



***REGOLAMENTO DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI
E PROCEDURA DI GESTIONE DEI SINISTRI RCT***

INDICE

Glossario

Premessa

Art. 1 - Funzioni- Compiti– Obiettivi

Art. 2- Composizione del CVS

Art. 3- Convocazione e validità delle sedute del CVS

Art. 4 - Procedure e Fasi di gestione del sinistro

Fase O- Presentazione richiesta

Fase I -Apertura sinistro/ Presa in carico del sinistro

Fase II - Fase Istruttoria

Fase III - Peritale /Accertativa

Fase IV – Conclusiva

Art. 5 - Ricorso ex art. 696 bis c.p.c. - Procedimento di Mediazione

Art. 6 - Atto di citazione

Art. 7 - Obblighi di collaborazione aziendale - Doveri di collaborazione

Art. 8– Riservatezza

Art. 9- Entrata in vigore del Regolamento

Art.10 - Norme finali

Fonti normative di riferimento

Allegato 1 Relazione Informativa

Allegato 2 Linee Guida per processo di quantificazione sinistri

Allegato 3 Fase propositiva- Parere Conclusivo del C.V.S.

Allegato 4 Segnalazione Procura Regionale Corte dei Conti

GLOSSARIO

Richiesta di risarcimento: qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni correlata allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda (ricevimento di richieste di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o aventi diritto, notifica dell'istanza di mediazione, ricevimento di avviso di apertura di un procedimento penale connesso all'esercizio delle funzioni istituzionali, notifica di un atto di citazione per risarcimento danni);

Sinistro RCT: la formale richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente e/o inchiesta amministrativa;

Sinistro RCO: la formale notifica all'Azienda dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica all'azienda dell'apertura di un procedimento penale; la formale richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/ Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la formale notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto;

Sinistro in serie: più richieste di risarcimento pervenute all'Azienda provenienti da soggetti terzi, in conseguenza di una pluralità di eventi dannosi, riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, o a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica, le quali tutte saranno considerate come un unico evento;

Accertamento medico legale: attività tecnico professionale per la valutazione del nesso causale, della colpa professionale e dell'entità della lesione, a supporto dell'attività di accertamento, gestione e liquidazione dei danni che compete all'ufficio legale e contenzioso.

Danno: il pregiudizio economico addebitato all'Azienda in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte, lesioni personali o danni a cose.

Terzi/parte: persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti;

Procedura stragiudiziale: attività istruttoria transattiva di liquidazione di sinistri, per i quali non sia stata ancora attivata un'azione in sede giudiziale.

Mediazione: attività svolta da un terzo imparziale, finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole e per la formulazione di una proposta di risoluzione della controversia.

Premessa

Il presente Regolamento disciplina la composizione e il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (d'ora in poi CVS) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria FEDERICO II di Napoli , nonché le procedure per l'istruzione, la definizione e la quantificazione dei sinistri da responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La gestione dei sinistri da responsabilità sanitaria rappresenta lo strumento con il quale l'Azienda, attraverso il CVS persegue, senza oneri aggiuntivi, l'obiettivo fondamentale di minimizzare l'impatto economico sul proprio bilancio nella logica dell'integrazione delle funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore.

Il modello operativo è stato predisposto coerentemente con le Linee Guida Ministeriali per l'attività di Gestione dei Sinistri da responsabilità professionale sanitaria contenute nella Raccomandazione del Ministero della Salute Maggio 2011 per la risoluzione stragiudiziale del contenzioso delle Aziende Sanitarie–Dipartimento della Qualità, nonché tenuto conto dell'intervenuta Legge n. 24 del 08/03/2017 entrata in vigore in data 01/04/2017 e s.m.i..

Il CVS (così come definito dalle "Linee Guida Ministeriali per l'attività di gestione dei sinistri da Responsabilità medico/sanitaria" già citate) è un organismo aziendale, di natura collegiale e multi professionale che esprime parere consultivo ma non vincolante al Legale Rappresentante dell'Azienda sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'Azienda; è di supporto alla Direzione Strategica Aziendale della AOU FEDERICO II ed istituito con apposito provvedimento aziendale.

