

**REGOLAMENTO**  
**SULLA ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEL**  
**COMITATO AZIENDALE VALUTAZIONE SINISTRI – C.A.V.S.**  
**DELLA AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

## INDICE

ARTICOLO 1 - OGGETTO E PRINCIPI	Pag. 3
ARTICOLO 2 - MISSION	Pag. 3
ARTICOLO 3 - ATTIVITA'	Pag. 4
ARTICOLO 4 - COMPOSIZIONE DEL C.A.V.S. E COMPITI DEI SINGOLI MEMBRI	Pag. 4
ARTICOLO 5 - CONVOCAZIONE DELLE SEDUTE DEL C.A.V.S.	Pag. 9
ARTICOLO 6 - VALIDITA' DELLE SEDUTE	Pag. 10
ARTICOLO 7 - VERBALIZZAZIONE DELLE SEDUTE	Pag. 11
ARTICOLO 8 - PARTECIPAZIONE DI EVENTUALI SOGGETTI ESTERNI	Pag. 11
ARTICOLO 9 - DOCUMENTAZIONE	Pag. 12
ARTICOLO 10 - PROCEDURA DI GESTIONE DEL SINISTRO	Pag. 12
ARTICOLO 11 - TEMPI PER LA DEFINIZIONE DEL SINISTRO	Pag. 13
ARTICOLO 12 - FASE PRELIMINARE	Pag. 13
ARTICOLO 13 - FASE ISTRUTTORIA	Pag. 15
ARTICOLO 14 - FASE PERITALE VALUTATIVA	Pag. 18
ARTICOLO 15 - FASE COLLEGIALE PROPOSITIVA	Pag. 21
ARTICOLO 16 - GESTIONE DEI CASI GIUDIZIALI	Pag. 23
ARTICOLO 17 - PORTALE REGIONALE SIRES E FLUSSO MINISTERIALE SIMES	Pag. 23
ARTICOLO 18 - GESTIONE DEI FONDI E DELLE RISERVE	Pag. 24
ARTICOLO 19 - ENTRATA IN VIGORE E MODIFICA DEL REGOLAMENTO	Pag. 27
ARTICOLO 20 - DISPOSIZIONI FINALI	Pag. 27

## **ARTICOLO 1**

### **OGGETTO E PRINCIPI**

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

Il modello operativo delineato dal presente regolamento è stato predisposto nel rispetto delle Linee Guida Ministeriali per l'attività di Gestione dei Sinistri da responsabilità professionale sanitaria (*cfr.* Raccomandazione del Ministero della Salute Maggio 2011), della Legge n. 24 dell'08/03/2017 e s.m.i., nonché nel recepimento del “*Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del comitato valutazione sinistri (CVS)*”, di cui alla Determinazione della Regione Lazio del 23 novembre 2023, n. G15665.

## **ARTICOLO 2**

### **MISSION**

Il Comitato Aziendale di Valutazione Sinistri è un organismo di natura collegiale e multidisciplinare deputato a fornire parere obbligatorio, consultivo e non vincolante, sulla definizione delle richieste risarcitorie per danno alla persona da responsabilità medico/sanitaria e civilistica, formulate nei confronti dell'Azienda e /o dei suoi operatori.

È posto in *staff* alla Direzione Aziendale, di cui persegue le direttive, agendo con autonomia tecnico-organizzativa.

Il C.A.V.S. monitora e gestisce i sinistri derivanti da responsabilità professionale sanitaria al fine di:

- conseguire risparmi attraverso la trattazione diretta e celere delle istanze risarcitorie comunque denominate, e la riduzione del contenzioso giudiziale;
- migliorare il rapporto tra Azienda e danneggiato, basandolo su una corretta e trasparente comunicazione, al fine di tutelare il decoro e l'immagine della Azienda e del professionista, da una parte, e del cittadino/utente, dall'altra;
- definire una metodologia ed una modalità operativa che permettano una migliore gestione del contenzioso;
- ridurre la sinistrosità attraverso il sistema di monitoraggio e controllo messo in atto, mediante iniziative mirate alla prevenzione delle cause più frequenti che originano le richieste risarcitorie e al miglioramento della cultura aziendale in tema di sicurezza delle cure;
- valorizzare le linee produttive e le professionalità interne all'azienda, promuovendo sinergie fra le varie strutture.

### **ARTICOLO 3**

#### **ATTIVITA'**

Il C.A.V.S. per il perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 2, è deputato allo svolgimento delle seguenti attività:

- a) valuta i sinistri allo scopo di individuare il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti e verifica la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento, mediante l'analisi dei casi;
- b) definisce la migliore strategia di gestione delle richieste di risarcimento, stragiudiziali e giudiziali, nell'intento di minimizzarne l'impatto economico;
- c) valuta i sinistri per i quali la Compagnia assicurativa abbia formulato proposta transattiva;
- d) formula la propria proposta motivata di definizione del sinistro, sottoponendola alla Direzione Generale;
- e) contribuisce alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale;
- f) definisce le riserve al fine di quantificare in maniera adeguata il fondo riserva sinistri e il fondo rischi, proponendone, altresì, il periodico aggiornamento;
- g) contribuisce a promuovere, tra gli operatori, la cultura della sicurezza, cercando di individuare e mappare i rischi all'interno delle strutture aziendali, al fine di ridurre il loro impatto attraverso soluzioni efficaci ed economicamente sostenibili;
- h) propone azioni di miglioramento finalizzate alla condivisione ed alla promozione della cultura della qualità e sicurezza delle cure;
- i) contribuisce ad individuare le aree di criticità che, dal punto di vista organizzativo e tecnico-professionale, sono suscettibili di dar vita a contenzioso, al fine di prospettare le opportune azioni correttive;
- j) promuove la realizzazione di specifici *audit* in caso di reiterate fenomenologie di sinistro con riguardo alla loro frequenza e/o entità.

### **ARTICOLO 4**

#### **COMPOSIZIONE DEL C.A.V.S. E COMPITI DEI SINGOLI MEMBRI**

Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale è così composto:

- Specialista in Medicina Legale, con funzioni di Coordinatore;
- Dirigente Responsabile U.O.S.D. Affari Generali e Legali;
- Dirigente Titolare di incarico professionale elevato Supporto Legale alla Direzione Aziendale;
  
- Avvocato dipendente, ove presente, ovvero fiduciario della ASL;
- il Risk Manager ASL Rieti;

- Direttore U.O.C. Direzione Medica di Presidio (di seguito, per brevità, anche D.M.O);
  - Direttore Dipartimento Aziendale Professioni Sanitarie (di seguito, per brevità, anche D.A.P.S.);
  - collaboratore/ assistente amministrativo, assegnato alla U.O.S.D. Affari Generali e Legali, con funzioni di segreteria;
  - l'intermediario assicurativo/ Broker Aziendale;
  - Rappresentante della compagnia di assicurazione per il rischio RCT/O, per i sinistri sopra SIR;
- I componenti ed i relativi supplenti sono nominati con Deliberazione del Direttore Generale ASL Rieti.

