono pervenute osservazioni;

- nel caso in cui emergano elementi che rendano impossibile l'individuazione del personale coinvolto (ad es. in caso di infezione contratta nel corso di più ricoveri) ovvero nei casi in cui sia impossibile individuare la causa del sinistro, è necessario provare che è stata posta in essere ogni possibile azione all'interno dell'Azienda utile a tal fine, ivi inclusa la previsione di un accurato percorso di individuazione dell'esercente in modo da poter escludere che tale omissione sia il frutto di mera inerzia o comunque di inadeguatezza o insufficienza dell'azione amministrativa;
- valutazione del rischio di soccombenza, prendendo in considerazione anche la possibilità di suggerire l'opportunità di una conciliazione stragiudiziale, nell'ottica di contenimento della spesa. Tale rischio va graduato in tre categorie qualitative:

REMOTO: nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo rassicurante sull'an e cioè mostri: assenza di inadempimento, oppure condotte professionali, assistenziali ed organizzative in linea con le raccomandazioni e le buone pratiche, oppure infine mancata soddisfazione del nesso di causalità;

POSSIBILE: nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presti il fianco a riserve motivate, ancorché non del tutto fondate su elementi documentabili noti al momento della formulazione del parere;

PROBABILE: nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo non rassicurante sull'an e cioè mostri: presenza di inadempimento, oppure condotte professionali, assistenziali ed organizzative non conformi agli standard attesi, oppure infine accertata verifica della evitabilità dell'evento dannoso, con impossibilità di ricondurre l'inadempimento a fattori non imputabili alla prestazione oggetto di contestazione.

La relazione non deve limitarsi allo sviluppo di argomentazioni difensive e confutative rispetto alla tesi dell'istanza risarcitoria, ma evidenziare eventuali criticità di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo, nonché di tipo professionale (ad esempio relative all'osservanza di raccomandazioni, linee guida e/o buone pratiche eventualmente applicabili nel caso concreto), motivando l'orientamento prevalente sul rischio di soccombenza

Per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le indicazioni orientative delle Guide in uso in Italia, specie i documenti programmatici forniti dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano, privilegiando la guida accreditata dalla associazione scientifica nazionale di settore (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, SIMLA) e le

tabelle per i danni valutabili oltre le cosiddette micropermanenti, ovvero secondo le indicazioni della Tabella Unica Nazionale.

Per la determinazione e valutazione delle cosiddette lesioni micropermanenti, si utilizzano le specifiche tabelle di riferimento.

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

SINTESI:

Al termine della fase valutativa il fascicolo del sinistro deve contenere, oltre a quella raccolta nelle fasi precedenti, almeno la seguente documentazione:

- Relazione medico-legale;
- Eventuali consulenze specialistiche richieste dal Medico legale.

Il passaggio alla fase collegiale si concretizza con la trasmissione, tracciata, della relazione medico legale all'Ufficio competente.

Allegata Tab 5

D. FASE COLLEGIALE

Il completamento della fase valutativa consente la calendarizzazione del caso per la discussione collegiale in sede di seduta del CVS. Tutti i membri effettivi possono in qualsiasi momento prendere visione del fascicolo istruttorio e della relazione medico-legale depositati presso l'archivio dedicato. Nella seduta si discutono le relazioni medico-legali e ogni altro elemento ritenuto utile per ponderare il rischio di soccombenza, minimizzare l'impatto economico per la struttura, stabilire le riserve da appostare e definire la strategia di gestione del sinistro da proporre alla Direzione strategica.

Per la quantificazione dei danni potenzialmente risarcibili sono riferimenti imprescindibili il parere medico-legale e i criteri di liquidazione formalmente adottati e attuati presso i tribunali civili territorialmente competenti per l'eventuale contenzioso.

La stima preliminare dei costi e delle potenziali perdite spettano in prima istanza allo specialista medico-legale.

Ciascun componente del CVS ha pari diritti e può muovere osservazioni su qualsiasi ambito di gestione e valutazione, sia dal punto di vista amministrativo che scientifico e tecnico (clinico e giuridico), onde pervenire ad una sintesi condivisa circa la migliore gestione strategica del sinistro in esame.