Art. 1 - Funzioni- Compiti - Obiettivi

Il CVS ha il compito di monitorare e gestire i sinistri derivanti da responsabilità professionale sanitaria, svolgendo le seguenti attività:

- Esaminare le richieste di risarcimento danni derivanti da responsabilità professionale sanitaria formulate nei confronti dell'Azienda, in relazione al nesso di causalità tra l'evento ed il danno lamentato;
- Acquisire la documentazione sanitaria relativa al caso in esame, unitamente a dettagliate relazioni in ordine ai fatti contestati, nonché ogni utile informazione inerente al caso per una conoscenza approfondita delle cause che hanno determinato l'evento lesivo per i sinistri oggetto di copertura, per i sinistri per i quali non sia operativa la copertura assicurativa , per i sinistri perchè rientranti nella franchigia aggregata .
- Individuare una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- Coinvolgere le diverse professionalità necessarie per l'analisi della fattispecie in esame, anche in un'ottica preventiva, finalizzata alla minimizzazione della possibilità che si ripetano casi consimili;
- Valutare l'impatto economico del danno;

- Valutare le eventuali responsabilità in casi di colpa medica
- Valutare la realizzazione di specifici audit in caso di reiterate fenomenologie di sinistro con riguardo alla loro frequenza e/o entità;
- Esprimere al Legale Rappresentante un proprio parere e/o formulare la propria proposta di definizione del sinistro, in ogni caso non vincolanti.

L'obiettivo del CVS è prioritariamente costituito dal controllo e dalla possibile riduzione dell'eventuale impatto economico dei sinistri oggetto di richiesta di risarcimento danni, per il cui raggiungimento il CVS pone in essere ogni iniziativa ritenuta utile e necessaria, potendosi, nel far ciò, avvalere della collaborazione di tutti ed ognuno dei professionisti sanitari e nonchè di coloro che a qualsiasi titolo intrattengono rapporti di lavoro con l'Azienda Ospedaliera Universitaria FEDERICO II.

Art. 2- Composizione del CVS

Il CVS deve essere composto, di norma, dalle seguenti figure, da individuare prioritariamente tra il personale dipendente:

- dal Responsabile P.O. Affari Legali, avente le funzioni di Coordinatore (o Delegato)
- da un Avvocato iscritto nella short list aziendale;
- da più Medici Legali designate dal Direttore dell'UOC di Medicina Legale e delle Assicurazioni;
- dal Coordinatore di Staff della Direzione Strategica;
- dal Direttore Sanitario e/o dal Vice Direttore Sanitario;
- dal Risk Manager Aziendale (Referente rischio Clinico Aziendale)
- dall'Hospital Risk Manager ed esperto in materia assicurativa
- dal Rappresentante della Compagnia assicurativa, vigente per la copertura della RCT/O
- da un segretario, da individuare tra il personale afferente all'Azienda.

I Componenti del CVS e i loro supplenti sono individuati e nominati dal Direttore Generale con proprio atto.

Il CVS dovrà interfacciarsi con l'UOC G.R.E.F. che, pur non partecipando alle sedute del CVS, effettuerà sulla base delle indicazioni ricevute dal CVS la corretta contabilizzazione dei sinistri e terrà i rapporti per tali problematiche con i preposti uffici della Regione Campania.

La composizione del CVS riunito in seduta ufficiale 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 ed il personale sanitario o tecnico coinvolto o informato sui fatti.

Il CVS potrà, altresì, avvalersi, in tutti i casi in cui lo riterrà necessario, di professionisti con comprovata esperienza e competenza specialistica inerente al caso in esame, anche esterni all'Azienda, individuati dalla Direzione Strategica Aziendale, con oneri a carico dell'Azienda. I

compensi saranno parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate..

La funzione specifica del Referente Gestione Rischio Clinico, all'interno delle attività del CVS, è quella di collaborare con i medici legali all'analisi medica della documentazione sanitaria presente agli atti pervenuti al CVS contribuendo con un approfondimento della letteratura internazionale sull'argomento, Le attività di "incident analysis" operate dal Referente Rischio Clinico Aziendale , sono svolte all'infuori delle attività del CVS come funzione indipendente, pertanto, tutti gli atti di qualunque natura formatisi nel corso dell'"incident analysis" non possono essere assunti dal CVS ai sensi del c. 1 art. 16 della Legge

8 Marzo 2017 n. 24.

Art. 3 - Convocazione e validità delle sedute del CVS

Il Comitato si riunisce, su convocazione del Coordinatore, tenuto conto delle esigenze aziendali in tema di gestione dei sinistri e, comunque, 1 volta al mese, compatibilmente con disponibilità di tutti i Componenti.

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

Le sedute del Comitato non sono pubbliche. 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 CVS, fatto salvo per quanto riguarda la gestione assicurativa del sinistro.

Le riunioni del CVS sono valide con la presenza dei 2/3 dei componenti.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del CVS, in caso di conflitto di interessi relativamente ad uno specifico caso, i componenti che si trovano in tale situazione devono astenersi dalla trattazione della pratica e di ciò va dato atto nel verbale della seduta.