Si precisa che:

**A) Il Medico specialista in Medicina Legale**, principalmente:

- redige la relazione medico legale necessaria e prodromica alla fase collegiale-propositiva della gestione del sinistro (in particolare sulla sussistenza o meno del nesso di causalità tra il danno lamentato e la condotta dei sanitari, sugli eventuali profili di responsabilità, sull'individuazione dell'*an* e del *quantum* risarcitorio, con valutazione del rischio di soccombenza), sentiti – occorrendo – gli operatori interessati o altri specialisti della materia;
- individua degli operatori sanitari coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità ai fini delle notificazioni delle informative *ex art.* 13 della L. n.24/2017, in stretta collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, con la Direzione dei Distretti, con la Direzione delle Professioni Sanitarie e con il responsabile della U.O.S.D. Affari Generali e Legali;
- attua ogni utile confronto con il medico-legale indicato dalla Compagnia di Assicurazione, ove il sinistro sia in carico e gestito dalla stessa;
- rilascia di parere prodromico alla costituzione in giudizio dell'Ente, quando il caso sia in gestione diretta del medesimo;
- garantisce supporto specialistico nelle procedure stragiudiziali, anche, ove occorra, attraverso la partecipazione ad incontri di mediazione con la controparte per la definizione in via bonaria dei sinistri in carico all'Azienda;
- garantisce supporto specialistico nelle procedure giudiziali relative ai sinistri in gestione diretta, quale referente dei consulenti Tecnici di Parte nominati in ambito giudiziale;
- effettua visite mediche, individuali o collegiali, nei sinistri in gestione diretta, anche con il coinvolgimento di altri specialisti;
- ricopre il ruolo di Coordinatore del C.A.V.S..

**B) il Dirigente responsabile della U.O.S.D. Affari Generali e Legali** è incaricato della istruttoria, gestione ed eventuale liquidazione dei sinistri, nonché dello svolgimento di tutti gli adempimenti amministrativi necessari al funzionamento del C.A.V.S..

In particolare:

- ha la responsabilità della fase preliminare della gestione del sinistro, che espleta sin dalla relativa apertura, suddividendo le richieste di risarcimento danni pervenute in due specifiche fattispecie (gestione diretta delle richieste quantificate fino ad € 150.000,00 o infra SIR; affidamento alla Compagnia Assicurativa delle richieste quantificate oltre € 150.000,00 che effettua l'istruttoria per il tramite della UOSD AAGGLL e in accordo con la stessa compie le scelte successive, da sottoporre al C.A.V.S.);
- gestisce e coordina la fase istruttoria del procedimento ed i rapporti tra i diversi attori coinvolti, avvalendosi del contributo delle singole unità operative mediche/sanitarie o amministrative e di ogni professionalità a tal fine utile;
- gestisce il flusso documentale e informativo relativo al sinistro;
- provvede ad ogni comunicazione relativa ai procedimenti, in particolar modo, a richiedere adeguata e dettagliata relazione sui fatti segnalati, corredata da tutta l'utile documentazione, sia medica che non;
- effettua, anche per il tramite della compagnia assicuratrice un monitoraggio della sinistrosità, con particolare attenzione alla tipologia del danno, all'ammontare economico del danno presumibile e quantificato, alla frequenza, all'area di attività interessata anche al fine di individuare strategie di intervento;
- monitora il numero dei sinistri aperti per anno e la tempistica della loro definizione;
- alimenta, per il tramite della Regione, il flusso del Sistema di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), per quanto riguarda le denunce dei sinistri;
- si occupa direttamente degli adempimenti previsti dalla L. n. 24/2017, con particolare riferimento all'art. 13 *“Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità”*.
- cura la corrispondenza con l'istante ed eventualmente con la compagnia di assicurazione;
- riceve la relazione –medico legale e avvia la fase collegiale;
- trasmette i verbali e i pareri espressi dal C.A.V.S. alla Direzione Strategica;
- si occupa in via esclusiva della fase conclusiva della gestione del sinistro.

Resta inteso che le attività del C.A.V.S. non si sovrappongono in nessun modo alle competenze e funzioni della U.O.S.D. Affari Generali e Legali, né sollevano detta unità operativa dagli specifici obblighi che le incombono, in particolare per quanto attiene:

- al rispetto degli adempimenti previsti dall'art. 13 della Legge n. 24/2017 e della relativa tempistica;
- i rapporti con la Corte dei Conti, anche per quanto concerne la denuncia alla procura Regionale e la relativa tempistica, nonché la messa in mora dei dipendenti;
- i rapporti con altri Enti e/o istituzioni.

**C) Dirigente Titolare di incarico professionale elevato “Supporto Legale alla Direzione Aziendale”**, quale dirigente incardinato presso la U.O.S.D. Affari Generali e Legali, svolge una funzione di raccordo tra la Direzione Strategica e il C.A.V.S., nonché con il difensore nominato dalla Assicurazione o dalla ASL. In particolare:

- sottopone i pareri del CAVS alla Direzione Strategia e al C.A.V.S. le decisioni assunte da quest'ultima;
- svolge il ruolo di facilitatore dei rapporti con i legali esterni, provvedendo, altresì, a calendarizzare le sedute alla quali questi parteciperanno per il necessario confronto con il C.A.V.S..

**D) Il Direttore della U.O.C. Direzione Medica di Presidio** si occupa, principalmente, di tenere i rapporti con le Unità Operative interessate e il personale sanitario coinvolto nel sinistro fonte di potenziale responsabilità e di garantire supporto al medico-legale ed alla funzione legale del C.A.V.S.. In particolare:

- dispone l'acquisizione della documentazione sanitaria ospedaliera (Cartelle Cliniche, Cartelle Ambulatoriali, Esami Clinici, referti ecc.);
- valuta la documentazione sanitaria acquisita, con particolare riguardo all'idoneità e completezza della medesima ai fini di una compiuta istruzione del sinistro, rendendo il necessario supporto alla U.O.S.D. Affari Generali e Legali;
- individua gli operatori sanitari coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità ai fini delle notificazioni delle informative *ex art.* 13 della L. n.24/2017, in stretta collaborazione con il Componente C.A.V.S. Specialista in medicina Legale, con la Direzione dei Distretti, con la Direzione delle Professioni Sanitarie e con il responsabile della U.O.S.D. Affari Generali e Legali;