Il componente che si trovi in una condizione personale, familiare o professionale tale da far sorgere un sospetto legittimo di conflitto di interessi con la controparte o con i sanitari direttamente coinvolti lo fa presente apertamente e si astiene dalla discussione e dalla formulazione del parere.

Il confronto collegiale si conclude con la definizione di un parere conclusivo o con il rinvio ad una successiva discussione per un approfondimento istruttorio e/o valutativo mirato.

Il rinvio dovrà essere chiaramente rappresentato e motivato nel verbale di seduta, esprimendo la natura degli ulteriori accertamenti richiesti ed esplicitando il termine previsto per gli stessi, calendarizzando la discussione nella prima seduta utile.

La verbalizzazione della seduta deve riportare una sintesi della fase espositiva e di discussione, compresi gli interventi dei partecipanti, le eventuali astensioni per palesato conflitto di interesse. Come anticipato al punto 8) di pagina 7, nel verbale andranno specificate le sezioni contenenti le considerazioni di tipo strategico-difensivo, in modo da consentirne l'agevole stralcio al fine di salvaguardare il diritto di difesa della struttura in caso di richiesta di accesso agli atti.

Il parere si forma a maggioranza dei componenti partecipanti e non in conflitto di interessi, verbalizzando pareri contrari/astensioni e le relative motivazioni.

Il parere potrà essere:

PARERE FAVOREVOLE alla liquidazione stragiudiziale o all'adesione alla proposta conciliativa. Indica la sussistenza di fondate e molteplici ragioni di opportunità nella promozione e concretizzazione di una soluzione transattiva entro un importo massimo quantificato in una somma monetaria onnicomprensiva rientrante all'interno della riserva comunque allocata, ovvero accettando uno scostamento. La scelta della transazione deve fondarsi su criteri di ragionevolezza, logicità e razionalità dell'azione, sulla valutazione tecnica del caso, sull'ammissibilità giuridica dell'istanza risarcitoria e sulla realistica probabilità di soccombenza in eventuale giudizio. In caso di parere favorevole, inoltre, in osservanza a quanto previsto dalla legge 24/2017, articolo 13, comma 1, l'Avvocato del CVS per la fase di apertura deve informare gli esercenti la professione sanitaria eventualmente coinvolti dell'avvio di trattative, con invito a prendervi parte, pena l'inammissibilità di una eventuale azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa nei confronti degli stessi, ove ricorrono i presupposti. In caso di esito del CVS la UOC Affari generali propone alla Direzione strategica l'adozione del provvedimento aggiornando il fascicolo e dando comunicazione alla controparte in merito alla soluzione transattiva.

Se la controparte accetta la decisione, l'UOC Affari Generali e Controllo Interno provvede all'aggiornamento del fascicolo del sinistro, includendovi tutti i documenti prodotti nella fase collegiale, compreso l'atto comprovante l'avvenuta liquidazione, procedendo così alla definitiva chiusura del sinistro, qualificato come "chiuso-liquidato".

Nel caso in cui, invece, la controparte non accetti l'accordo per una differente valutazione in merito alla sussistenza della responsabilità, del nesso di causalità o per una non componibile discrepanza nella quantificazione del danno, l'Avvocato del CVS trasmetterà copia di tutta la documentazione al difensore nominato dalla struttura.

RIGETTO: indica l'assenza di ragioni di opportunità strategica nella promozione di una soluzione transattiva per il sinistro. Si deve fornire riscontro del rigetto alla controparte. Il valore eventualmente apposto a riserva va azzerato. Si suggerisce di lasciare il sinistro "aperto" seppur con riserva azzerata e, dopo almeno quattordici mesi di inattività, considerarlo come "chiuso senza seguito" (vedi punto 3). Nel caso di strutture prive di copertura assicurativa, per il sinistro rigettato deve essere definito comunque un importo che va appostato nel fondo riserve, quantificandolo come accantonamento tecnico nel caso di eventuali risarcimenti futuri.