A tale proposito tutti i componenti, all'atto della nomina devono assumere per iscritto l'impegno a non pronunciarsi per quelle richieste di risarcimento per le quali possa sussistere un conflitto di interessi, di tipo diretto o indiretto o potenziale, così come dovranno effettuare la dichiarazione di notorietà per assenza di conflitto di interessi rispetto ai casi trattati nel verbale di ogni seduta.

La valutazione in ordine alla sussistenza di responsabilità, la determinazione della percentuale del danno

e dell'ammontare della relativa liquidazione da proporre come parere consultivo non vincolante nella proposta al Legale Rappresentante dell'Azienda, spetta al CVS nella sua collegialità, sulla base del parere espresso dal medico legale.

Al termine di ciascuna seduta sarà 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.

I verbali, debitamente sottoscritti, saranno tempestivamente trasmessi alla Direzione Strategica Aziendale per le successive decisioni di competenza.

È prevista l'istituzione di un apposito "Registro" per i verbali del CVS (che conterrà come indicazioni minime : n. verbale, data della riunione, componenti presenti, ordine del giorno) il quale verrà stampato al termine di ogni anno e sottoscritto dai componenti,

Copia di ciascun verbale, archiviato in ordine cronologico, è custodita dalla Direzione Aziendale.

Art. 4 - Procedure e Fasi di gestione del sinistro

Un'efficace gestione del sinistro che si concluda con la negoziazione transattiva presuppone il minor numero di passaggi procedurali possibile.

La procedura per la risoluzione negoziata del sinistro comprende le "fasi gestionali", di seguito indicate: nell'elencazione, dettagliatamente riportata, sono specificati anche i termini entro i quali ogni relativa attività debba essere ultimata dagli uffici competenti, salvo il caso di particolari e complesse fattispecie, che potrebbero motivatamente aggravare il procedimento.

FASI	ATTIVITA'	TEMPISTICA (in giorni)
O	Presentazione richiesta	
I	Apertura del sinistro	45
II	Fase Istruttoria	60
III	Fase Peritale/ Accertativa	60
IV	Fase Conclusiva	15

In ogni caso, l'iter complessivo di gestione del sinistro deve concludersi, di norma, salvo casi di straordinaria complessità, entro e non oltre un anno dalla sua apertura.

Fase O- Presentazione richiesta

Il procedimento di gestione stragiudiziale del sinistro è avviato, di consueto, con la ricezione da parte dell'Ufficio Protocollo Generale di una richiesta scritta di risarcimento danni o di una istanza di mediazione ai sensi del D.Lvo 28/2010.

Fase I -Apertura sinistro/ Presa in carico del sinistro

Le richieste di risarcimento danni sono assegnate dall'Ufficio Protocollo Generale alla P.O. Affari Legali che provvede all'apertura del sinistro, effettuando i seguenti adempimenti:

- verifica preliminarmente la regolarità formale della richiesta pervenuta e, nello specifico, l'indicazione del nome e dei dati anagrafici del richiedente, la data ed il luogo (UOC/UOS.) del sinistro denunciato, l'indicazione del danno asseritamente subito, in difetto dei quali provvederà a richiedere l'integrazione dei dati mancanti.
- valutata positivamente la regolarità formale, registra la richiesta ed assegna un numero cronologico progressivo annuale;
- registra la richiesta sul portale informatico della Regione Campania (SIMES)
- inoltra formalmente la richiesta alla Compagnia di assicurazione, ove presente, secondo le modalità e i termini previsti dal contratto;
- invia nota informativa, **entro 45 giorni**, alla controparte circa la presa in carico del sinistro e/o la richiesta di eventuali valutazioni medico legali, e/o dell'ulteriore documentazione sanitaria in possesso del richiedente e/o della quantificazione del danno.

Fase II - Fase Istruttoria

Questa fase è svolta dalla P.O. Affari Legali.

In particolare, è previsto:

- l'invio di una comunicazione di presa in carico della richiesta di risarcimento alla Direzione del D.A.I. e richiesta di una relazione completa ed esaustiva in ordine al sinistro denunciato nella richiesta di risarcimento danni.

Dalla relazione redatta si devono evincere gli elementi necessari per lo studio e la valutazione dell'evento allegando, allo scopo, tutta la documentazione sanitaria pertinente, (cartelle cliniche ospedaliere e ambulatoriali in formato cartaceo e/o elettronico, referti diagnostici, anche iconografici, compresa la documentazione sanitaria e medica di eventi successivi per prosecuzione cure e accertamenti conseguenti), nonché i nominativi del personale che concretamente risulta coinvolto nel sinistro.