**E) il Risk Manager** si occupa, principalmente, di proporre azioni finalizzate a prevenire e mitigare il rischio di eventi avversi ed implementare i *report* dei sinistri da inoltrare periodicamente alla Regione. In particolare, il Risk Manager riveste un duplice ruolo: quale componente del C.A.V.S. ha conoscenza diretta della sinistrosità aziendale riferita all'attività sanitaria e individua e propone al C.A.V.S. le azioni di miglioramento destinate agli esercenti le professioni sanitarie; quale Risk Manager aziendale è soggetto promotore di attività di individuazione delle fonti di rischio, con interventi correttivi sulle aree critiche e di revisione di procedure aziendali, il tutto nell'ottica del consolidamento della cultura della qualità, della sicurezza e della gestione del rischio clinico;

**F) il Direttore Dipartimento Aziendale Professioni Sanitarie (DAPS)** si occupa, principalmente, di:

- valutazione del sinistro con specifico riferimento all'apporto ed alla verifica delle prestazioni infermieristiche, ostetriche, tecniche e riabilitative, in relazione alle procedure esistenti e protocolli;
- fornire – se necessario – il supporto alla funzione legale del C.A.V.S. nella gestione dei sinistri che coinvolgono il comparto;
- individua gli operatori sanitari coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità ai fini delle notificazioni delle informative *ex art. 13* della L. n.24/2017, in stretta collaborazione con il Componente CAVS Specialista in medicina Legale, con la Direzione dei Distretti, con la Direzione delle Professioni Sanitarie e con il responsabile della U.O.S.D. Affari Generali e Legali.

**G) l'Avvocato** fornisce l'adeguato supporto giuridico al Comitato, valutando gli aspetti giuridici delle richieste di risarcimento. Inoltre:

- su mandato espresso del Comitato e previo parere favorevole della Direzione Strategica, può condurre le trattative stragiudiziali, finalizzate alla bonaria composizione della vertenza;
- previa compiuta istruttoria del caso e parere definitivo del C.A.V.S. e della Direzione Strategica, nonché rilascio di apposita procura, può partecipare agli incontri fissati nell'ambito delle procedure di mediazione promosse dai richiedenti, ove si tratti di sinistro in gestione diretta da parte della Azienda.

**H) il Broker**

- fornisce supporto nell'apertura, istruzione e gestione del sinistro,
- fornisce supporto nell'interpretazione di clausole della Polizza assicurativa

dell'Azienda e delle Polizze dei sanitari coinvolti nel sinistro;

- fornisce supporto nella compilazione di report richiesta dalla normativa vigente e/o di volta in volta dalle competenti istituzioni;
- fornisce supporto ai fini della migliore e più vantaggiosa trattazione del sinistro anche per l'aspetto della quantificazione dei danni, in vista di trattative stragiudiziali.

**I) Il rappresentante della Compagnia di Assicurazione** si occupa della gestione giudiziale e stragiudiziale dei sinistri sopra SIR, in ottemperanza alle obbligazioni contrattualmente assunte, notiziando periodicamente il C.A.V.S. sull'andamento degli stessi, nonché dell'esito.

Al fine di consentire il corretto funzionamento dell'organismo, viene garantita la formazione e l'aggiornamento continuo di tutti gli operatori a diverso titolo deputati alla gestione dei sinistri, mediante la progettazione di opportuni percorsi formativi interni, ovvero la partecipazione ad eventi esterni.

## **ARTICOLO 5**

### **CONVOCAZIONE DELLE SEDUTE DEL C.A.V.S.**

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

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

L'ordine del giorno delle riunioni del C.A.V.S. viene trasmesso, a mezzo posta elettronica ordinaria, dal segretario ai componenti almeno 10 (dieci) giorni prima della data della riunione.

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

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

Salvo che ricorrano esigenze di urgenza o legate alla particolarità ed alla complessità del singolo sinistro, possono essere portati alla valutazione del C.A.V.S. esclusivamente i casi già compiutamente istruiti, così da permettere al Comitato di assumere – per quanto possibile – un parere definitivo in ordine al sinistro.

## **ARTICOLO 6**

### **VALIDITA' DELLE SEDUTE**

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

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

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

Il Segretario adotta e vigila sull'attuazione di idonee misure di sicurezza - come definite dalle norme, dalle disposizioni aziendali e dal Comitato - ai fini della corretta gestione dei dati nei processi di acquisizione, trattamento e conservazione dei dati sensibili oggetto delle attività.

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

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

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

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

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

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

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

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

Anche il membro assente potrà far pervenire il proprio eventuale dissenso scritto, entro e non oltre il termine di 3 (tre) giorni dal ricevimento del verbale della seduta.

## **ARTICOLO 7**

### **VERBALIZZAZIONE DELLE SEDUTE**

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

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

É prevista l'istituzione di un apposito "Registro" per i verbali del C.A.V.S. (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.

## **ARTICOLO 8**

### **PARTECIPAZIONE DI EVENTUALI SOGGETTI ESTERNI**

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

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

Il professionista esterno dovrà essere individuato dalla Direzione Strategica Aziendale, con oneri a carico dell'Ente.

Alla convocazione alla seduta procede il C.A.V.S., tramite la segreteria.

## **ARTICOLO 9**

### **DOCUMENTAZIONE**

Sono, di norma, sottratti all'accesso gli atti del C.A.V.S. e i documenti contenuti nel fascicolo del caso, che siano prevalentemente o esclusivamente finalizzati a formulare le strategie difensive in relazione alle controversie (in atto o potenziali) che coinvolgono l'Azienda o che abbiano la funzione anche di ricostruire il fatto storico nei suoi accadimenti secondo valutazioni di ordine difensivo e strategico, anche ai sensi dell'articolo 24 della L. n. 241/1990 (a titolo esemplificativo sono sottratti all'accesso le valutazioni medico legali e i pareri e le valutazioni dell'avvocato, nonché tutti gli atti contenenti valutazioni e/o strategie difensive).

Esclusi gli atti e i documenti sottratti all'accesso di cui al comma precedente, gli atti e la documentazione detenuta stabilmente dal C.A.V.S. possono essere ostesi al soggetto interessato, o ai suoi delegati o ai suoi eredi o aventi causa - anche mediante l'impiego di opportuni accorgimenti (Stralcio/omissis) ed accompagnati dall'attestazione da parte del responsabile del procedimento che le parti omesse o stralciate contengono effettivamente valutazioni di carattere difensivo dell'Amministrazione elaborate in funzione del contenzioso- all'esito della dimostrazione dell'interesse diretto, concreto ed attuale.

## **ARTICOLO 10**

### **PROCEDURA DI GESTIONE DEL SINISTRO**

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

- fase preliminare;
- fase istruttoria;
- fase peritale valutativa;
- fase collegiale propositiva.

