

**REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL COMITATO
AZIENDALE VALUTAZIONE SINISTRI (C.A.V.S.) DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA
LOCALE DI RIETI**

Art. 1.

Fonti

- Deliberazione aziendale n. 69/DG dell'11.02.2015 avente ad oggetto la costituzione del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) e la nomina dei componenti;
- Determinazione del 02.07.2014 n. G09535 della Regione Lazio inerente le *"Linee guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)"* B.U.R Lazio n. 58 Suppl. 1 del 22.07.14;
- Atto Aziendale pubblicato sul BUR Lazio n. 33 S.O. n. 1 del 23.04.2015.

Art. 2

Organizzazione e funzionamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri

Il presente regolamento concerne l'organizzazione ed il funzionamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti, nonché il procedimento per l'istruzione, definizione e quantificazione dei sinistri con danno alla persona per responsabilità medico/sanitaria e civilistica, in regime assicurativo per RTC/O nonché del contenzioso in essere.

Art. 3

Finalità

La trattazione, gestione e definizione di ogni sinistro con danno alla persona per responsabilità medico/sanitaria e civilistica rappresenta lo strumento con il quale l'Azienda Usl di Rieti, attraverso l'istituzione dell'apposito Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, persegue l'obiettivo fondamentale di minimizzare l'impatto economico dei sinistri sul bilancio aziendale e di analizzarli anche in un'ottica preventiva finalizzata all'adozione di idonee misure volte ad evitare il ripetersi degli stessi.

A tal fine l'Azienda Usl di Rieti utilizza il supporto tecnico, oltre che del proprio Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) anche:

- a) di quello regionale (C.R.V.S.), secondo criteri e modalità di cui alla determinazione del 02.07.2014 n. G09535 della Regione Lazio inerente le *"Linee guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)"* B.U.R Lazio n. 58 Suppl. 1 del 22.07.14;

- b) di quello della Società di brokeraggio e della Compagnia Assicurativa per i contratti in essere con l'Azienda per la RTC/O.

Art. 4

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.)

Per il raggiungimento degli obiettivi e le finalità di cui al precedente art. 3, con Deliberazione n. 69/DG dell'11/02/2015 l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti ha istituito il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.). Tale organo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, esprime pareri obbligatori ma non vincolanti sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'Azienda. E' uno degli organismi aziendali ed è posto in staff alla Direzione Aziendale di cui ne persegue le direttive agendo con autonomia tecnico – organizzativa.

Esso svolge le seguenti attività:

- a) valuta i sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;
- b) individua una strategia condivisa di gestione dei sinistri;
- c) valuta l'impatto economico dei sinistri;
- d) 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 all'adozione di idonee misure volte ad evitare il ripetersi degli stessi;
- e) persegue le eventuali indicazioni consultive/propositive che dovessero provenire da organismi regionali istituiti per analoghe finalità, in particolare dal Comitato Regionale Valutazione Sinistri (C.R.V.S.);
- f) formula il proprio parere e/o la propria proposta di definizione dei sinistri da sottoporre alla Direzione Aziendale per le necessarie e conseguenti evidenze esterne.

Art. 5

Composizione

Il C.A.V.S. è composto dalle seguenti professionalità, con previsione del membro supplente:

- 1) Dirigente Aziendale Affari Generali e Legali, dipendente dell'Azienda, avente anche funzione di Coordinatore;
- 2) Responsabile Aziendale Risk Management, dipendente dell'Azienda;
- 3) Dirigenti Avvocati dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, giusta convenzione, assunta con Deliberazione Azienda Usl Rieti n. 27/DG del 30.01.2015;
- 4) Medico Legale, dipendente dell'Azienda;
- 5) Dirigente Direzione Medica Ospedaliera, dipendente dell'Azienda;
- 6) Rappresentante della società di Brokeraggio;

7) Rappresentante del loss adjuster per conto della compagnia di assicurazione nell'ambito della trattazione dei sinistri ricadenti nella polizza assicurativa afferente ai sinistri da trattare.