Per la compilazione della relazione, i sanitari chiamati a redigerla, dovranno utilizzare il fac simile all'uopo predisposto (All. 1) da cui si evincano con chiarezza i seguenti dati:

- dati completi dei predisponenti: nome e cognome, data di nascita, domicilio, sede di lavoro, posizione funzionale, numero di matricola e, per i Dirigenti Medici, anche l'indirizzo PEC ed il recapito telefonico
- sede in cui si è verificato l'evento, con indicazione precisa della posizione in cui si trovavano i soggetti;
- data e orario dell'evento;
- indicazione e dati degli operatori coinvolti;
- descrizione dettagliata e circostanziata dei fatti;
- eventuali circostanze che possano aver influito in maniera rilevante alla determinazione dell'evento (problemi gestionali, organizzativi, logistici, tecnologici, strutturali, ambientali, ecc.) anche se indipendenti dalla volontà o possibilità di azione degli operatori coinvolti;
- un breve commento rispetto alle circostanze e ai comportamenti tenuti dagli operatori nel corso degli eventi;
- valutazioni generali e specifiche sulla fondatezza della contestazione di responsabilità;
- rilievo di corretta applicazione di procedure, linee guida, raccomandazioni, protocolli e buone pratiche;
- indicazione dell'esistenza di eventuali testimoni.
- invio di eventuali comunicazioni per ogni eventuale verifica, approfondimento e collaborazione (es. analisi della richiesta di risarcimento, valutazione della completezza, valutazione ammissibilità, predisposizione di attività di incident analysis ai fini preventivi, eccetera),

Le relazioni richieste ai Direttori di UOC/UOSD/DIPARTIMENTO e al personale sanitario eventualmente coinvolto nel sinistro devono pervenire al CVS (per il tramite della PO. Affari Legali) con la massima celerità . La fase istruttoria deve concludersi entro max 60 giorni.

Fase III - Peritale /Accertativa

La fase peritale deve concludersi entro 60 giorni dalla chiusura della fase istruttoria, a cura del CVS e consiste nell'analisi di tutta la documentazione sanitaria raccolta a seguito degli accertamenti ritenuti opportuni.

Il CVS, nel corso di una o più sedute, a seconda della complessità dei casi, ha la possibilità di convocare i Direttori di UOC/UOSD/DAI e/o il personale sanitario eventualmente coinvolto nel sinistro per richiedere approfondimenti e/o delucidazioni in merito alle relazioni prodotte nella fase istruttoria.

In casi di particolare complessità, in ordine all'eventuale coinvolgimento di più professionisti e/o strutture ovvero in ordine alle particolari difficoltà diagnostico-strumentali e/o terapeutiche adottate, il CVS propone al Legale Rappresentante l'apporto consulenziale di una figura professionale terza, esterna all'Azienda, dotata di competenza, esperienza e professionalità in ordine al caso specifico, al fine di consentire l'acquisizione degli elementi necessari comprovanti la sussistenza o meno di responsabilità professionale.

La proposta, specificatamente motivata, sarà predisposta dalla PO. Affari Legali sulla base delle indicazioni contenute nel verbale del CVS.

L'eventuale scelta di convocare a visita il richiedente è, generalmente, riservata ai casi in cui non sia operativa alcuna copertura assicurativa RCTO aziendale e si preveda un probabile parere positivo preveda un probabile parere positivo sull'*an debeat*.

In occasione della visita medico legale, il periziando deve presentarsi munito della necessaria documentazione amministrativa, tecnica e sanitaria utile all'accertamento ed all'esatta determinazione del danno lamentato.

La convocazione a visita verrà predisposta dalla U.O.C. Medicina Legale.

La visita verrà effettuata presso una struttura dell'Azienda da un Medico Legale aziendale opportunamente incaricato.

Durante le operazioni di accertamento il periziando potrà essere assistito dal proprio consulente e/o medico di fiducia.

Successivamente alla visita, il CVS, anche sulla base delle relazioni cliniche acquisite dal/i sanitario/i direttamente coinvolto/i nel sinistro, nonché delle osservazioni del Direttore di Struttura del medesimo, chiamato anch'egli a formulare idoneo parere in merito, provvede alla determinazione e quantificazione complessiva del danno.

Fase IV - Conclusiva

Al termine della fase accertativa-peritale, il CVS:

- esprime parere in ordine alla reiezione della richiesta risarcitoria, per insussistenza di elementi di responsabilità degli esercenti la professione sanitaria ovvero
- esprime parere in ordine ad una possibile soluzione transattiva

Tali proposte saranno formalmente sottoposte al vaglio del Legale Rappresentante dell'Azienda che assumerà le decisioni a riguardo.

La fase conclusiva dovrà essere portata a termine entro 15 giorni dalla conclusione della fase peritale accertativa.