Si rinvia alla adozione di una successiva procedura/istruzione operativa per la puntuale definizione, per ciascuna delle suindicate fasi, delle modalità e tempistiche della comunicazione del C.A.V.S. medesimo e U.O.S.D. Affari Generali e Legali con le strutture aziendali interessate o, comunque, coinvolte (ad es. Direzione Medica Ospedaliera, Unità Operative, etc.), con la Direzione Strategica e con la/le controparte/i, specificando ulteriormente ruoli e responsabilità. La procedura/istruzione operativa *de qua* indicherà, inoltre, le modalità di costituzione, conservazione e aggiornamento del fascicolo del sinistro e dell'archivio sinistri, nonché il piano di rientro dei sinistri

arretrati e i criteri di per la compilazione, trasmissione, approvazione dei Verbali e dei pareri del Comitato.

## **ARTICOLO 11**

### **TEMPI PER LA DEFINIZIONE DEL SINISTRO**

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

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

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

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

## **ARTICOLO 12**

### **FASE PRELIMINARE**

Il procedimento di gestione stragiudiziale del sinistro inizia con l'acquisizione al protocollo aziendale della richiesta di risarcimento danni, da intendersi come qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni correlata allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda, formulata con una delle seguenti modalità

- 1) richiesta di risarcimento danni da parte del danneggiato e/o dei suoi legali e/o aventi causa nei confronti:
  - a) della struttura e/o della sua Compagnia Assicurativa ove presente;
  - b) di un professionista sanitario o della sua Compagnia per prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto della struttura (includendo: libera professione intra-muraria, attività di sperimentazione e ricerca clinica, qualsiasi forma di convenzione con il SSR, telemedicina, incarichi libero-professionali *ex art. 7 co. 6 D. Lgs. n. 165/01 e ss.mm.ii.*);
- 2) notifica di atto di Citazione/Istanza di Mediazione/Ricorso per Accertamento Tecnico Preventivo *ex art. 696 bis c.p.c.*, ricorso *ex art. 281 decies c.p.c.*, rivolti alla struttura sanitaria e/o al professionista sanitario per il risarcimento dei danni da prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto della struttura medesima;
- 3) chiamata del Responsabile Civile nel procedimento penale;

- 4) ogni altra tipologia di istanza che possa essere configurata come sinistro ai sensi di quanto previsto dalla polizza, ove ricorrente.

Non sono e non possono essere ritenuti atti idonei alla apertura del sinistro, oltre che per la decorrenza nella gestione dello stesso quale fatto noto, circostanze o fatti non pervenute per iscritto o frutto di notizie apprese *aliunde* o notificate a soggetti non deputati formalmente a ricevere comunicazioni o notificazioni ancorché dipendenti o dirigenti dell'Azienda.

Il personale dipendente della Azienda è tenuto a dare tempestiva comunicazione alla U.O.S.D. Affari Generali e Legali di ogni eventuale richiesta di risarcimento pervenutagli direttamente dal soggetto leso e/o pervenuta nei confronti della propria compagnia di assicurazione nel termine di tre giorni 3 (tre) lavorativi e, comunque, non oltre il termine di 10 (dieci) giorni dalla notifica.

La violazione di tale obbligo configura comportamento disciplinarmente rilevante e sanzionabile come previsto dalle vigenti norme contrattuali, specie se dalla sua violazione risulti irrimediabilmente compromesso il diritto di difesa e/o la mancata copertura assicurativa della Azienda ovvero venga preclusa l'ammissibilità di azioni di rivalsa e/o regresso o di responsabilità amministrativa.

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

Le richieste di risarcimento danni sono assegnate alla U.O.S.D. Affari Generali e Legali, che provvede alle formalità necessarie all'apertura del sinistro ed all'avvio della fase istruttoria.

In particolare, entro 10 (dieci) giorni dalla acquisizione della richiesta, la U.O.S.D. Affari Generali e Legali:

- a) valuta la completezza e l'ammissibilità dell'istanza pervenuta;
- b) ove l'istanza superi positivamente tale vaglio, provvede all'apertura del fascicolo, associando alla richiesta risarcitoria un identificativo univoco, in ordine progressivo per data di ricezione. Il fascicolo viene conservato in un archivio dedicato dematerializzato, che rispetta gli opportuni requisiti di sicurezza, mantenimento, accessibilità e riservatezza dei dati conservati e ha un tempo di conservazione illimitato.
- c) comunica all'utente l'avvenuta ricezione della richiesta di risarcimento danni/apertura del fascicolo relativo al sinistro, trasmettendogli l'informativa e la modulistica inerente il trattamento dati personali e sensibili ai sensi delle normative vigenti, con invito alla restituzione degli stessi debitamente compilati e firmati. La

- modulistica deve prevedere fra i soggetti autorizzati anche la Compagnia assicurativa, se presente, e/o i suoi intermediari;
- d) nella medesima corrispondenza, richiede all'utente tutta la documentazione clinico-sanitaria in suo possesso, eventuali valutazioni medico-legali, nonché ulteriore documentazione attinente al danno lamentato e alla potenziale o attuale liquidazione/risarcimento o altra forma di ristoro (ad esempio: pratica INAIL per infortunio sul lavoro o malattia professionale se correlata alla vicenda clinico-assistenziale lamentata; pratica RCA in caso di incidente del traffico attinente alla vicenda clinico-assistenziale; denuncia alla Procura della Repubblica contro noti o ignoti responsabili di fatti criminosi attinenti alla vicenda clinico-assistenziale, ecc.);
- e) provvede alla segnalazione alla compagnia assicurativa, se dovuta;
- f) comunica il sinistro alla Direzione Medica Ospedaliera/Distretti Sanitari, chiedendo la trasmissione della documentazione relativa al sinistro e, in generale, di tutta la documentazione sanitaria relativa al soggetto in quanto assistito, disponibile negli archivi della struttura.

#### **SINTESI:**

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

- Documentazione che ha originato la richiesta risarcitoria;
- Informativa inviata alla controparte;
- Segnalazione alla Compagnia, se dovuta.

### **ARTICOLO 13**

#### **FASE ISTRUTTORIA**

Essa si esplica attraverso le seguenti attività:

- a) acquisizione della documentazione sanitaria interna relativa al soggetto in quanto assistito, disponibile negli archivi della struttura (comprensiva della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica compresa quella iconografica), che la Direzione Medica di Presidio e/o la Direzione di Distretto -a seconda del luogo in cui si è verificato il sinistro- avranno cura di far pervenire alla U.O.S.D. Affari Generali e Legali, di norma, entro 7 giorni lavorativi dalla ricezione della relativa richiesta. In ogni caso, la trasmissione della documentazione richiesta non potrà eccedere il termine di giorni 20 dal ricevimento della richiesta.

- b) acquisizione della documentazione prodotta dall'utente/istante in risposta all'informativa inviategli;
- c) al fine di consentire il rispetto dei tempi per la comunicazione al personale coinvolto nell'accaduto *ex art. 13 L. n. 24/2017*, la U.O.S.D. Affari Generali e Legali invia immediatamente la richiesta di individuazione degli operatori coinvolti nel sinistro al Direttore Medico di Presidio Ospedaliero e/o del Distretto Sanitario presso il quale si è verificato il sinistro, nonché al Direttore del DAPS e al Coordinatore/medico legale del C.A.V.S., trasmettendo loro, a tal fine, la documentazione sanitaria precedentemente acquisita.

