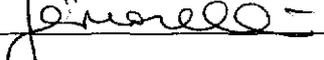


**DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**N. **913** del **24-10-2016****OGGETTO: Adozione del Regolamento del Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri della ASL Roma 1****STRUTTURA PROPONENTE: UOC AA.GG. – U.O.S. Contratti Convenzioni ed Assicurazioni ex Asl Roma A**

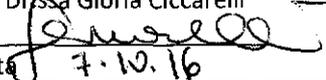
Centro di costo: 8101

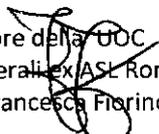
L'estensore (Dott.ssa Gloria Ciccarelli)

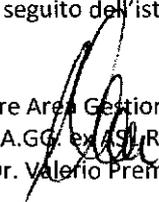


Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

 Il Responsabile della U.O.S.  
 Contratti Convenzioni ed Assicurazioni  
 Dott.ssa Gloria Ciccarelli


data **7.10.16**
 Il Direttore della UOC  
 Affari Generali ex ASL Roma A  
 Dr.ssa Francesca Fiorino


data **7.10.16**
 Il Direttore Area Gestione Risorse Umane  
 e AA.GG. ex ASL Roma A  
 Dr. Valerio Premoli


data **7.10.16**

Il Funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso comporta costi sul seguente conto \_\_\_\_\_ Spesa prevista: € 0

Il Funzionario addetto al controllo di budget: Il Resp.le UOS Contratti Convenzioni ed Assicurazioni ex ASL Roma A

 data \_\_\_\_\_ firma 

Il Dirigente dell'UOC Contabilità e Bilancio con la sottoscrizione del presente atto attesta la copertura economico/finanziaria della spesa di cui al presente provvedimento.

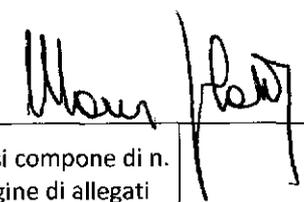
Il Responsabile dell'UOC Controllo di Gestione Dott. Carlo Saitto (data e firma)

**Parere del Direttore Amministrativo (Dott.ssa Cristina Matranga)**Favorevole Non favorevole 

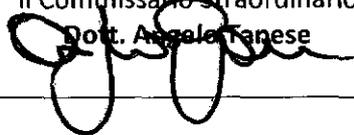
(con motivazioni allegate al presente atto)

data **23.10.2016**firma **Parere del Direttore Sanitario (Dr. Mauro Goletti)**Favorevole Non favorevole 

(con motivazioni allegate al presente atto)

data **25.10.2016**firma 
 Il Presente provvedimento si compone di n. **18** pagine di cui n. **15** pagine di allegati

 Il Commissario Straordinario  
 Dott. Angelo Tanese





913 del 24-10-2016

**Il Direttore U.O.C. Affari Generali ex ASL Roma A**

**VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00285 del 31.12.2015, con il quale è stato nominato il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 nella persona del Dott. Angelo Tanese;

**VISTA** la deliberazione del Commissario Straordinario n. 1 del 1° gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla Legge Regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

**VISTA** la determinazione regionale del 2 luglio 2014, n. G09535 ad oggetto "LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' MEDICO/SANITARIA - COMPOSIZIONE E FUNZIONAMENTO DEI COMITATI VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)";

**VISTA** la Deliberazione aziendale n. 707 del 05.08.2016 avente ad oggetto "Istituzione del Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri ASL Roma 1 e contestuale aggiornamento delle nomine dei suoi componenti";

**ATTESA** la necessità di adottare un Regolamento che disciplini un'unica modalità operativa, con particolare riguardo alla definizione delle istruttorie, raccolta e conservazione documentale, criteri e modalità di definizione medico legale, criteri per la valutazione delle opportunità di procedere alle transazioni;

**DATO ATTO** che la UOS Contratti Convenzioni ed Assicurazioni ex ASL Roma A ha predisposto il Regolamento, completo della modulistica prevista dalle citate linee guida regionali, che è stato successivamente validato dal Coordinatore del CAVS;