Art. 5 - Ricorso ex art. 696 bis c.p.c. - Procedimento di Mediazione

Con l'entrata in vigore della L. n. 24/2017 è stata prevista quale condizione di procedibilità dell'azione la proposizione del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. ovvero, in alternativa, procedimento di mediazione ai sensi del D.Lvo 28/2010.

Nel caso in cui il ricorso ex art. 696 bis c.p.c. ovvero l'istanza di mediazione si riferisca ad un sinistro coperto da polizza assicurativa e, dunque, già denunciato alla Compagnia Assicurativa, la P.O. Affari Legali provvede alla tempestiva trasmissione del ricorso ovvero dell'istanza di mediazione alla Società Assicuratrice che provvederà ad assumere la tutela legale dell'Azienda, all'uopo designando un difensore fiduciario della Compagnia medesima e, ove occorra, tecnici avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'assicurato stesso.

Qualora il ricorso ex art. 696 bis c.p.c. ovvero l'istanza di mediazione si riferisca a sinistri ancora da istruire, la P.O. Affari Legali provvederà a richiedere alla Direzione del DAI/UOC interessato e/o ai sanitari eventualmente coinvolti una relazione completa ed esaustiva in ordine al sinistro denunciato nella richiesta di risarcimento danni.

Dalla relazione redatta si devono evincere gli elementi necessari per lo studio e la valutazione dell'evento allegando, allo scopo, tutta la documentazione sanitaria pertinente, (cartelle cliniche ospedaliere, ambulatoriali, referti diagnostici, anche iconografici, compresa la documentazione sanitaria e medica di eventi successivi per prosecuzione cure e accertamenti conseguenti), nonché i nominativi del personale che concretamente risulta coinvolto nel sinistro.

Tale ultimo adempimento dovrà essere espletato dalle Direzioni interessate entro e non oltre **20 giorni** dall'inizio della fase di aperture del sinistro al fine di consentire alla P.O. Affari Legali la predisposizione delle comunicazioni di cui all'art. 13 della L. n. 24/2017.

Il CVS, sulla base della documentazione raccolta, ed in caso di assenza di idonea copertura assicurativa RCT/O nel caso di istanza di mediazione, procede alla valutazione complessiva della stessa, valutando l'opportunità per l'Azienda di definire o meno il sinistro in mediazione e trasmette, in ogni caso, al Legale Rappresentante le motivazioni alla base della propria indicazione assunta.

La decisione finale spetta comunque alla Direzione Strategica che, ove ritenga di dissentire rispetto alle valutazioni del CVS, dovrà comunque motivare il proprio dissenso.

Qualora all'esito della CTU disposta in sede di giudizio ex art. 696 bis c.p.c., ovvero in sede di mediazione dovessero emergere profili di responsabilità dell'Azienda tali da far optare per una definizione transattiva, gli esercenti la professione sanitaria a vario titolo coinvolti nel sinistro dovranno essere invitati, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 24/2017, a prendere parte alle trattative.

Art. 6 - Atto di citazione

Qualora venga notificato all'Azienda un atto di citazione, la P.O. Affari Legali provvederà a fornire tutta la documentazione agli atti, al fine di consentire ai legali incaricati di porre in essere tutte le attività necessarie alla difesa dell'Azienda.

Il CVS provvede al costante coordinamento e monitoraggio delle attività svolte dai legali aziendali eventualmente nominati e si pone a disposizione dell'avvocato difensore nominato per ogni necessaria attività difensiva.

Art. 7 - Obblighi di collaborazione aziendale - Doveri di collaborazione

Il personale dipendente dell'Azienda è tenuto a fornire al CVS la massima collaborazione in relazione alle richieste di risarcimento, fornendo la documentazione richiesta e tutte le informazioni e notizie utili per l'istruzione della pratica e la valutazione del sinistro. La totale disponibilità e fattiva e tempestiva collaborazione, direttamente o indirettamente, nel sinistro è un obbligo per tutto il personale aziendale coinvolto, al fine di garantire il buon andamento dell'attività amministrativa.

Il mancato riscontro alle richieste formulate nei termini assegnati verrà segnalato alla Direzione Strategica.

Art. 8 - Riservatezza

I componenti del CVS interni alla A.O. U. sono naturalmente tenuti al segreto d'ufficio/professionale per tutte le informazioni di cui vengano a conoscenza nell'ambito delle attività di competenza del Comitato. Il Coordinatore, per la funzione ricoperta, definisce, adotta e vigila sull'attuazione di idonee misure di sicurezza ai fini dell'acquisizione, conservazione e trattamento dei dati sanitari oggetto delle attività, anche in qualità di Responsabile del trattamento ai sensi dell'art. 2-quaterdecies del D.Lgs. 196/2003, introdotto dal D.Lgs. 101/2018, nonché ai sensi dell'art. 29 del Regolamento UE 2016/679 (c.d. GDPR). A tutti i soggetti esterni all'Azienda coinvolti nelle procedure dovranno essere imposti, nell'ambito dell'incarico formalizzato, analoghi obblighi di riservatezza e segretezza, compreso l'utilizzo delle misure di sicurezza organizzative, gestionali e tecniche all'uopo predisposte dal CVS.