CHIUSURA DEL SINISTRO SENZA SEGUITO: si attua quando, trascorsi almeno quattordici mesi dall'apertura del sinistro, non essendo intervenuti fatti nuovi nell'evoluzione dello stesso e non essendo state ricevute sollecitazioni dalla controparte aggiuntive rispetto all'originaria formulazione dell'istanza risarcitoria, a dispetto del giudizio di soccombenza e della valutazione dell'entità del danno comunque stimati, il sinistro viene archiviato con conseguente azzeramento della riserva allocata. Nel caso di nuovi atti formali della controparte successivi al termine dei quattordici mesi, la riserva va riattivata.

RINVIO: si tratta della circostanza in cui, nonostante si disponga di un parere tecnico medico-legale e della documentazione completa, il parere viene rinviato a causa della mancata costituzione di una maggioranza nell'orientamento da assumere o su espressa richiesta di un ulteriore approfondimento della posizione da parte di uno dei componenti del CVS.

Al termine della fase collegiale il fascicolo del sinistro deve contenere, oltre a quella raccolta nelle fasi precedenti, almeno la seguente documentazione:

- Parere collegiale del CVS e documentazione ad esso inerente (ad esempio: provvedimento di liquidazione, riscontro alla controparte, accettazione o rifiuto della proposta transattiva, ecc.);
- Evidenza della comunicazione ai sensi del secondo periodo dell'art. 13 della legge 24/2017 entro quarantacinque giorni dalla data di avvio delle trattative stragiudiziali.

Allegata Tab 6

3.1 Tempi per la definizione del sinistro

Entro 12 mesi dalla data di apertura del sinistro da parte della U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno si dovrà pervenire ad una proposta di definizione (risarcimento/reiezione).

Nei casi di sinistri particolari e complessi che richiedono tempi d'istruttoria maggiori tale periodo può essere prorogato - con motivazione scritta - fino a 18 mesi.

I termini di cui sopra sono sospesi nel caso in cui il paziente o il suo legale non diano positivo riscontro alle richieste avanzate da parte dell'Azienda, come, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: la mancata produzione di documentazione in possesso del paziente, la mancata presentazione alla visita medico-legale da parte del danneggiato ovvero la mancata stabilizzazione dei postumi della lesione.

Il predetto termine, inoltre, può essere sospeso, nei casi in cui si ritenga opportuno attendere l'esito di eventuali indagini disposte dalla Magistratura.

4. GESTIONE DEI CASI GIUDIZIALI

Nel caso in cui si intraprenda il percorso giudiziale, il C.V.S., dovrà garantire una tempestiva e completa attività di confronto e raccordo con il difensore nominato dall'Azienda e /o dalla compagnia assicurativa, garantendo a quest'ultimo la piena conoscenza dei fatti e convocandolo alle riunioni per la discussione collegiale e la condivisione delle scelte difensive nell'intero corso del giudizio.

Anche nel corso del giudizio si può verificare l'opportunità di una scelta transattiva in base agli stessi criteri affermati in precedenza, per cui il C.V.S. provvederà a formulazione di idoneo parere.

Al fine di garantire una difesa efficace e completa, il C.V.S., per il tramite del Medico Legale, si raccorda e collabora, durante l'intero corso del giudizio, anche con il consulente tecnico di parte designato dalla Azienda.

5. QUANTIFICAZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE RISERVE

A norma dell'art. 10 comma 6 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 l'ASL Latina ha istituito nel proprio bilancio due fondi:

1. **FONDO RISERVA SINISTRI:** con appostazione in bilancio della messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati;
2. **FONDO RISCHI:** con appostazione in bilancio di somme relative.

Con cadenza periodica, possibilmente in una seduta speciale dedicata, il CVS esamina l'andamento dei due fondi, alla luce dell'evoluzione dei sinistri per singola annualità e, in particolare, procede a:

- a. Azzerare la riserva di sinistri chiusi perché: Liquidati; Senza seguito; Respinti;
- b. Aggiornare il fondo riserva sinistri per i sinistri aperti il cui giudizio di soccombenza sia variato;

- c. Aggiornare la riserva di sinistri aperti sulla base di rivalutazioni tecniche, medico-legali, giuridiche o anche solo di opportunità;
- d. Aggiornare la posizione di eventi già censiti nel fondo rischi, ma nel frattempo tramutati in sinistri e spostare la quota allocata a loro copertura dal fondo rischi al fondo riserva sinistri.