**CONSIDERATO** che il C.A.V.S., istituito come da deliberazione n. 707/2016, nella prima seduta plenaria ha esaminato e approvato il testo del Regolamento allegato;

**RITENUTO** opportuno adottare formalmente il Regolamento, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale della stessa;

**ATTESO** che l'adozione del presente atto non produce costi su Bilancio aziendale;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art., 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

**PROPONE**

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di approvare ed adottare il Regolamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, unito alla presente, quale parte integrante e sostanziale,
- di attestare che il presente provvedimento non prevede oneri a carico della Azienda USL Roma 1.

Il Responsabile della U.O.S.  
Contratti Convenzioni ed Assicurazioni  
Dr.ssa Gloria Ciccarelli

Il Direttore della UOC  
Affari Generali ex ASL Roma A  
Dr.ssa Francesca Fiorino

Il Direttore Area Gestione Risorse Umane  
e AA.GG. ex ASL Roma A  
Dr. Valerio Petropoli

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**IN VIRTÙ** dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii

nonché delle funzioni e dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00285 del 31.12.2015;

**LETTA** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

**PRESO ATTO** che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché *alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art., 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;*

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio;

**DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto *"Adozione del Regolamento del Comitato Aziendale di Valutazione dei Sinistri della ASL Roma 1"* e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante e sostanziale del presente atto:

- di approvare ed adottare il Regolamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri, unito alla presente quale parte integrante e sostanziale,
- di attestare che il presente provvedimento non prevede oneri a carico della Azienda USL Roma 1.

Il Direttore della struttura proponente curerà la trasmissione della presente deliberazione agli uffici/organi rispettivamente interessati.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Angelo Fanese

U.O.C. Affari Generali ex ASL Roma A

U.O.S. Contratti Convenzioni ed Assicurazione ex ASL Roma A

## **REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' MEDICO/SANITARIA**

Composizione e funzionamento del Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri (CAVS) della ASL Roma 1

### **INDICE**

- ART. 1 FONTI
- ART. 2 FINALITA'
- ART. 3 COMPOSIZIONE e SEDE
- ART. 4 CONVOCAZIONE e VALIDITA' DELLE SEDUTE
- ART. 5 ATTIVITA' DI SEGRETERIA
- ART. 6 GESTIONE SINISTRI
  - Art. 6.1 Procedura e Fasi
    - 6.1.1 Apertura del sinistro
    - 6.1.2 Fase Istruttoria
    - 6.1.3 Fase Peritale/Accertativa
    - 6.1.4 Fase Propositiva
    - 6.1.5 Fase conclusiva
  - 6.2 Ruolo del Comitato Regionale di Valutazione Sinistri (CRSV)
- Art. 7 DIFESA NELL'EVENTUALE CONTENZIOSO
- Art. 8 GESTIONE DELLE VERTENZE/MEDIAZIONI
- Art. 9 SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI
- Art. 10 ACCANTONAMENTO FONDI
- Art. 11 APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO E MODIFICHE
- Art. 12 FLUSSI INFORMATIVI
- Art. 13 LA FORMAZIONE
- Art. 14 NORMATIVA DI RIFERIMENTO

*M*

*fe*



## ART. 1 FONTI

DELIBERA del Commissario Straordinario n. 707 del 05.08.2016

LINEE GUIDA REGIONALI Determina R.L. n. G09535 del 02/07/2014

## ART. 2 FINALITA'

Il Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri ( C.A.V.S.) è un organo di natura collegiale, multidisciplinare e consultivo, posto in Staff alla Direzione Strategica Aziendale, che esprime pareri non vincolanti sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'Azienda.