Art. 9 - Entrata in vigore del Regolamento

Il presente Regolamento entra in vigore a decorrere dalla data di adozione dell'atto deliberativo.

Art.10 - Norme finali

L'Azienda si riserva di apportare al presente Regolamento le eventuali modifiche ed integrazioni che riterrà opportune o necessarie.

Revisioni ed aggiornamenti.

Il presente regolamento sarà sottoposto a revisione annuale e comunque ogni qualvolta ne venga segnalata la necessità da parte dei membri del CVS, tale revisione deve avvenire nel corso di una seduta regolarmente convocata del CVS .

La decisione della revisione del Regolamento deve essere assunta dal CVS all'unanimità e deliberate dal Direttore Generale.

Il suddetto atto deliberativo, sarà notificato a tutti i membri del CVS a cura del Coordinatore del CVS. Per ogni aggiornamento che si rendesse necessario a seguito di modifiche normative, nazionali o regionali, verrà regolarmente convocata una seduta del CVS che provvederà a inserire le dovute modifiche assumendo la decisione all'unanimità e trasmettendo, attraverso la P.O. Affari Legali, la modifica approvata alla Direzione Strategica per la Deliberazione del Direttore Generale che ratifichi la modifica stessa.

Il presente Regolamento, approvato ed adottato con Deliberazione del Direttore Generale, verrà notificato a tutti i membri del CVS, la copia cartacea originale sarà archiviata presso la Direzione Aziendale della AOU FEDERICO II.

Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile e della vigente normativa nazionale e regionale in materia.

Si intendono abrogate tutte le disposizioni eventualmente emanate dall'Azienda in contrasto e/o difformità con il presente regolamento.

Allegato 1

Modulo per la redazione della relazione informativa dei responsabili di UO sui fatti oggetto di richiesta di risarcimento danni in trattamento presso il CVS

Allegato 2

Linee Guida per il processo di quantificazione dei sinistri

Allegato 3

Modulo per l'invio del parere conclusivo del CVS al Direttore Generale

Allegato 4

Modulo per segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti

Fonti normative di riferimento:

- **Art. 32 della Costituzione**
- **Legge 8 marzo 2017, n. 24** "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e s.m.i.
- **Raccomandazione del Ministero della Salute di Maggio 2011 per la risoluzione stragiudiziale del contenzioso delle Aziende Sanitarie -Dipartimento della Qualità.**
- **Intesa Stato Regioni del 20/03/2008 in materia di creazione di iniziative atte a garantire la definizione stragiudiziale dei sinistri.**

Allegato 1

**MODULO PER RELAZIONE DEL DIRETTORE UOC/UOSD/UOS SU FATTI OD EVENTI
OGGETTO
DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI NEI CONFRONTI
DELL'AZIENDA A.O.U. FEDERICO II -NAPOLI**

DATI DI CHI PREDISPONE E SOTTOSCRIVE LA RELAZIONE AL CVS:

NOME E COGNOME _____
STRUTTURA AZIENDALE DI APPARTENENZA. _____
QUALIFICA E POSIZIONE FUNZIONALE _____
RECAPITO TELEFONICO AZIENDALE _____

.....
.....

*NOME, COGNOME, QUALIFICA DEL PERSONALE AFFERENTE ALLA U.O. CHE HA
PRODOTTO RELAZIONI ALLO SCRIVENTE DIRETTORE U.O. (ALLEGARE LE RELAZIONI
PRODOTTE DAI
SINGOLI OPERATORI SANITARI)*

- | | |
|---------|---------|
| 1..... | 6 |
| | |
| 2 | 7 |
| 3 | 8 |
| 4 | 9 |
| 5 | 10 |
| | |

.....
...

*ELENCO DEGLI OPERATORI AFFERENTI ALL' U.O. COINVOLTI NELL'EVENTO
OGGETTO DI CONTESTAZIONE:*

Allegato 2

Linee Guida per il processo di quantificazione dei sinistri

Al fine di supportare le Azienda e di uniformare i processi di quantificazione delle riserve relative alle richieste di risarcimento, la loro gestione e la conseguente imputazione dei dati immessi nel Data Base regionale "Mappatura rischi", si formulano le seguenti raccomandazioni.