Le funzioni di segreteria sono garantite dal personale afferente alla Struttura Affari Generali e Legali.

La nomina, la revoca e l'integrazione del personale dipendente componente il C.A.V.S. è disposta dal Direttore Generale con proprio provvedimento.

Per la trattazione di casi di particolare complessità e/o rilevanza economica il C.A.V.S. può chiedere, motivatamente, alla Direzione Generale dell'Azienda di avvalersi, anche a titolo oneroso, di specifiche e peculiari professionalità esterne, individuate con criteri di competenza, qualora quelle necessarie non siano presenti nell'ambito dell'Azienda Usi di Rieti. In tal caso gli oneri dei compensi, preventivamente concordati sulla base dei parametri delle tariffe libero professionali, sono in capo all'Azienda Usi di Rieti.

Il componente del C.A.V.S. che si trovi in dichiarato o palese conflitto d'interesse è tenuto ad astenersi dal partecipare alla seduta e sottoscrivere il relativo verbale.

Art. 6

Attribuzioni del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri

Il C.A.V.S. valuta e definisce iter, forma e modalità di trattazione più vantaggiosa delle richieste risarcitorie di eventuali danni alla persona per le quali la Direzione dell'Azienda è chiamata ad assumere le proprie determinazioni in fase stragiudiziale o di contenzioso.

Il C.A.V.S. dell'Azienda, avuto riguardo dei criteri e delle modalità di cui alle *"Linee guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)" - B.U.R Lazio n. 58 Suppl. 1 del 2207.14* – a fronte di proposte di transazioni di valore, determinato allo stato, uguale o superiore ad €. 300.000,00, chiede, obbligatoriamente, parere, non vincolante, al Comitato Regionale Valutazione Sinistri (C.R.V.S.). Il C.A.V.S. dell'Azienda ha facoltà di chiedere al C.R.V.S. un parere, non vincolante, anche per sinistri di particolare delicatezza e complessità, comunque per importi non inferiori ad €. 100.000,00.

La richiesta di parere al C.R.V.S. in entrambi i casi deve essere preceduta dall'espletamento dell'istruttoria da parte del C.A.V.S. e nei casi di valore tra €. 100.000,00 ed €. 300.000,00 deve essere accompagnata anche dalla chiara esplicitazione degli eventi di complessità, che rendono opportuno l'intervento del C.R.V.S.

Art. 7

Attività del Comitato, convocazioni e validazione delle sedute.

Il C.A.V.S. si riunisce con regolare periodicità. Le sedute sono fissate dal Coordinatore a seconda delle esigenze aziendali, possibilmente, almeno due volte al mese. Su indicazioni del Coordinatore del C.A.V.S. la segreteria, composta dal personale afferente alla Struttura Affari Generali e Legali, comunica (via mail o telefonicamente) ai Componenti del C.A.V.S. le circostanze della riunione possibilmente almeno 5 giorni prima della data stabilita.

Le riunioni del C.A.V.S. si svolgono in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo.

Le sedute del C.A.V.S. non sono pubbliche in quanto vengono trattati dati ultrasensibili che impongono il rigoroso rispetto della privacy a norma del D. Lgs. 30.06.2003 n. 196 e ss.mm.ii.

Al termine della seduta il C.A.V.S., possibilmente, si autoconvoca per quella successiva.

Di tutte le sedute del C.A.V.S. viene redatto un sintetico verbale, in cui viene dato atto della presenza dei componenti, dei casi trattati e delle determinazioni assunte collegialmente.

Le riunioni sono ritenute valide con la presenza di tutti i componenti.

La validazione delle sedute richiede la presenza e la sottoscrizione del verbale da parte di tutti i componenti partecipanti alla riunione.

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

Il Componente titolare del C.A.V.S. in caso di assenza deve, tempestivamente, darne comunicazione al proprio sostituto, ai fini della sua partecipazione alla riunione.

Art. 8

Attività di segreteria

L'attività di segreteria del C.A.V.S. è svolta da personale afferente alla Struttura Affari Generali e Legali.