Svolge le seguenti attività:

- a. esamina i sinistri pervenuti in azienda;
- b. individua una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- c. ne valuta l'impatto economico;
- d. valuta le tipologie ed entità di eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali;
- e. formula il parere e/o la proposta di definizione del sinistro;

## ART. 3 COMPOSIZIONE

Il CAVS è composto dai seguenti membri nelle loro rispettive qualità:

Dirigente Avvocatura o suo sostituto, in qualità di COORDINATORE

Risk Manager o suo sostituto, in qualità di COMPONENTE

Resp.le UOS Contratti, Convenzioni, Assicurazioni o suo sostituto, in qualità di COMPONENTE

Medici Legali, in qualità di COMPONENTI

Membro della Direzione Sanitaria o sostituti, in qualità di COMPONENTE

Rappresentante del Bilancio, a chiamata, in qualità di COMPONENTE AGGIUNTO

Rappresentante della Compagnia di Assicurazione, a chiamata, in qualità di COMPONENTE AGGIUNTO

Personale amministrativo, con funzioni di Segreteria

Le consulenze specialistiche, eventualmente necessarie, saranno di regola svolte da professionisti interni all'Azienda, indicati dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

Nei casi di particolare complessità e/o rilevanza economica e/o assenza di professionisti interni, il CAVS potrà avvalersi di professionisti esterni con competenze specialistiche, proposti dal Comitato ed approvati dalla Direzione Sanitaria, per acquisire ulteriori pareri (con le modalità previste dalle Linee Guida Regione Lazio).

## ART. 4 CONVOCAZIONE e VALIDITA' DELLE SEDUTE

Il CAVS è convocato dal Coordinatore con regolare periodicità, di regola a cadenza settimanale.

La convocazione di sedute sarà, generalmente, effettuata via e-mail.



In caso di dimissione di un membro del CAVS o in caso di assenza ingiustificata per più di 4 volte consecutive il Comitato inviterà l'Azienda a nominare un altro membro.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del CAVS, in caso di conflitto di interessi, i componenti hanno l'obbligo di astenersi; a tal fine ciascun membro sottoscrive apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, ai sensi del D.lgs. 39/2013.

Le sedute del CAVS si svolgeranno presso la sede legale dell'ASL Roma 1 – Borgo Santo Spirito, 3 e non saranno pubbliche, atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili.

Tutta la documentazione oggetto di valutazione del CAVS è da considerarsi dato sensibile e deve essere trattata in ottemperanza a quanto previsto dal vigente codice della privacy ( D.lgs 196/2003).

Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CAVS, nonché tutta la documentazione ad esse inerenti non potranno né essere divulgate, né trattate, né altrimenti essere riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del CAVS, della UOS che gestisce i contratti e dell'Avvocatura aziendale.

La UOS che gestisce i contratti provvede all'acquisizione della documentazione sanitaria e delle relazioni dei soggetti coinvolti per il tramite della Direzione Sanitaria Ospedaliera o Direzione di Distretto o di Dipartimento, necessario al CAVS per la completa istruttoria del sinistro.

Il comitato ha, altresì, facoltà di acquisire le relazioni sanitarie e /o di sentire direttamente, per l'esame di specifici casi, i responsabili delle strutture coinvolte nell'evento e/o il personale coinvolto o informato sui fatti.

La valutazione sulla sussistenza della responsabilità e la stima del danno eventualmente risarcibile, nonché l'ammontare del relativo risarcimento spetta al CAVS nella sua collegialità.

La stesura del verbale è obbligatoria per ogni seduta. Il segretario redige e custodisce i verbali delle riunioni.

#### **ART. 5 ATTIVITA' DI SEGRETERIA**

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

- provvede all'acquisizione ed all'istruttoria dei fascicoli dei sinistri da discutere nel corso delle riunioni del CAVS;
- predispone la convocazione della seduta con il relativo ordine del giorno;
- provvede alla stesura del verbale;
- svolge attività amministrativa a supporto del CAVS.

#### **ART. 6 GESTIONE SINISTRI**

Il CAVS esamina i casi posti all'ordine del giorno ed esprime un parere diretto alla Direzione Aziendale in termini di accertamento e valutazione della responsabilità aziendale e dell'eventuale danno.