Definizioni

- **Prima Stima:** inquadramento economico preliminare della Richiesta di Risarcimento (RR), espressa in termini di valore standard, per categorie di danno predefinite e per severità.
- **Prima Riserva:** prima imputazione economica del sinistro sulla base di una valutazione medico legale e del giudizio del Comitato Valutazione Sinistri (CVS).
- **Senza Seguito:** pratica di sinistro completa per il quale, esaurite tutte le attività necessarie, non è stato effettuato alcun pagamento a titolo risarcitorio o di indennizzo.
- **Attesa Passiva:** pratica sospesa in attesa di definizione o aggiornamento.

Valutazione della riserva

Il processo di quantificazione della riserva si articolerà in due fasi:

- 1) Formulazione della **Prima Stima**, espressa sulla base di valori standard elaborati per categorie di danno predefinite e per severità;
- 2) Rideterminazione della prima stima con apposizione della **Prima Riserva** alla luce della valutazione medico legale e del giudizio del CVS.

La riserva deve essere apposta sulla base della valutazione del sinistro operata dal CVS aziendale, a prescindere dal valore economico della richiesta formulata dalla controparte o da una diversa valutazione formulata dall'assicuratore.

Formulazione della Prima Stima - ad uso interno

La seguente tabella indica i valori ottenuti dalla media dei liquidati dal 2008 al 2018, per le diverse tipologie

di danno (fonte dati : Data Base Nazionali Mappatura Rischi).

E' una stima preliminare del sinistro, utile ad inquadrare lo stesso in attesa della riserva che potrà essere

apposta solo nell'ambito del CVS e solo a seguito di una valutazione medico legale.

Pertanto la Prima Stima è esclusivamente un indicatore di massima, non è una riserva e non può ritenersi

decisiva ai fini della competenza della gestione del sinistro sopra/sotto soglia franchigia aggregata.

La valutazione sulla competenza del sinistro è una delle varie risultanti di esito di un processo decisionale,

alla luce dei dati istruttori e delle risultanze medico legali, realizzatosi all'interno del CVS, ponderando adeguatamente variabili biologiche e giuridiche.

TABELLA PRIMA STIMA

TIPOLOGIA DI DANNO	DESCRIZIONE	PRIMA STIMA	
Danni alla proprietà - RCP	compresi: danni ad animali, patrimoniali non descritti, accertamenti per invalidità civile, errate prescrizioni lenti/protesi dentarie, reazioni allergiche	€ 3.500	
Responsabilità datore di lavoro - RCO	operatori	€ 4.700	
Danni a persona senza responsabilità sanitaria		€ 4.000	
DANNO A PERSONA CON RESPONSABILITA' SANITARIA	1 - morte	compresi i decessi di minori anche molto piccoli ma non legati al parto, oltre alle cadute con decesso	€ 300.000
	2 - permanente: grave	quadriplegia, gravi danni al cervello, inabilità totale	€ 935.000
	3 - permanente: maggiore	emiplegia, paraplegia, cecità, perdita di due arti, danni al cervello e perdita del visus	€ 205.000
	4 - permanente: medio	sordità, perdita di arti o limitazioni funzionali monolaterali, perdita parziale della vista, perdita di un rene o di polmone, perdita della vista ad un solo occhio e lesioni sistema nervose periferico	€ 80.000
	5 - permanente: minore	perdita/lesioni di dita, danneggiamento di organi, perdita di udito ad un solo orecchio	€ 45.000
	6 - temporanei: maggiore	ustioni, materiale chirurgico dimenticato, effetto di tossicodipendenza, guarigione ritardata	€ 35.000
	7 - temporaneo: medio	infezioni minori, fratture minori, caduta minore in ospedale. Guarigione ritardata, ma sono comprese anche le avulsioni dentarie e problemi ai denti e le cadute non meglio specificate e problemi legati agli arti non meglio specificati	€ 30.000
	8 - temporaneo: lieve	lacerazioni, contusioni, ferite minori, eruzioni cutanee ma anche i danni estetici con minimo impatto in quanto patrimoniale	€ 25.000
	9 - solo emotivo	spavento, nessun danno fisico ma anche danni senza lesioni, danni morali, danni da privacy, consenso e cartella clinica (lesioni diritti giuridicamente rilevanti)	€ 30.000
	B - baby case	neonato con 50% e oltre di disabilità (inclusi i casi di neonatologia e terapia intensiva neonatale)	€ 1.270.000
	B1 - baby case	decesso di soli neonati morti dopo pochi gg dal parto (inclusi i casi di neonatologia e terapia intensiva neonatale)	€ 375.000
	B2 - baby case	neonato con distocia alla spalla e/o danni minori a seguito parto, danni da parto non meglio specificati (inclusi i casi di neonatologia e terapia intensiva neonatale)	€ 225.000

Valutazione medico legale e determinazione della riserva

Ad esito della valutazione medico legale e completata l'istruttoria della richiesta danni sarà possibile definire

la riserva da inserire nel DB regionale che soltanto nel caso in cui non sia stato completato tale iter potrà

essere rappresentata dal valore indicato nella tabella Prima Stima.