La segreteria svolge le attività di carattere amministrativo, in particolare:

- provvede all'acquisizione dei fascicoli da trattare in sede di C.A.V.S.;
- esamina la completezza dell'istruttoria di cui ai fascicoli acquisiti;
- predispone la convocazione della seduta con il relativo ordine del giorno;
- provvede, congiuntamente al Broker, alla stesura del verbale delle sedute;
- provvede a trasmettere copia del verbale ai componenti del C.A.V.S.;
- trasmette alla Direzione Aziendale le determinazioni assunte dal C.A.V.S. per le necessarie e conseguenti evidenze esterne;

- cura la stesura dell'atto deliberativo che ripercorre le fasi del processo di gestione del sinistro, in caso di definizione transattiva dello stesso;
- cura la stesura delle denunce alla Corte dei Conti per danno erariale ed i conseguenti adempimenti;
- compila il modello di report per comunicazione riepilogativa all'Autorità Regionale dei fatti che hanno formato oggetto di segnalazione alla Corte dei Conti (di cui all'All. n. 5 delle Linee Guida Regionali);
- cura il riscontro delle istanze di accesso agli atti della documentazione di cui ai fascicoli acquisiti dal C.A.V.S.;
- aggiorna i flussi informativi di cui al seguente art. 10.

Art. 9

Procedura e fasi

L'attività del C.A.V.S. dell'Azienda Unità Sanitaria di Rieti si esplica attraverso le seguenti procedure e fasi:

A) Apertura sinistro

Il procedimento per la gestione stragiudiziale dei sinistri è avviato, nel rispetto dei termini e delle condizioni di polizza assicurativa RCT/O, di norma, entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta con una delle seguenti modalità:

- istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali, ovvero organismi di mediazione;
- avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore, in conseguenza di un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
- sequestro cartella clinica.

B) Preliminare

La fase preliminare deve concludersi, nel rispetto dei termini e delle condizioni di polizza assicurativa RCT/O, di norma, entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta (Affari Generali e Legali).

Essa è volta all'acquisizione della documentazione legale - amministrativa ed all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante attraverso le seguenti attività:

- a) ricezione delle richieste risarcitorie e/o altro atto di impulso del procedimento;
- b) iscrizione del sinistro nel data base;
- c) verifica amministrativa di forma e completezza (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc..) della richiesta di risarcimento;
- d) inoltro formale di tale richiesta al Broker e alla Compagnia di assicurazione, secondo le modalità previste dai contratti;

- e) valutazione dell'ammissibilità della richiesta di risarcimento, per il tramite del Broker e della Compagnia di assicurazione;
- f) acquisizione della presa in carico della richiesta di risarcimento;
- g) informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro con la trasmissione del modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;
- h) acquisizione da parte degli Affari Generali e Legali dell'informativa sull'eventuale copertura assicurativa personale dell'operatore coinvolto nel sinistro, dal momento che "l'Assicurato" è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli "assicuratori interessati", nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 c.c., terzo comma.

C) Istruttoria

La fase istruttoria deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase preliminare e si esplica attraverso le seguenti attività (Affari Generali e Legali e Direzione Medica Ospedaliera);

- a) raccolta della documentazione sanitaria, comprensiva della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica compresa quella iconografica, nonché di eventuali pareri medico legali e di ogni altro elemento ritenuto utile per la valutazione del sinistro e del danno alla persona;
- b) richiesta/acquisizione relazione del personale sanitario coinvolto;
- c) trasmissione della documentazione raccolta alla Compagnia di assicurazione e al Broker.

D) Peritale/Accertativa

La fase peritale/accertativa deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria (Medico Legale, componente del C.A.V.S.):

- a) analisi della documentazione acquisita;
- b) eventuale visita medico legale del richiedente;
- c) relazione medico legale di sintesi;
- d) acquisizione di eventuali pareri tecnico-giuridici e medico legali prodotti (a proprie spese) dai sanitari coinvolti ed obbligatoriamente vagliati in sede di C.A.V.S.;
- e) verifica attraverso check list della completezza della fase accertativa/peritale (all. 1), redatta tenuto conto del modello allegato sub. 2 alle Linee Guida Regionali.