In particolare, il CAVS si esprimerà su:

- a) opportunità di transigere o meno il sinistro e in che misura, sia nel caso di gestione diretta del sinistro, che nel caso di gestione dei sinistri che ricadano in franchigia frontale o franchigia aggregata, proponendo un valore massimo risarcibile;
- b) le eventuali richieste di autorizzazione a definire/rigettare il sinistro proposte dalla Compagnia di Assicurazioni, ove presente ;

## 6.1 Procedura e Fasi

Il procedimento per la gestione stragiudiziale dei sinistri è avviato, come di consueto, a seguito di:

- istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali;
- avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore, di un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
- atto giudiziario (ricorso per accertamento tecnico preventivo, atto di citazione) o istanze di mediazione;

Il procedimento si articola nelle fasi di seguito indicate:

### 6.1.1 La fase preliminare

Essa è volta all'acquisizione della documentazione legale e amministrativa e all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante e deve concludersi, di norma, entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

Al ricevimento della richiesta di risarcimento danni o di un atto relativo a un procedimento giudiziario, la UO competente a gestire i contratti assicurativi, provvede:

- alla ricezione delle richieste di risarcimento e iscrizione nel data-base informatico Regionale e alla creazione del fascicolo cartaceo;
- all'analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc.);
- alla valutazione formale dell'ammissibilità;
- alla gestione e presa in carico della richiesta di risarcimento;
- all'inoltro formale di tale richiesta alla Compagnia di assicurazione, ove presente e secondo le modalità previste dai contratti;
- a trasmettere informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro e/o l'eventuale richiesta di valutazioni medico-legali e/o dell'ulteriore documentazione sanitaria necessaria in possesso del richiedente, allegando, inoltre, il modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003;
- all'acquisizione dell'informativa sull'eventuale copertura assicurativa personale da parte dell'operatore coinvolto nel sinistro.

### 6.1.2 Fase Istruttoria

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

Durante la fase istruttoria si procede alla raccolta della documentazione necessaria alla trattazione del sinistro (copia della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica, compresa quella iconografica, nonché le relazioni di accertamento dei fatti a firma del personale sanitario coinvolto).

Le controparti, direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali, dovranno essere tempestivamente sensibilizzate circa la necessità di produrre tutti gli elementi di valutazione, compresa la documentazione relativa all'eventuale prosecuzione delle cure presso altre strutture sanitarie, nonché la relazione medico legale di parte, al fine di consentire una valutazione completa non solo circa la sussistenza di elementi di colpa, ma anche circa gli esiti del danno.

In particolare, la UO competente a gestire i contratti assicurativi provvederà ad attivare quanto necessario per il completamento dell'istruttoria, con il coinvolgimento di:

- Direzione Sanitaria o Direttori di Distretto o Direttori di Dipartimento per la trasmissione di copia della documentazione sanitaria, relazione dei sanitari coinvolti nell'evento e/o del Direttore di UOC/UO interessata;
- Settore tecnico – laddove ne ricorra la necessità- per la trasmissione di una relazione tecnica sullo stato dei luoghi, in caso di danni conseguenti ad eventi non rientranti nell'ambito della Responsabilità Civile Sanitaria.
- UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management per l'attivazione eventuale della procedura generale di gestione eventi clinici avversi e implementazione del Database regionale.

L'eventuale documentazione raccolta dalla UOC Sicurezza e Prevenzione Risk Management, verrà trasmessa alla Compagnia, ove presente e necessario, nonché messa a disposizione dei componenti del CAVS ed in particolare del Medico Legale del CAVS.

#### **6.1.3 Fase Peritale/Accertativa**

La fase peritale/accertativa deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria.

Eventuali incompletezze della fase istruttoria non addebitabili all'Aziende Sanitaria, ma per deficitaria collaborazione dei presunti danneggiati, dovranno essere tempestivamente segnalate ai medesimi da parte del personale della UO competente a gestire i contratti assicurativi, anche eventualmente su segnalazione del Medico Legale.

Il Medico Legale del CAVS redige, sulla base della documentazione acquisita, una propria relazione nella quale si esprimerà sulla fondatezza o infondatezza delle pretese avversarie in termini di sussistenza di responsabilità e , in caso affermativo, di quantificazione del danno patito .