La stima da porre a riserva nel fondo è quella definita in base alla valutazione del CVS, indipendentemente dalla richiesta della controparte o della valutazione della Compagnia, ove presente. Ai fini dell'imputazione della riserva per ciascun sinistro, indipendentemente dall'annualità di generazione di questi, non va calcolato il potenziale recupero di quote derivanti dall'esercizio dell'azione di rivalsa, perché non determinabile nel *quantum*.

6. RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA

Per gli esercenti le professioni sanitarie delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche, la responsabilità amministrativa è normata dal comma 5 dell'art. 9 della legge 24/2017. La responsabilità amministrativa può essere applicata solo per i fatti successivi al primo aprile 2017, data di entrata in vigore della legge 24/2017 e:

- è preclusa se non si è ottemperato a quanto previsto dall'articolo 13 della legge 24/2017;
- può essere esercitata dal pubblico ministero della Corte dei conti solo in caso di dolo o di colpa grave;
- il limite massimo dell'azione è pari al triplo della retribuzione linda annuale dell'esercente.

La legge 24/2017 ha introdotto l'obbligo per i professionisti sanitari di stipulare contratti assicurativi individuali per la responsabilità da colpa grave.

Le azioni di responsabilità amministrativa possono essere esercitate dalla struttura anche nei confronti di chi gestisce le richieste risarcitorie.

6.1 Obbligo di denuncia alla Corte dei Conti

L'obbligo di denuncia alla Procura regionale presso la Corte dei conti non riguarda solo l'ambito sociosanitario, ma in generale tutti i fatti dannosi per il pubblico erario. Attraverso la segnalazione si realizza la necessaria collaborazione tra Amministrazioni pubbliche, anche in considerazione dell'art. 1 c. 3 della legge 20/94, che riconnega alla mancata segnalazione con conseguente prescrizione, una autonoma fattispecie di danno erariale.

Il presupposto per la segnalazione, quindi, è costituito dal verificarsi di un fatto dannoso per la finanza pubblica. Perché sorga l'obbligo di segnalazione, tuttavia, è necessario che la notizia di danno sia

“specifica e concreta”, con ciò escludendo tutti quei fatti che abbiano solo una potenzialità lesiva, che comunque vanno attentamente vigilati dalle amministrazioni. Non solo, dunque, deve essersi verificato l’evento produttivo del danno, ma ne deve anche essere seguito l’effettivo pregiudizio patrimoniale. Andranno quindi comunicati alla procura regionale:

- Tutti i casi di danni liquidati a terzi, sia nell’ambito delle polizze RCT/O per la parte sotto franchigia o SIR, sia nell’ambito di eventuale ritenzione totale del rischio assicurativo;
- Sentenze passate in giudicato con le quali la Struttura sia stata condannata a risarcire un danno a terzi.

L’obbligo di denuncia è demandato all’Avvocato Coordinatore del C.V.S.

L’accertamento della colpevolezza e della sua gravità è in capo alla Corte dei Conti.

6.2 Contenuto della denuncia

La denuncia deve contenere:

- Una precisa e documentata esposizione dei fatti e delle violazioni commesse;
- L’importo liquidato in favore del danneggiato (e/o dei suoi eredi) ovvero l’importo oggetto della condanna.

La denuncia, inoltre, dovrà essere accompagnata da ogni documentazione utile alla sua valutazione da parte della Procura regionale. In particolare, è necessario che dalla documentazione si possa desumere il percorso seguito dalla struttura nella liquidazione del danno, specificando le motivazioni, i criteri e le modalità di calcolo utilizzate per pervenire alla quantificazione della somma liquidata. Si suggerisce, pertanto, che la denuncia sia accompagnata dalla documentazione di seguito specificata:

1. Relazione, anche schematica, nella quale indicare:

- Breve descrizione dell’evento;
- Motivazioni che hanno portato al risarcimento;
- Liquidazione avvenuta a seguito di sentenza o di transazione;
- Esistenza di procedimenti giudiziari e/o disciplinari nei confronti dei responsabili, indicandone, se possibile, gli esiti;
- Atto di liquidazione, specificando se si tratta di importo in autoritenzione totale o parziale (SIR) del rischio o in franchigia;
- Se siano state effettuate le comunicazioni ex articolo 13 legge 24/2017;