E) Propositiva

La fase propositiva deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase precedente (C.A.V.S.).

Il C.A.V.S., acquisiti gli elementi dell'istruttoria e della fase accertativa/peritale (nonché la relazione medico-legale del professionista fiduciario della Compagnia di Assicurazione, oltre alla eventuale richiesta di autorizzazione a transigere il sinistro a termine di Polizza RCT/O), procede a

definire il sinistro affrontando, collegialmente, la disamina dello stesso, eventualmente anche in presenza degli operatori coinvolti, avuto riguardo dei criteri di seguito individuati:

- a) sussistenza della responsabilità (*an debeatur*);
- b) determinazione della percentuale del danno biologico (*quantum debeatur*).

Il C.A.V.S., per la determinazione e valutazione medico legale percentuale del danno biologico e dell'invalidità permanente, assume a criterio di riferimento, comparativo, le indicazioni orientative delle Guide e Tabelle esistenti (SIMLA; Luvoni Mangili Bernardi; INAIL, etc.) in Italia ed eventualmente in sede europea.

Il C.A.V.S., per la determinazione e valutazione delle c.d. micropermanenti, utilizza le tabelle di cui al decreto del Ministro della salute del 3 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell' 11 settembre 2003, n. 211, recante "*Tabella delle menomazioni all'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità*".

Il C.A.V.S. adotta i predetti criteri di valutazione, avuto riguardo di eventuali aggiornamenti intervenuti da parte di Società scientifiche e da successive modificazioni normative di legge, ordini e regolamenti, dandone atto nel verbale della prima seduta utile.

Per la determinazione della liquidazione del danno biologico e morale, il C.A.V.S. farà riferimento ai coefficienti delle tabelle d'invalidità permanente in vigore presso il Tribunale Ordinario di Milano, avuto riguardo agli aggiornamenti e successive modificazioni normative e di legge.

La conclusione della fase propositiva si riassume nello schema seguente:

- sinistro da non liquidare stragiudizialmente, ma per il quale si ritiene utile suggerire una quantificazione del danno, in vista dell'eventuale instaurando giudizio;
- sinistro – allo stato – da respingere;
- sinistro da liquidare stragiudizialmente con indicazione dell'importo massimo di risarcimento.

Laddove la richiesta del danneggiato fosse superiore a tale importo, potrebbe essere conveniente affrontare il giudizio confidando – sulla base di valutazioni *ex se* dei dati acquisiti – in un esito meno oneroso. Se del caso il sinistro potrà essere oggetto di approfondimento tramite audit interno.

La Transazione proposta collegialmente dal C.A.V.S. deve rispondere ai criteri di :

1) ragionevolezza, logicità e razionalità;

2) rispondenza alla missione dell'Ente;

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 e degli orientamenti giurisprudenziali.

La Direzione Aziendale, acquisita dal C.A.V.S., per il tramite del Coordinatore che lo rappresenta, la proposta transattiva formulata collegialmente e di cui al verbale della riunione, in ossequio alle Linee Guida Regionali, ne può condividere o meno i contenuti con la riserva di indicare al C.A.V.S. motivi e misure dei margini di scostamento di una eventuale rideterminazione della transazione proposta. La Direzione Aziendale, in ossequio alle Linee Guida Regionali, qualora lo ritenga necessario, da mandato al C.A.V.S., per il tramite degli Affari Generali e Legali, di informare della proposta il personale coinvolto nel sinistro (onde consentirgli di formulare eventuali osservazioni) ed all'esito dell'iter, di comunicare la proposta di negoziazione transattiva alla controparte.

F) Conclusiva (C.A.V.S. e Affari Generali e Legali)

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

I termini della proposta transattiva da proporre all'istante o al suo legale rappresentante si definiscono collegialmente nel verbale di seduta del C.A.V.S..