Il Direttore Medico di Presidio e/o del Distretto Sanitario, il Direttore del DAPS e il Coordinatore medico legale C.A.V.S., provvedono alla individuazione dei sanitari coinvolti nel sinistro, all'esito di apposita riunione da svolgersi tempestivamente e, comunque, non oltre il termine di 5 (cinque) giorni dal ricevimento della richiesta (anche in modalità *teams*), alla quale parteciperà anche il Responsabile della U.O.S.D. Affari Generali e Legali, con contestuale redazione di verbale, debitamente sottoscritto.

- d) raccolta e acquisizione delle relazioni cliniche sul caso da parte degli operatori che hanno avuto in cura il danneggiato, come individuati ai sensi della lettera c) che precede, che provvederanno alla relativa redazione e trasmissione nel termine massimo di 20 (venti) giorni dalla ricezione della richiesta istruttoria loro ricolta dalla U.O.S.D. Affari Generali e Legali. Il Direttori delle Unità Operative Complesse interessate sono responsabili della suddetta tempistica e della completezza della documentazione trasmessa.
- e) Nei casi che coinvolgono un elevato numero di sanitari, la U.O.S.D. Affari Generali e Legali richiederà la relazione clinica ai Direttori delle Unità Operative Complesse interessate ed al coordinatore infermieristico, che dovranno riscontrare nel medesimo termine di 20 (venti) giorni.

La totale disponibilità, la fattiva e tempestiva collaborazione, diretta o indiretta, nella trattazione e nella istruttoria, mediante la messa a disposizione della documentazione richiesta e delle informazioni utili alla valutazione del sinistro è un obbligo per tutto il personale aziendale coinvolto, al fine di garantire il buon andamento dell'attività di valutazione del sinistro stesso e delle successive azioni di tutela da intraprendere. Il mancato riscontro alle richieste formulate nei termini assegnati, costituendo un potenziale pregiudizio per l'esito del contenzioso, configura comportamento disciplinarmente rilevante e sanzionabile come previsto dalle vigenti norme contrattuali, specie se dalla sua violazione risulti irrimediabilmente compromesso il diritto di difesa e/o ne scaturisca la

mancata copertura assicurativa della Azienda, ovvero venga preclusa l'ammissibilità di azioni di rivalsa e/o regresso o di responsabilità amministrativa.

- f) raccolta e acquisizione delle relazioni tecniche, se necessarie (ad esempio: descrizione e foto dei luoghi, conformità alla normativa vigente, obblighi manutentivi, ecc.) previa richiesta istruttoria da parte della U.O.S.D. Affari Generali e Legali, cui i destinatari dovranno riscontrare nel termine di venti giorni dalla ricezione. I direttori delle Unità Operative Complesse interessate sono responsabili del rispetto della suddetta tempistica e della completezza della documentazione trasmessa;
- g) acquisizione delle procedure/istruzioni operative adottate, eventuali riferimenti a linee guida/buone pratiche attinenti al caso;
- h) eventuali dichiarazioni testimoniali;
- i) eventuale trasmissione della documentazione raccolta alla Compagnia assicurativa e al broker;
- j) ogni altro elemento utile per la valutazione del sinistro e del danno alla persona, ivi compresa la richiesta alla controparte di estrazione dei dati presenti nei software gestionali di cui all'art. 2 comma 3 del D.M. 11 dicembre 2009, nonché nelle altre eventuali banche dati disponibili, comprese quelle del Casellario Centrale Infortuni a cui afferiscono le informazioni riversate dalle Compagnie Assicuratrici o dall'INAIL.

Ultimati gli adempimenti che precedono, la U.O.S.D. Affari Generali e Legali conclude la fase istruttoria provvedendo alla trasmissione del fascicolo al Coordinatore/specialista Medico Legale.

#### **SINTESI:**

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

- Tutta la documentazione sanitaria relativa al soggetto in quanto assistito disponibile dagli archivi della struttura (quindi non limitata alle prestazioni assistenziali oggetto del sinistro);
- Relazioni clinico-assistenziali degli esercenti la professione sanitaria coinvolti;
- Tutta la documentazione prodotta in risposta all'informativa inviata alla controparte;
- Elenco degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nell'evento;
- Evidenza della comunicazione nei loro confronti ai sensi del primo periodo dell'art. 13 della legge 24/2017 entro quarantacinque giorni dalla data di notifica dell'atto introduttivo.

Il passaggio alla fase successiva si concretizza con la trasmissione del fascicolo, tracciata, dall'Ufficio competente ai soggetti incaricati della fase valutativa.

## ARTICOLO 14

### FASE PERITALE VALUTATIVA

La fase peritale /valutativa, fulcro della gestione del sinistro, deve concludersi, di norma, entro 60 giorni decorrenti dalla trasmissione del fascicolo allo specialista medico- legale da parte della U.O.S.D. Affari Generali e Legali.

Si esplica attraverso lo svolgimento delle seguenti attività:

- 1) verifica attraverso *check list* della completezza della fase accertativa/peritale;
- 2) approfondito esame della documentazione acquisita;
- 3) consultazione del dato scientifico trattatistico consolidato e della letteratura di settore più aggiornata;
- 4) valutazione della necessità di integrazioni documentali o di un confronto con specialisti esperti della materia in discussione, qualora il tenore delle contestazioni avanzate e il tema di fondo dell'istanza ne suggeriscano l'opportunità;
- 5) visita medico-legale del soggetto danneggiato ove ritenuta necessaria e possibile, soprattutto, nei casi complessi, con invalidità permanenti non stimabili con elevato grado di verosimiglianza sulla base dell'esame della documentazione fornita dall'interessato o comunque raccolta. Nella convocazione formale a visita si dovrà informare il danneggiato della possibilità di essere assistiti da un medico di fiducia e di produrre ulteriore documentazione di interesse;
- 6) eventuale audizione degli operatori sanitari coinvolti e valutazione delle osservazioni e della documentazione dai medesimi presentata
- 7) acquisizione di eventuali pareri tecnico giuridici e medico legali prodotti – a proprie spese- dai sanitari coinvolti e vagliati in sede di C.A.V.S.;
- 8) redazione della relazione medico legale, ad opera del componente C.A.V.S. specialista medico legale, che dovrà riportare nella quale si dovrà indicare la sussistenza o meno di elementi di responsabilità per colpa professionale da parte degli operatori delle Aziende, specificando la sussistenza o meno del nesso di causalità fra l'evento e le conseguenze dannose verificatesi e indicando gli elementi per la quantificazione dell'eventuale danno psico-fisico. In particolare, più analiticamente, la relazione medico legale deve contenere i seguenti elementi:
  - dati anagrafici e dati anagrafici ed identificativi della persona visitata;
  - dati identificativi del sinistro;
  - descrizione del fatto e sintesi documentale;
  - riepilogo e sintesi della eventuale documentazione prodotta dalla parte istante e di altra documentazione sanitaria e/ o amministrativa acquisita;