Sinistro in Attesa Passiva

Nel caso di impossibilità di procedere nell'istruzione del sinistro a causa dell'inerzia di controparte di produrre

la documentazione richiesta, il sinistro va considerato **Aperto in Attesa Passiva**.

La prima stima o riserva apposta al sinistro verrà mantenuta per **un anno**, decorso il quale, in assenza di

variazioni, il sinistro andrà considerato **Senza Seguito** e la relativa quantificazione economica **azzerata**.

Impossibilità di concludere una transazione

Nel caso di impossibilità di addivenire alla stipula di una transazione, la riserva apposta va mantenuta per

due anni. Decorso tale periodo il sinistro andrà considerato **Senza Seguito** e la relativa riserva **azzerata**.

Sinistro Respinto

Qualora, espletata l'istruttoria, il CVS decida di respingere il sinistro per accertata assenza di responsabilità,

il valore apposto a riserva andrà **immediatamente azzerato**, ovvero nel caso di dubbi o residuali

ipotesi di responsabilità la riserva apposta verrà mantenuta per **un anno**, trascorso il quale il sinistro

verrà considerato **senza seguito** e la riserva **azzerata**.

Il sinistro nel primo caso dovrà essere lasciato nel Database **Aperto con riserva azzerata** e dopo un anno

verrà considerato Senza Seguito.

Nel secondo caso il sinistro dovrà essere lasciato nel Database **Aperto con riserva** e dopo un anno

verrà considerato Senza Seguito e azzerata la relativa riserva.

La riserva andrà **riattivata** solo a seguito del verificarsi di **atti formali** della controparte (istanza di mediazione, citazione in giudizio).

TABELLA RIEPILOGATIVA

FASE	RISERVA in DB	STATO SINISTO in DB
Prima Stima	Valore indicato in tabella	Aperto
Prima Riserva	Valore deciso da CVS	Aperto
Attesa Passiva	Per 1 anno: Valore deciso da CVS	Aperto
	Dopo 1 anno: Azzerata	Senza Seguito
Tentativo di transazione	Per 2 anni: Valore deciso da CVS	Aperto
	Dopo 2 anni: Azzerata	Senza Seguito
Sinistro respinto per assenza di responsabilità (certa)	Immediatamente Azzerata	Aperto e - dopo 1 anno - Senza Seguito
Sinistro respinto per assenza di responsabilità (dubbia)	Valore deciso da CVS e dopo 1 anno Azzerata	

Allegato 3

FASE PROPOSITIVA – PARERE CONCLUSIVO DEL C.V.S.

Danneggiato Sig. _____

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Domicilio _____

prov _____

Via p.za _____

n. _____

Luogo evento _____

Data evento _____

Descrizione evento: _____

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri riunito nella seduta del giorno _____

Esaminati gli atti relativi al sinistro in oggetto, quali richiesta risarcimento danni, documentazione e relazioni sanitarie discusso il caso sulla base del parere dei componenti il Comitato, valutati gli aspetti connessi alla fondatezza della richiesta del danneggiato, all'entità del danno lamentato, ai rischi legati al contenzioso e tutti gli altri elementi che occorre considerare per la corretta gestione assicurativa del sinistro, esprime il seguente

PARERE

SINISTRO DA NON LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE

Si ritiene utile suggerire una quantificazione del danno pari ad _____

Euro _____

SINISTRO DA LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE

Si ritiene una quantificazione indicativa nella misura massima di _____

Euro _____

Il sinistro merita di essere oggetto di approfondimento tramite audit interno

SINISTRO ALLO STATO DA RIGETTARE (riserva)

Note : _____

Per il C.V.S.
Il Coordinatore

Allegato 4

SEGNALAZIONE ALLA PROCURA REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI

Danneggiato:

Cognome

Nome

Nato a

il

Domicilio

prov

vial p.za

n.

Luogo evento

Data apertura sinistro

**Struttura
interessata**

Data di definizione

**Importo di
definizione
(comprensivo di spese
legali)**

**Copertura
Assicurativa**

SI

NO

Franchigia

SI

NO

Importo

Descrizione evento:

Motivazione delle ragioni di convenienza ed opportunità della definizione transattiva:

Criteri di quantificazione del danno:

Definizione giudiziale della vertenza:

L'A.O.U. FEDERICO II
Il Direttore Generale