- Se la struttura abbia avviato azioni di messa in mora nei confronti dei professionisti.
 - Ogni altra indicazione ritenuta di rilievo e utile per consentire alla Procura contabile l'esame della sussistenza degli elementi idonei a configurare la responsabilità amministrativa degli esercenti la professione sanitaria;
2. Verbali del CVS;
 3. Relazioni medico-legali redatte da medici incaricati dalla struttura, da medici incaricati dalla Compagnia ovvero dall'Autorità Giudiziaria come CTU;
 4. Eventuali sentenze definitorie del giudizio.

6.3 Tempi per la denuncia e la messa in mora

Le denunce devono essere fatte tempestivamente dalla UOC Avvocatura e comunque in tempo utile a evitare la decorrenza dei termini di prescrizione. Il tema è da mettere in relazione anche alla necessità di mettere in mora i dipendenti coinvolti nell'evento. Infatti, la pubblica amministrazione denunciante ha l'obbligo “di porre in essere tutte le iniziative necessarie per evitare l'aggravamento del danno, intervenendo ove possibile in via di autotutela o comunque adottando gli atti amministrativi necessari ad evitare la continuazione dell'illecito e a determinarne la cessazione”. Al riguardo è possibile prevedere due diverse evenienze:

- La Avvocatura provvede alla segnalazione alla Corte dei conti contestualmente alla liquidazione dell'importo a terzi: in questo caso viene meno la necessità di messa in mora dei dipendenti in quanto non viene alterato il periodo di prescrizione sopra citato;
- L'Avvocatura provvede alla segnalazione contestualmente alla liquidazione: in questo caso l'esigenza di mettere in mora il dipendente è legata all'interruzione della prescrizione. Naturalmente, in questo caso, l'atto di messa in mora dovrà essere allegato alla documentazione inerente al caso.

Le comunicazioni ex articolo 13 della legge 24/2017, non sono di per sé sufficienti ai fini dell'interruzione della prescrizione. Solo all'esito dell'avvenuto pagamento si potrà informarli della possibile azione di responsabilità amministrativa.

7. LOSS ADJUSTER

Il Loss adjuster, in ragione di una visione trasversale, supervisiona ogni fase del sinistro, dall'apertura fino alla liquidazione, fornendo una puntuale e tecnica attività di istruttoria e di quantificazione del

danno oltre a gestire, sulla base di criteri oggettivi, tutte le relazioni con gli stakeholder coinvolti nel processo.

Nella fase di quantificazione in particolare il Loss Adjuster effettua in confronto delle perizie medico legali e l'analisi economica che prende in considerazione tutti i possibili danni sofferti dal ricorrente (biologici, morali, patrimoniali etc.), nonché la responsabilità alla quale imputarli, riportando quanto in oggetto al CVS.

Nella fase di negoziazione l'attività del Loss Adjuster si concretizza mediante l'utilizzo di un modello scientifico che ha la finalità di garantire equilibrio e soddisfazione con processi celeri che si basano su una adeguata raccolta dei dati.

In questo senso il Loss Adjuster diviene il volto dell'Azienda in relazione alle parti con cui si interagisce fornendo anche inattaccabili valori etici che devono caratterizzare i processi.

Ove il CVS indirizzi il sinistro a risarcimento, il Loss Adjuster esamina il caso clinico esprimendo il suo parere.

8. ENTRATA IN VIGORE E MODIFICA DEL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento è approvato e adottato con Deliberazione del Direttore Generale ed entra in vigore e a decorrere dalla data di adozione dell'atto deliberativo e sostituisce integralmente il precedente Regolamento aziendale.

È soggetto a revisione periodica, che verrà assunta dal C.V.S. all'unanimità e deliberata dal Direttore Generale. Il suddetto atto deliberativo sarà notificato a tutti i membri del C.V.S. a cura della Segreteria del C.V.S.

9. DISPOSIZIONI FINALI

Per tutti gli aspetti non compiutamente disciplinati nel presente regolamento, si rinvia alle disposizioni normative vigenti in materia.

Del presente Regolamento viene data pubblicità ed informazione mediante affissione all'Albo pretorio e on line sul sito aziendale.