Il parere medico-legale sarà reso, se necessario, a seguito di visita medica da parte dei medici legali aziendali o degli specialisti consultati dai medici legali.

Eventuali accertamenti richiesti dal Medico Legale del CAVS saranno a carico del richiedente.

Ove siano stati individuati i sanitari coinvolti, a questi ultimi sarà data facoltà di produrre documentazione, anche medico-legale, e di farsi assistere da un legale. L'esercizio di tale facoltà prevede che le relative spese siano a carico del sanitario.

Sulla base delle relazioni medico-legali si procederà alla prima quantificazione del danno in termini di "riserva sinistro".

#### **6.1.4 Fase Propositiva**

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

Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CAVS) considera conclusa la fase istruttoria e quella accertativa mediante l'acquisizione:

- della documentazione prevista nella fase istruttoria;



- della relazione medico legale interna;
- della eventuale richiesta di autorizzazione alla definizione/reiezione del sinistro da parte della compagnia assicuratrice con relativi allegati (relazione ML dei fiduciari degli Assicuratori), ove esistente;

Si procede, quindi, alla discussione ed all'espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro proponendo la reiezione dello stesso oppure l'eventuale relativa quantificazione del danno con l'indicazione di un valore massimo risarcibile.

La UO competente a gestire i contratti assicurativi avrà cura di comunicare con cadenza semestrale alla UOC che gestisce la Contabilità e Bilancio l'ammontare delle riserve tecniche.

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

La proposta del CAVS (assunta a maggioranza assoluta) in ordine all'opportunità di transigere o meno il sinistro e l'entità dell'importo da accantonare nel fondo rischi (riserva sinistro), viene indicata in un documento di sintesi che verrà trasmesso alla Direzione Generale per la definitiva approvazione/rigetto.

#### 6.1.5 Fase conclusiva

La fase conclusiva consiste nel portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la reiezione della richiesta o la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi.

Nei casi di gestione diretta del sinistro, sarà cura dell'Avvocato dell'Azienda portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva.

Nel caso in cui l'accordo non venga raggiunto, il procedimento terminerà con un sintetico verbale conclusivo nel quale si darà adeguatamente riscontro dell'attività svolta.

Il verbale sarà inviato alla Direzione strategica.

#### 6.2 Il Comitato Regionale di Valutazione Sinistri (CRSV)

IL CRSV esplica attività di "second opinion":

- obbligatoria ma non vincolante sui sinistri la cui proposta di transazione da parte del CAVS sia di valore uguale o superiore ad euro 300.000,00;
- su richiesta del CAVS nei casi di particolare delicatezza e complessità, comunque non inferiori ad euro 100.000,00, per i quali si renda necessario un ulteriore approfondimento.

Il CAVS, una volta terminata l'attività di istruttoria del sinistro, provvederà a richiedere una "second opinion" nei casi sopra indicati, secondo le modalità riportate nelle Linee Guida regionali.

#### Art. 7 DIFESA NELL'EVENTUALE CONTENZIOSO

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



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

L'Avvocatura cura e gestisce i rapporti con i legali esterni nominati dalla Compagnia di Assicurazione.

#### **Art. 8 GESTIONE DELLE VERTENZE/MEDIAZIONI**

In caso di notifica di un atto giudiziario o dell'avvio di un procedimento di Mediazione, l'UO competente a gestire i contratti assicurativi trasmetterà copia dell'atto alla Compagnia Assicuratrice, ove esistente, con l'invito a voler assumere la gestione diretta della lite, laddove vi sia copertura totale della compagnia, oppure la gestione congiunta e condivisa.

La Compagnia assicuratrice, laddove presente, dovrà comunicare entro 5 giorni dalla notifica, la presa in carico della gestione della stessa e/o il rigetto della medesima, al fine di non pregiudicare la difesa da parte dell'Azienda.