In caso di accordo: laddove sia stata sottoscritta la transazione, in ossequio alle Linee Guida e con le tempistiche indicate nella polizza RCT/O, la Direzione Generale adotta un provvedimento deliberativo su proposta degli Affari Generali e Legali, che ripercorre tutte le fasi del processo di gestione del sinistro e che ha il seguente contenuto minimo:

- Riferimenti alla richiesta risarcimento danni;
- Riferimenti all'evento;
- Riferimenti alla fase valutativa medica e legale in ordine al rapporto causale materiale tra evento e danno ed all'*an debeat*;
- Riferimenti all'accordo raggiunto;
- Riferimenti all'autorizzazione del Legale Rappresentante dell'Azienda a procedere alla liquidazione;
- Riferimenti al conto di bilancio relativo ai costi per copertura di risarcimenti assicurativi.

In caso di disaccordo: il procedimento terminerà con un sintetico verbale a cura degli Affari Generali e Legali e del Broker, nel quale si da conto dell'attività svolta e delle motivazioni per le quali non si è raggiunto l'accordo.

G) Difesa nell'eventuale contenzioso

Nel caso in cui non sia possibile pervenire ad una transazione per differente valutazione sulla sussistenza della responsabilità o per divergente e non componibile valutazione nella quantificazione del danno, il C.A.V.S., attraverso gli Affari Generali e Legali dovrà garantire una tempestiva e completa attività di confronto e raccordo con il difensore nominato dall'Azienda e/o

dalla compagnia assicurativa, trasmettendogli tutta la documentazione richiesta e rendendosi disponibile ad incontri finalizzati a condividere le scelte difensive nell'intero corso del giudizio ed a favorire da parte del difensore medesimo la piena e completa conoscenza dei fatti.

Inoltre al fine di garantire una difesa efficace e completa, il C.A.V.S. si raccorda e collabora, durante l'intero corso del giudizio, anche con il consulente tecnico di parte che sia eventualmente nominato.

Art. 10

I flussi informativi

La UOC Affari Generali e Legali detiene il *data base* aggiornato dei sinistri ed elabora, sulla base dei propri dati, statistiche e report su richiesta di organi della Direzione Aziendale, Regionali e/o Ministeriali. A tal fine sono utilizzati i seguenti software di riferimento:

- 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 e Legali, 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 DM 11 Dicembre 2009 in base al quale : *“le informazioni relative alla denuncia dei sinistri devono essere trasmesse annualmente dalle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 Gennaio dell'anno successivo al periodo di riferimento”*, oltre che un costante monitoraggio circa l'andamento dei sinistri anche da parte della Regione Lazio.

Art. 11

Rapporti con la Corte dei Conti

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 (i) nell'art. 1 della L.14 gennaio 1994 n. 20; (ii) negli artt. da 81 a 86 del R.D. 18 novembre 1923 n. 2440; (iii) negli artt. da 51 a 56 del R.D. 12 luglio 1934 n. 1214; (iv) ed infine nell'art. 23, comma 5, della L. 27 dicembre 2002 n. 289 (finanziaria 2003). Quest'ultima norma prevede che: *“i provvedimenti di riconoscimento di debito posti in essere dalle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, sono trasmessi agli organi di controllo ed alla competente Procura della Corte dei Conti”*.

Si richiamano le indicazioni generali circa i tempi, il contenuto e le modalità della comunicazione forniti dalla Procura Generale della Corte dei Conti con nota prot. n. 9434/2007/P del 2 agosto 2007.

Si rimanda, altresì, alle *“Linee Guida Regionali per l’attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)”* B.U.R Lazio n. 58 Suppl. 1 del 22.07.14, nelle quali per le segnalazioni dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Rieti alla Procura regionale della Corte dei Conti e riepilogative alla Regione è stata predisposta apposita scheda e l’adempimento posto in capo agli Affari Generali e Legali dell’Azienda.