- sussistenza di responsabilità sanitaria anche con individuazione di linee guida, procedure e protocolli di riferimento aziendale e regionale
- nesso causale tra condotta ed eventuale danno;
- quantificazione del danno (danno biologico temporaneo e permanente, nelle sue componenti statiche e dinamico relazionali, danno alla capacità produttiva; eventuale” perdita di chance”; eventuale danno differenziale con relativi *baremes* di riferimento;
- parere sulla congruità delle spese sanitarie documentate;
- parere sul rischio connesso alla definizione giudiziale del caso, considerando elementi diversi dalla condotta tecnico professionale quale ad esempio la gestione della documentazione sanitaria e del consenso;
- valutazione delle eventuali osservazioni e della documentazione presentata dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti ai quali sono state inviate le comunicazioni *ex art. 13 Legge n.24/2017*, oppure dando atto che non sono pervenute osservazioni;
- nel caso in cui emergano elementi che rendano impossibile l’individuazione del personale coinvolto (ad es. in caso di infezione contratta nel corso di più ricoveri) ovvero nei casi in cui sia impossibile individuare la causa del sinistro, è necessario provare che è stata posta in essere ogni possibile azione all’interno dell’Azienda utile a tal fine, ivi inclusa la previsione di un accurato percorso di individuazione dell’esercente in modo da poter escludere che tale omissione sia il frutto di mera inerzia o comunque di inadeguatezza o insufficienza dell’azione amministrativa;
- valutazione del rischio di soccombenza, prendendo in considerazione anche la possibilità di suggerire l’opportunità di una conciliazione stragiudiziale, nell’ottica di contenimento della spesa. Tale rischio va graduato in tre categorie qualitative:
  - a. **REMOTO**: nell’ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo rassicurante sull’*an* e cioè mostri: assenza di inadempimento, oppure condotte professionali, assistenziali ed organizzative in linea con le raccomandazioni e le buone pratiche, oppure infine mancata soddisfazione del nesso di causalità;
  - b. **POSSIBILE**: nell’ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presti il fianco a riserve motivate, ancorché non del tutto fondate su elementi documentabili noti al momento della formulazione del parere;
  - c. **PROBABILE**: nell’ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo non rassicurante sull’*an* e cioè mostri: presenza di inadempimento, oppure condotte professionali, assistenziali ed organizzative non conformi agli

standard attesi, oppure infine accertata verifica della evitabilità dell'evento dannoso, con impossibilità di ricondurre l'inadempimento a fattori non imputabili alla prestazione oggetto di contestazione.

- Motivare il rischio di soccombenza anche attraverso l'indicazione di criticità di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo, nonché di tipo professionale (ad esempio relative all'osservanza di raccomandazioni, linee guida e/o buone pratiche eventualmente applicabili nel caso concreto),

Gli elementi di cui sopra costituiscono indispensabile riferimento per l'assunzione delle successive decisioni e presupposto per la quantificazione del danno in termini economici.

Per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le indicazioni orientative delle Guide in uso in Italia, specie i documenti programmatici forniti dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Roma o, alternativamente, di Milano, privilegiando la guida accreditata dalla associazione scientifica nazionale di settore (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, SIMLA) e le tabelle per i danni valutabili oltre le cosiddette micropermanenti, ovvero secondo le indicazioni della Tabella Unica Nazionale.

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

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

Il C.A.V.S. adotta i predetti criteri di valutazione tenendo conto degli aggiornamenti ed integrazioni da parte di Società Scientifiche e/o di carattere normativo e/o giurisprudenziale.

## **SINTESI:**

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

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

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

## ARTICOLO 15

### FASE COLLEGALE PROPOSITIVA

La fase collegiale deve concludersi, di norma, entro 60 giorni dalla conclusione della fase valutativa.

Il C.A.V.S., acquisiti gli elementi dell'istruttoria e della fase valutativa/peritale (nonché la relazione medico legale del professionista fiduciario della compagnia di assicurazione oltre alla richiesta di autorizzazione a transigere il sinistro a termine di Polizza RCT/O) procede a definire il sinistro affrontando, collegialmente, la disamina e discussione dello stesso, eventualmente anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti, nel corso di apposita seduta.

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

La stima preliminare dei costi e delle potenziali perdite spettano in prima istanza allo specialista medico-legale e al componente esperto di gestione assicurativa/ liquidativa, ove presente. Nel caso in cui non si disponga di sufficienti elementi, la stima viene definita "non quantificabile". In tal caso, verrà attribuita una riserva tecnica d'ingresso pari a centomila euro in caso di danni da morte o da parto, e a cinquantamila euro per tutti gli altri casi.

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

Il confronto collegiale si conclude con la definizione di un parere conclusivo oppure con il rinvio ad una successiva discussione per un approfondimento istruttorio e/o valutativo mirato. Il rinvio dovrà essere chiaramente rappresentato e motivato nel verbale di seduta, esprimendo la natura degli ulteriori accertamenti richiesti ed esplicitando il termine previsto per gli stessi, calendarizzando la discussione nella prima seduta utile.

Il parere potrà essere:

1. **PARERE FAVOREVOLE** alla liquidazione stragiudiziale o all'adesione alla proposta conciliativa. Indica la sussistenza di fondate e molteplici ragioni di opportunità nella promozione e concretizzazione di una soluzione transattiva entro un importo massimo quantificato in una somma monetaria onnicomprensiva rientrante all'interno della riserva comunque allocata, ovvero accettando uno scostamento. La scelta della transazione deve fondarsi su criteri di ragionevolezza, logicità e razionalità dell'azione, sulla valutazione tecnica del caso, sull'ammissibilità giuridica dell'istanza risarcitoria e sulla realistica probabilità di soccombenza in eventuale giudizio.

In caso di parere favorevole, inoltre, in osservanza a quanto previsto dalla legge n. 24/2017, articolo 13, comma 1, la U.O.S.D. Affari Generali e Legali deve informare gli esercenti la professione sanitaria eventualmente coinvolti dell'avvio di trattative, con invito a prendervi parte, pena l'inammissibilità di una eventuale azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa nei confronti degli stessi, ove ricorrano i presupposti.

La Direzione strategica, in caso di accoglimento del parere del C.A.V.S., procede al provvedimento di autorizzazione alla liquidazione del sinistro.