Al ricevimento della comunicazione di conferimento incarico da parte della Compagnia, l'Avvocatura predisporrà gli atti necessari e provvederà a contattare il legale incaricato per la trasmissione dell'originale dell'atto giudiziario con annessa procura alle liti e per concordare una gestione congiunta della lite, salvo i casi in cui ci sia una copertura integrale del sinistro.

Al ricevimento di un istanza di mediazione ed al fine di consentirne la partecipazione agli incontri, si ritiene necessario che la relazione medico-legale venga consegnata nella riunione del CAVS che precede l'incontro di mediazione, al fine di consentire al Comitato di decidere collegialmente e congiuntamente il caso.

In mancanza di regolare deposito di relazione medico-legale ed in assenza del verbale del CAVS, l'avvocato incaricato di recarsi in mediazione presenzierà all'incontro chiedendo il rinvio per assenza di valutazione/relazione medico legale.

Qualora il rinvio non venga concesso, la mediazione si chiuderà con verbale negativo.

#### **Art. 9 SEGNALAZIONE ALLA 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 legge 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 legge 27 dicembre 2002, n. 289 (finanziaria 2003). E' utile in particolare ricordare che quest'ultima norma prevede che "i provvedimenti di riconoscimento di debito posti in essere dalle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono trasmessi agli organi di controllo ed alla competente procura della Corte dei Conti".

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

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

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

La segnalazione dei sinistri liquidati e delle sentenze passate in giudicato con condanna dell'Azienda al risarcimento del danno viene effettuata semestralmente successivamente all'esborso (entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre) dal CAVS alla Direzione Aziendale (Direttore Generale e Direttore Amministrativo) per la comunicazione alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti.

Vanno 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.

#### **Art 9.1 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. 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".

Al riguardo, ed anche al fine di contemperare le due esigenze di tempestività e completezza, appena evidenziate, si ritiene ragionevole prevedere due diverse modalità:

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

#### **Art. 9.2 Contenuti della segnalazione**

La segnalazione dovrà contenere:

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

Costituiscono un contenuto facoltativo della segnalazione:

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

La segnalazione dovrà essere accompagnata dalla documentazione necessaria ed utile.

In particolare, al fine di mettere la Procura in condizione di svolgere proficuamente la propria attività, è necessario che dalla documentazione trasmessa si possa desumere il percorso seguito dall'Azienda nella liquidazione del danno; in aggiunta agli elementi indicati sub lettere a) e b), è necessario pertanto specificare

M

fe

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, dovrà essere utilizzato il modello "scheda per segnalazione alla procura regionale della Corte dei Conti", contenuto nelle Linee Guida Regionali ( cfr mod.4).

Rispetto alla trasmissione delle sentenze di condanna l'Avvocatura cura la redazione del suddetto modello (cfr mod.4).

Entro il 30 giugno ed entro il 31 dicembre di ogni anno, la ASL ROMA 1 deve inviare alla Regione il report riepilogativo dei fatti che hanno formato oggetto di segnalazione alla Corte dei Conti in materia di responsabilità professionale medica e/o sanitaria.

Tale report deve 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). La comunicazione deve avvenire, a cura del CAVS, mediante l'utilizzo del modello "Report per comunicazione riepilogativa all'Autorità Regionale", contenuto nelle Linee Guida Regionali ( cfr mod.5).

#### **Art. 10 ACCANTONAMENTO FONDI**

La ASL Roma 1 ha costituito un apposito Fondo destinato alla copertura diretta dei rischi, secondo il piano dei conti e le indicazioni fornite in merito dalla Regione Lazio .

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

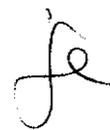
La natura dell'attività svolta fa sì che, per effetto delle richieste di risarcimento danni, l'indennizzo che dovrà essere pagato è futuro ed incerto.

Il fondo da appostare in bilancio viene calcolato applicando il principio contabile della "competenza" e non della "cassa", in adempimento a quanto stabilito dal Dlgs 118/2011.

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

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

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



#### **Art. 11 APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO E MODIFICHE**

Il presente Regolamento, adottato con deliberazione del Commissario Straordinario, potrà essere oggetto di revisione e modifiche in qualunque momento, sulla base di verifiche periodiche da parte del CAVS.