Allegati:

- Tab 1 Comunicazioni ex Art 13
- Fase preliminare: Modulistica richiesta di risarcimento professionista
- Tab 2 ammissibilità della richiesta
- Tab 3 Apertura fascicolo
- Tab 4 Fase istruttoria
- Tab 5 Fase valutativa
- Tab 6 Fase collegiale
- Tab 7 check list CVS
- Allegato 8 Parere valutativo interno CVS
- Allegato 9 Caratteristiche relazione medica

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

Tab. 1 Comunicazioni ex art. 13 Legge n. 24/2017	Affari generali	Avvocatura	CVS	Risk Manager
Comunicazione iniziale professionista coinvolto	R	I	I	I
Comunicazione avvio trattative extra-giudiziali	R	I	I	I
Instaurazione del giudizio	I	I	R	I
Chiarimento dei fatti	R	I	I	I

Fase preliminare: Modulistica richiesta di risarcimento professionista	
UOC	Anagrafica paziente
Caratteristiche evento	Data ricezione
Note	Firma

Tab 2 Ammissibilità della richiesta	Affari generali	Avvocatura	Rischio clinico
Completezza richiesta	R	R	I
Ammissibilità	R	R	I
Se inammissibilità	R	R	I

Tab 3 Apertura fascicolo	Affari generali	Avvocatura	Rischio clinico
Apertura fascicolo	R	I	I
Informativa alla controparte	R	I	I
Richiesta inoltro documentazione clinico sanitaria della controparte	R	I	I
Segnalazione alla compagnia se presente	R	I	I
Comunicazione Direzione medica con richiesta documentazione	R	I	I

Tab 4 Fase istruttoria	Affari generali	Avvocatura	CVS	Rischio clinico
Acquisizione documentazione sanitaria aziendale	R	I	I	I
Acquisizione documentazione sanitaria controparte	R	I	I	I
Richiesta individuazione professionisti coinvolti	R	I	I	I
Raccolta e acquisizione relazioni cliniche professionisti aziendali	R	I	I	I
Trasmissione documentazione alla Compagnia se presente e al Broker	R	I	I	I

Tab 5 Fase valutativa	Affari generali	Avvocatura	CVS	Medico legale	Rischio clinico
Esame documentale	C	C	C	R	R
Consultazione letteratura e dati scientifici	I	I	I	R	R
Necessità integrazioni documentali	I	I	I	R	R
Visita medico legale	I	I	I	R	R
Audizione sanitari coinvolti	I	I	I	R	R
Acquisizione di Pareri	I	I	I	R	R
Redazione medico legale	I	I	I	R	R

Tab 6 Fase collegiale	Affari generali	Avvocatura	CVS	Medico legale	Rischio clinico
Discussione collegiale	R	R	R	R	R
Parere conclusivo	R	R	R	R	R
Rinvio seduta	R	R	R	R	R
Verbalizzazione	R	R	R	R	R
Avvio fase transattiva	I	R	I	I	I
Invio esito alla Direzione strategica	R	I	I	I	I
Rigetto sinistro	R	R	R	R	R
Rinvio	R	R	R	R	R
Chiusura sinistro senza seguito	R	R	R	R	R

Tab 7: CHECK LIST COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Sinistro: _____

Anno evento**Presidio ospedaliero e reparto****Danno****An** .**Nesso causalità****Valutazione tabellare****Rischio di soccombenza****Relazione tecnico - clinica del sanitario****Dolo e Colpa grave**

Allegato 8

PARERE VALUTATIVO INTERNO CVS del				
NUMERO SINISTRO:	numero/anno			
ASSICURAZIONE:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> BH <input type="checkbox"/> AmTrust	<input type="checkbox"/> Sotto SIR <input type="checkbox"/> Sopra SIR	
STRUTTURA/ REPARTO:				
DANNEGGIATO (ETÀ):				
DIAGNOSI:				
TIPO RELAZIONE:	<input type="checkbox"/> Relazione su atti <input type="checkbox"/> Relazione + Visita			
		Data Visita: ____/____/____		
PROCEDIMENTO:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input checked="" type="checkbox"/> Penale <input type="checkbox"/> Civile		
PARERE ASSICURAZIONE:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Redatta da:	•	
RELAZIONE SANITARI COINVOLTI:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Redatta da:	•	
RELAZIONE SPECIALI- STICA INTERNA:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Redatta da:	•	
RELAZIONE M.L. DI PARTE:	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Redatta da:	•	
TIPO DI PARERE:	<input type="checkbox"/> Definitivo			
	<input type="checkbox"/> Provvisorio			