Ricevuto il provvedimento, la U.O.S.D. Affari Generali e Legali aggiorna il fascicolo e comunica alla controparte la decisione assunta ai fini della soluzione transattiva. Se la controparte accetta la decisione, la U.O.S.D. Affari Generali e Legali provvede all'aggiornamento del fascicolo del sinistro, includendovi tutti i documenti prodotti nella fase collegiale, compreso l'atto comprovante l'avvenuta liquidazione, procedendo così alla definitiva chiusura del sinistro, qualificato come "chiuso-liquidato".

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

2. **RIGETTO:** indica l'assenza- allo stato- di ragioni di opportunità strategica nella promozione di una soluzione transattiva per il sinistro. Si deve fornire riscontro del rigetto alla controparte. Il valore eventualmente apposto a riserva va azzerato. Il sinistro rimane "aperto" seppur con riserva azzerata e, dopo almeno sedici mesi di inattività e di assenza di comunicazioni circostanziate, considerarlo come "*chiuso senza seguito*".
3. **CHIUSURA DEL SINISTRO SENZA SEGUITO:** quando, trascorsi almeno sedici mesi dall'apertura del sinistro, non essendo intervenuti fatti nuovi nell'evoluzione dello stesso e non essendo state ricevute sollecitazioni dalla controparte aggiuntive rispetto all'originaria formulazione dell'istanza risarcitoria, a dispetto del giudizio di soccombenza e della valutazione dell'entità del danno comunque stimati, il sinistro viene archiviato con conseguente azzeramento della riserva allocata. Nel caso di nuovi atti formali della controparte successivi al termine dei sedici mesi, la riserva va riattivata ed il caso posto nuovamente in discussione.
4. **RINVIO:** si tratta della circostanza in cui, nonostante si disponga di un parere tecnico medico legale e della documentazione completa, il parere viene rinviato a causa della mancata costituzione di una maggioranza nell'orientamento da assumere o su espressa richiesta di un ulteriore approfondimento della posizione da parte di uno dei componenti del C.A.V.S..

I pareri del C.A.V.S. sono protocollati e costituiscono allegati del verbale, unitamente al quale sono trasmessi alla Direzione strategica a cura della U.O.S.D. Affari Generali e Legali.

L'attività del C.A.V.S. è da considerarsi terminata con l'espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro, essendo tutte le fasi successive di competenza della U.O.S.D. Affari Generali e Legali e della Direzione Strategica.

#### **SINTESI:**

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

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

### **ARTICOLO 16**

#### **GESTIONE DEI CASI GIUDIZIALI**

Nel caso in cui non sia possibile addivenire ad una transazione e si debba, quindi, intraprendere il percorso giudiziale, il C.A.V.S., per il tramite del Dirigente titolare di incarico professionale elevato "*Supporto Legale alla Direzione Aziendale*", dovrà garantire una tempestiva e completa attività di confronto e raccordo con il difensore nominato dall'Azienda e /o dalla compagnia assicurativa, garantendo a quest'ultimo la piena conoscenza dei fatti e convocandolo alle riunioni del C.A.V.S. per la discussione collegiale e la condivisione delle scelte difensive nell'intero corso del giudizio.

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

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

### **ARTICOLO 17**

#### **PORTALE REGIONALE SIREs E FLUSSO MINISTERIALE SIMES**

La U.O.S.D. Affari Generali e Legali detiene il *data-base* aggiornato dei sinistri ed elabora, sulla base dei propri dati, statistiche e report su richiesta dell'U.O.C. Risk Management, Qualità dei processi e

Auditing ai fini della redazione annuale del PARS, degli organi delle Direzioni Aziendale, Regionale e/o Ministeriali. A tal fine sono utilizzati i seguenti software di riferimento:

- Sistema Informativo Ministeriale per il monitoraggio degli Errori in Sanità- SIMES;
- portale del Sistema Informativo Regionale per il monitoraggio degli Errori in Sanità – SIRES.

Al fine di consentire il rispetto del debito informativo nei confronti del SIMES sinistri, nonché di quanto sarà previsto dagli emanandi decreti attuativi della Legge n.24/2017, tutte le Aziende devono alimentare lo specifico portale regionale SIRES.

A tal fine nell'ambito dell'U.O.S.D. Affari Generali e Legali, è individuata la figura preposta all'alimentazione del flusso ed a monitorare l'effettivo inserimento dei sinistri sul portale. Il C.A.V.S. collabora con l'Ufficio competente e con le figure preposte.

Analogamente, nell'ambito dell'U.O.C. Risk management, Qualità dei processi e Auditing, è individuata la figura preposta ad alimentare il flusso informativo regionale SIRES per quanto riguarda gli Eventi Avversi e gli Eventi Sentinella.

## **ARTICOLO 18**

### **GESTIONE DEI FONDI E DELLE RISERVE**

Con cadenza periodica, possibilmente in una seduta speciale dedicata, il C.A.V.S. esamina l'andamento del fondo Rischi e del fondo Riserva Sinistri, alla luce dell'evoluzione dei sinistri per singola annualità e, in particolare, procede a:

1. Azzerare la riserva di sinistri chiusi perché: a) Liquidati; b) Senza seguito; c) Respinti;
2. Aggiornare il fondo riserva sinistri per i sinistri aperti il cui giudizio di soccombenza sia variato;
3. Aggiornare la riserva di sinistri aperti sulla base di rivalutazioni tecniche, medico-legali, giuridiche o anche solo di opportunità;
4. Aggiornare la posizione di eventi già censiti nel fondo rischi, ma nel frattempo tramutati in sinistri e spostare la quota allocata a loro copertura dal fondo rischi al fondo riserva sinistri.

Ai fini dell'imputazione della riserva per ciascun sinistro, indipendentemente dall'annualità di generazione di questi, non va calcolato il potenziale recupero di quote derivanti dall'esercizio dell'azione di rivalsa, perché non determinabile nel quantum.

Per la stima preliminare del peso economico del sinistro e la definizione della riserva da accantonare, tenuto conto dei criteri indicati all'interno della Legge 4 agosto 2017 n. 124 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza) e ss.mm.ii. in materia di determinazione del danno biologico e del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso e sulla scorta della traduzione monetaria

solitamente realizzata dal Tribunale di Roma sez. XIII calcolata in riferimento alle serie storiche e agli aggiornamenti dei valori tabellari emanati periodicamente a cura del medesimo Tribunale, si utilizzeranno le tabelle di cui al “Documento di Indirizzo sulla gestione dei sinistri da Responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato valutazione Sinistri (CVS)” adottato dalla Regione Lazio in data 7 novembre 2023 e qui di seguito riportate:

<b>TABELLA ORIENTATIVA PER LA DETERMINAZIONE DELLA STIMA PRELIMINARE DEL PESO ECONOMICO DI UN SINISTRO A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DELLA RESPONSABILITÀ E DELL'ENTITÀ DEL DANNO</b>	
<b>TIPOLOGIA ED ENTITÀ DEL DANNO</b>	<b>STIMA (€)</b>
<b>DANNI A COSE</b>	
Compresi: danni ad autovetture, dispositivi elettronici personali (cellulari, personal computer, tablet, ecc.), effetti personali (abiti, monili, ecc.), smarrimento/rotture (lenti protesi dentarie/apparecchi acustici, ecc.), furti di oggetti personali di valore (carte di credito, orologi, monili, ecc.)	3.500
<b>RESPONSABILITÀ DATORE DI LAVORO</b>	
Danni ad operatori sanitari non coperti da INAIL	15.000
<b>DANNO A PERSONA DA RESPONSABILITÀ SANITARIA</b>	
<b>Morte</b> Compresi i decessi di minori anche neonati ma non legati al parto, oltre alle cadute con decesso, stimando almeno due eredi	500.000
<b>Perdita di chance</b> Esempio: morte sopravvenuta in soggetto con probabilità di sopravvivenza a 5 anni ex ante inferiori al 30%	100.000
<b>Permanente: grave (invalidità permanente parziale stimabile superiore al 67%)</b> Esempio: quadriplegia, emiplegia, emiparesi grave, paraplegia, gravi danni encefalici, cecità, sordità, perdita anatomica o funzionale di due arti o del solo arto superiore dominante	500.000
<b>Permanente: medio (invalidità permanente parziale stimabile compresa tra il 30 ed il 66%)</b> Esempio: danni encefalici di media entità, emiparesi di media entità, perdita anatomica o funzionale di un arto; perdita del visus monolaterale o altri deficit visivi parziali, ipoacusia bilaterale grave, emiparesi di lieve entità	Fino a 250.000
<b>Permanente: minore (invalidità permanente parziale compresa tra il 10 ed il 29%)</b> Esempio: perdita di un rene o di polmone, perdita del pollice della mano dominante, emiparesi con lieve deficit di forza e minimo impaccio ai movimenti fini della mano, perdita/lesioni di dita (escluso il pollice dominante), indebolimento di funzioni viscerali (compresi quelli di senso), anacusia/ipoacusia ad un solo orecchio	Fino a 120.000
<b>Micropermanente: minimo (invalidità permanente parziale compresa tra &gt; 0 e 9)</b> Esempio: perdita di un dente, frattura costale con callo esuberante, esiti soggettivi di trauma cranico non commotivo, danni estetici di modesta entità, su zone corporee non critiche	Fino a 30.000
<b>Danno da parto/neonatologico di media entità</b> Esempio: invalidità permanente parziale su neonato superiore al 30% e inferiore al 50%, con danni riflessi sui genitori	Fino a 275.000
<b>Danno da parto/neonatologico di grave entità</b> Esempio: Invalidità permanente parziale su neonato superiore al 50% e inferiore all'80%, con danni riflessi sui genitori	Fino a 500.000
<b>Danno da parto/neonatologico di severa entità/morte ritardata</b> Esempio: invalidità permanente parziale su neonato superiore all'80% o morte del neonato dopo almeno un anno di sopravvivenza, con danni riflessi sui genitori	Fino a 1.300.000
<b>Danno da parto/neonatologico morte immediata</b> Esempio: morte immediata o sopravvenuta dopo poche settimane di sopravvivenza	Fino a 300.000
<b>Danno da lesione del solo diritto alla libertà di autodeterminazione</b> Esempio: sofferenza intima (danno morale), senza alcun riferimento ad eventuali collegamenti con danni fisici conseguiti alla violazione del consenso informato	Fino a 50.000

TABELLA ORIENTATIVA PER LA DETERMINAZIONE DELLE RISERVE D'INGRESSO IN RELAZIONE ALL'ENTITÀ DEL DANNO BIOLOGICO PERMANENTE PARZIALE, ALL'ETÀ DEL DANNEGGIATO E AL VALORE PECUNIARIO DEL PUNTO CALCOLATO SULLA BASE DELLA LEGGE BALDUZZI (MICROPERMANENTI) E DELLE TABELLE DI ROMA 2019 (MACROPERMANENTI)								
ETÀ DANNEGGIATO	MICROPERMANENTI (DM 8/6/22 ex L. Balduzzi)			MACROPERMANENTI (Tabelle Tribunale di Roma 2019)				
	3%	6%	9%	10%	30%	50%	60%	90%
1	3.135	8.883	18.029	22.414	128.880	368.585	1.071.656	1.378.494
10	3.135	8.883	18.029	21.405	123.080	351.998	1.023.431	1.316.461
25	2.900	8.217	16.676	19.724	113.414	324.354	943.057	1.213.074
50	2.508	7.107	14.423	16.922	97.304	278.281	809.100	1.040.762
75	2.116	5.996	12.169	14.120	81.194	232.208	675.143	868.451
85	1.959	5.552	11.268	13.000	74.750	213.779	621.560	799.526

TABELLA ORIENTATIVA PER LA DETERMINAZIONE DELLA RISERVA D'INGRESSO NEI CASI DI DANNO DA MORTE	
TIPOLOGIA ED ENTITÀ DEL DANNO	RISERVA D'INGRESSO (€)
Morte di soggetto di età pari a 50 anni, aspettative di vita fino a 82 anni, con intervallo di sopravvivenza superiore a 15 giorni ma inferiore a un anno, lucida agonia e presenza di 3 prossimi congiunti conviventi	<b>1.300.000</b>
Morte di soggetto di età pari a 50 anni, aspettative di vita fino a 82 anni, con intervallo di sopravvivenza superiore a 15 giorni ma inferiore ad un anno, lucida agonia e presenza di 4 prossimi congiunti conviventi e tre eredi ulteriori non conviventi	<b>1.700.000</b>
Morte di un soggetto di età pari a 50 anni, con intervallo di sopravvivenza inferiore a 15 giorni, con o senza lucida agonia, e presenza di 3 prossimi congiunti conviventi	<b>1.050.000</b>
Morte di un soggetto di età pari a 50 anni, senza lucida agonia, con intervallo di sopravvivenza superiore a 15 giorni, e presenza di 1 prossimo congiunto convivente e due ulteriori eredi non conviventi	<b>450.000</b>
Morte di un soggetto di età pari a 50 anni, con intervallo di sopravvivenza inferiore a 15 giorni, con o senza lucida agonia, e presenza di 4 prossimi congiunti conviventi e tre eredi ulteriori non conviventi	<b>1.450.000</b>
Morte di neonato con presenza di due genitori, due fratelli e quattro nonni	<b>1.500.000</b>
Evento letale che ha comportato la perdita delle aspettative di vita di 5 anni in un soggetto adulto di età superiore a 50 anni, indipendentemente dal numero di prossimi congiunti/eredi	<b>400.000</b>

## **ARTICOLO 19**

### **ENTRATA IN VIGORE E MODIFICA DEL REGOLAMENTO**

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

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

## **ARTICOLO 20**

### **DISPOSIZIONI FINALI**

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

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