Le modifiche dovranno essere approvate con le stesse modalità previste per l'approvazione del regolamento.

#### **Art. 12 FLUSSI INFORMATIVI**

Il software di riferimento per la gestione e implementazione dei flussi informativi è:

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

Tutte le figure operative che collaborano alla gestione del rischio clinico e dei sinistri utilizzano 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 da parte della Regione Lazio.

#### **Art. 13 LA FORMAZIONE**

La ASL Roma 1 garantisce che tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione dei sinistri abbiano una adeguata formazione.

Nel caso in cui sussistano esigenze formative, 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 della formazione.

#### **Art. 14 NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- a) Programmi Operativi Regione Lazio 2013/2015;
- b) art. 1 della Legge Regione Lazio 14 gennaio 1994 n. 20;
- c) artt. da 81 a 86 del R.D. 18 novembre 1923 n. 2440;
- d) artt. da 51 a 56 del R.D. 12 luglio 1934 n. 1214;
- e) art. 23, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (finanziaria 2003);
- f) Procura Generale della Corte dei Conti – nota prot. N. 9434/2007/P del 2 agosto 2007;
- g) D.lgs 118/2011;
- h) Art. 2 comma 3 del DM Salute 11 dicembre 2009 "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità".

#### **Allegati:**

1. Modello scheda per segnalazione Corte dei Conti;
2. Modello report comunicazione riepilogativa Autorità Regionale;
3. Modelli atto di transazione e quietanza.



*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. 4**

**MODELLO SCHEDA PER SEGNALAZIONE ALLA PROCURA REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI**

<p>DATI DEL SINISTRO</p>	<p>a) Data evento: _____</p> <p>b) Struttura interessata: _____</p> <p>c) Data apertura sinistro: _____</p> <p>d) Data di definizione: _____</p> <p>e) Importo di definizione: _____</p> <p>f) Copertura assicurativa: _____</p> <p>1. Si/no: _____</p> <p>2. Franchigia: _____</p>
<p>DESCRIZIONE DEL FATTO</p>	

M

fe

slu

# REGIONE LAZIO



REGIONE  
LAZIO

**Direzione Regionale:** SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

**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.

MOTIVAZIONE DELLE RAGIONI DI CONVENIENZA ED OPPORTUNITA' DELLA DEFINIZIONE TRANSATTIVA	
CRITERI DI QUANTIFICAZIONE DEL DANNO	
DEFINIZIONE GIUDIZIALE DELLA VERTENZA	
IMPORTO A CARICO DEL FONDO REGIONALE	
IMPORTO A CARICO DEL FONDO AZIENDALE	
PROCEDIMENTO DISCIPLINARE	Attivato: <input type="checkbox"/> Non attivato: <input type="checkbox"/>

M

sl

3

**REGIONE LAZIO**



**REGIONE LAZIO**

**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 Corte dei Conti	Note

M.2

**ATTO DI TRANSAZIONE E QUIETANZA LIBERATORIA  
a totale definizione del sinistro soggetto ad autotutela:  
REPERTORIO n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

Il / La Signor/a \_\_\_\_\_ (cod. fisc. \_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ ed ivi elettivamente domiciliata, in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, presso lo studio dell'Avvocato \_\_\_\_\_, che la rappresenta e difende per giusta procura rilasciata

**Premesso che**

- 1. la Asl Roma1, in persona del legale rappresentante, senza alcuna ammissione di responsabilità, intende definire e liquidare il sinistro indicato in epigrafe;
- 2. la reclamante summenzionata intende accettare la proposta di definizione bonaria, con conseguente rinuncia ad ogni qualsivoglia azione sia in sede civile che penale sia nei confronti della ASL Roma 1 che nei confronti sanitari coinvolti in relazione all'evento di cui trattasi;

**Tanto premesso**

Il / La Signor/a \_\_\_\_\_ riceve dalla Asl Roma1 l'importo onnicomprensivo pari ad € \_\_\_\_\_ a totale saldo e stralcio di ogni eventuale ulteriore pretesa.