DOCUMENTAZIONE:

SANITARIA:	•
NON SANITARIA:	•
MANCANTE:	•

VICENDA SANITARIA ESAMINATA:

BREVE SINTESI:	
RICOSTRUZIONE CRONOLOGICA:	

CONTESTAZIONI DI CONTROPARTE IN PUNTO RESPONSABILITÀ
PROFILI DANNO LAMENTATI

- Danno morte (eredi)
- Danno biologico del _non quantificato_%
- Danno differenziale _____ %
- Danno perdita del diritto all'autodeterminazione
- Perdita/Riduzione di Chances nella misura del _____ %

RELAZIONI DEI SANITARI		
NOME DEL SANITARIO:	QUALIFICA:	SINTESI DELLA RELAZIONE

RELAZIONE COMPAGNIA:

CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI IN PUNTO RESPONSABILITÀ

CONSIDERAZIONI STRATEGICO DIFENSIVE

PROFILO DANNO RICONOSCIBILI:	
<input type="checkbox"/> Assenza di responsabilità <input type="checkbox"/> Danno morte <input type="checkbox"/> Danno biologico del _____ % <input type="checkbox"/> Danno differenziale _____ % <input type="checkbox"/> Danno perdita del diritto all'autodeterminazione <input type="checkbox"/> Perdita/Riduzione di Chances nella misura del _____ %	<input type="checkbox"/> ITA: _____ giorni <input type="checkbox"/> ITP: _____ giorni

EVENTUALI ALTRI INDENNIZZI PERCEPITI (INAIL, INPS, RCA, Polizze Private ...):
RISCHIO DI SOCCOMBENZA
 Remoto Possibile Probabile

GIUDIZIO COLLEGIALE CONCLUSIVO:

<input type="checkbox"/> Parere Favorevole	<input type="checkbox"/> Rigetto	<input type="checkbox"/> Maggioranza (punti di disaccordo)	<input type="checkbox"/> Unanimità
<input type="checkbox"/> Chiusura sinistro senza seguito	<input type="checkbox"/> Rinvio		

TIPO DI RELAZIONE	<input type="checkbox"/> Relazione Definitiva <input type="checkbox"/> Relazione Provvisoria
--------------------------	--

DOCUMENTI NECESSARI PER LA COMPILAZIONE DELLA RELAZIONE DEFINITIVA:

- Richiesta ulteriore documentazione alla Controparte (specificare)
- Richiesta relazione dei sanitari coinvolti
- Richiesta relazione di parte
- Richiesta visita
- Richiesti ulteriori accertamenti (specificare)
- Richiesto supporto specialistico
- Altro (Parere BH)

INDIVIDUAZIONE SANITARIO AI SENSI ART.13 LG. 24/2017	
---	--

Data

Firma

Allegato 9

Oggetto: caratteristiche relazione medica contenzioso per sospetta malpractice

In ragione della assoluta necessità di costruire un processo di garanzia a difesa in caso di sospetta malpractice medica si danno indicazioni sulle modalità di redazione della relazione medica della struttura\e coinvolte nella gestione del caso clinico:

- La relazione deve essere assolutamente esaustiva riguardo a tutta l'epicrisi di gestione del caso clinico entrando appunto nel merito delle circostanze che hanno ispirato il contenzioso.
- Il rispetto delle evidenze scientifiche deve essere la base di architettura della relazione medica per giustificare l'epicrisi gestionale del caso clinico.
- Particolare rilievo alla esistenza di nesso di causalità tra l'esito e la gestione clinico diagnostico terapeutica.
- Particolare rilievo alle notizie anamnestiche, alle attività diagnostiche ed al percorso terapeutico
- Se necessario la UOC Rischio clinico è disponibile ad ulteriori richieste in merito alle caratteristiche della relazione