In particolare, dalle Linee Guida in parola si evince che *“andranno quindi comunicati alla procura regionale: tutti i casi di danni liquidati a terzi, sia nell’ambito delle polizze RCT/O per la parte in franchigia, sia in tutti i casi di eventuale ritenzione in proprio del rischio assicurativo. Andranno altresì comunicate le sentenze passate in giudicato con le quali l’amministrazione sia stata condannata a risarcire un danno a terzi imputabile ad errore medico o sanitario”*.

TEMPI DELLA SEGNALAZIONE E MESSA IN MORA DEL DIPENDENTE:

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

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

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

a) se l’Azienda, contestualmente alla liquidazione dell’importo a terzi, provvede alla segnalazione alla Corte dei Conti, tale contestualità fa venire meno la necessità di mettere in mora i dipendenti, in quanto lascia inalterato il periodo di prescrizione quinquennale stabilito dall’art. 1, 2° comma, della legge 20/1994;

b) se invece l’Azienda non provvede contestualmente alla segnalazione, nasce l’esigenza di mettere in mora il dipendente ai fini interruttivi della prescrizione. Naturalmente, l’atto di messa in mora dovrà essere inviato alla Corte unitamente a tutta la documentazione inerente il caso.

CONTENUTI DELLA SEGNALAZIONE:

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

- a) l'indicazione del fatto dannoso, che dovrà essere adeguatamente descritto;
- b) l'importo del presunto danno: dunque, in materia di responsabilità da malpractice, l'importo liquidato in favore del danneggiato (e/o dei suoi eredi) ovvero l'importo oggetto della condanna.

Costituiscono un contenuto facoltativo della segnalazione:

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

La segnalazione dovrà essere accompagnata dalla documentazione necessaria ed utile.

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

Poiché gli elementi oggetto della segnalazione rappresentano comunque il contenuto "minimo" che deve avere l'atto deliberativo di recepimento della liquidazione del sinistro, si ritiene che l'onere informativo possa essere adeguatamente assolto con la trasmissione alla Corte dell'atto deliberativo medesimo. In alternativa, potrà essere utilizzato il modello all. 4 "Modello scheda per segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti di cui alle Linee Guida Regionali.

La segnalazione avviene a cura degli Affari Generali e Legali con i contenuti di cui sopra.

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

Art. 12

Formazione

IL Direttore Generale, come previsto dalle Linee Guida Regionali, deve garantire che tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione dei sinistri (con priorità per l'anno 2015 per i componenti del C.A.V.S.) intraprendano un percorso formativo con i seguenti obiettivi:

- fornire elementi di conoscenza del contesto e delle principali problematiche e dinamiche presenti all'interno del sistema sanitario sul tema della appropriatezza e sicurezza delle cure;

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

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

Art. 13

Rinvii

Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento si rinvia alla Determinazione del 02.07.2014 n. G09535 della Regione Lazio inerente le *“Linee guida Regionali per l’attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)”* B.U.R Lazio n. 58 Suppl. 1 del 22.07.14.

Art. 14

Approvazione del Regolamento e modifiche

Il presente regolamento viene adottato dall’Azienda con atto formale e , mediante Deliberazione del Direttore Generale, su proposta degli Affari Generali e Legali. Può essere soggetto a revisione e modifica in qualunque momento, sulla base di verifiche periodiche da parte del C.A.V.S..

Le eventuali modifiche dovranno essere approvate con le stesse modalità previste per l’approvazione del Regolamento.

Allegati:

- 1) Check List Medico legale;
- 2) Modello di report per comunicazione riepilogativa all’Autorità Regionale (all. n. 5 delle Linee Guida Regionali).



Direzione Regionale; SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Area: GIURIDICO NORMATIVA, ISTITUZIONALE E DI INTERFACCIA CON AVVOCATURA REGIONALE

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' MEDICO/SANITARIA -
 COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI VALUTAZIONE SINISTRI

Allegato n. 5

MODELLO DI REPORT PER COMUNICAZIONE RIEPILOGATIVA ALL'AUTORITA' REGIONALE

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