**Art. 1**

A seguito del pagamento (indicato al successivo art. 5) della suddetta somma, di cui riconosce l'adeguatezza Il / La Signor/a \_\_\_\_\_ dichiara di non aver null'altro a pretendere e rilascia ampia liberatoria e quietanza a qualunque titolo o ragione per l'evento occorso presso il \_\_\_\_\_ a seguito delle cure di \_\_\_\_\_, oggetto del presente accordo bonario, dichiarando di essere pienamente soddisfatta e risarcita di tutti i danni patiti e patienti, presenti o futuri, patrimoniali e non, nessuno escluso, conseguenti e connessi al sinistro de quo.

**Art. 2**

Inoltre il/la reclamante, rinuncia ad ogni possibile azione, sia in sede civile che in sede penale, diritti, facoltà, obbligazioni e responsabilità di qualunque tipo o natura che il reclamante, singolarmente, solidalmente o in concorso con terzi, affermi di avere o possa in futuro dichiarare di avere nei confronti della ASL Roma1. Più precisamente, tale risarcimento, liberazione e quietanza comprenderà, anche se non esclusivamente, le richieste di risarcimento derivanti, conseguenti o in qualunque modo collegate, direttamente o indirettamente, all'evento e, senza limitazioni rispetto a quanto già menzionato, comprenderanno tutte le richieste di risarcimento per danni futuri, patrimoniali o non patrimoniali, diretti o indiretti, perdite economiche presenti e future note o ignote che siano, nessuna esclusa, anche se allo stato non previste, che il reclamante, abbia proposto, proponga o possa in futuro proporre nei confronti della Asl.

**Art 3**

Il/ la reclamante garantisce e dichiara di possedere piena capacità per sottoscrivere il presente Atto e piena legittimazione a rendere le dichiarazioni liberatorie stabilite nel presente Atto transattivo.

**Art. 4**

La reclamante accetta di manlevare e tenere indenne la Asl Roma1, liberata da qualsiasi richiesta avanzata – anche in eventuali procedimenti civili, penali o amministrativi - da terzi in relazione all'evento, comprese quelle di ipotetici eredi/aventi diritto del/della signor/a \_\_\_\_\_, la cui esistenza sia, ad oggi, conosciuta ovvero ignorata.

**Art. 5**

A fronte della totale e definitiva liberazione, rinuncia e quietanza, descritte negli articoli sopra citati, la Asl Roma1 pagherà al/all'a Signor/a \_\_\_\_\_ l'importo totale di € \_\_\_\_\_ omnicomprensivi, mediante accredito su conto corrente CODICE IBAN \_\_\_\_\_ intestato a.....

Il versamento della somma avverrà entro 90 giorni dal ricevimento all'atto della quietanza debitamente sottoscritta.

Le parti autorizzano la ASL Roma1 al trattamento dei dati personali necessari per il relativo pagamento.

**Art. 6**

Premesse: le premesse formano parte integrante del presente Atto.

Liberatoria tra le parti: con il puntuale pagamento dell'ammontare di cui all'art. 5 del presente Atto e con l'adempimento degli obblighi previsti le Parti dichiarano di non aver null'altro a pretendere nei reciproci confronti, per alcun titolo, ragione o diritto.

Diniego di responsabilità: questo atto non costituisce, né sarà interpretato come ammissione di alcuna responsabilità da parte della ASL Roma1 in relazione all'evento e non potrà essere prodotto in qualsivoglia eventuale giudizio di responsabilità tra le parti.

Il reclamante accetta e sottoscrive

Luogo: Roma data .....

Il/la signor/a  
.....

Il sottoscritto legale Avv.to \_\_\_\_\_ (P.Iva .....) dichiara che la firma che precede è quella del legittimo percipiente della somma concordata e di rinunciare alla solidarietà di cui all'art.13 VIII comma della legge 31.12.2012 n° 247.

FIRMA (Avv.to \_\_\_\_\_)  
.....

In allegato copia conforme di valido documento d'identità.

