



REGOLAMENTO:
**“PER LA GESTIONE E DEFINIZIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA’
SANITARIA E NON”**

Sommario

1. RIFERIMENTI.....	4
2. FINALITA'	5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	7
4. SOGGETTI/ORGANISMI COINVOLTI NELL' ATTIVITÀ CONNESSA ALLA GESTIONE DEI SINISTRI:	7
4.1. Comitato Valutazione Sinistri (CVS).....	7
4.2. UOC Affari Generali e Legali.....	8
4.3. Medico Legale Aziendale	8
4.4. UOS Attività Igienico sanitaria per i Servizi del Polo Territoriale.....	9
4.5. UOC Direzione Medica del Polo Ospedaliero	10
4.6. UOC Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS).....	11
4.7. Risk Manager	11
4.8. Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)	11
4.9. Mediatore dei conflitti	12
4.10. Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)	12
4.11. Responsabile della protezione dei dati (DPO).....	12
4.12. UOC Gestione Tecnico Patrimoniale.....	13
4.13. UOC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.....	13
4.14. I Direttori delle Unità Operative	14
4.15. Gli Esercenti le professioni sanitarie	14
4.16. UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	15
4.17. Direzione Strategica.....	15
4.18. Broker Assicurativo	16
4.19. La Compagnia di Assicurazione	17
5. DEFINIZIONI	17
6. PROCEDURA OPERATIVA: "GESTIONE SINISTRI"	20
6.1. Protocollazione.....	20
6.2. Art. 2. Attività Preliminare.	20
6.3. Inserimento dei sinistri sul portale regionale Geddis	20
6.4. Individuazione del perimetro del danno	20
6.5. Richiesta Risarcitoria.....	21
6.6. Oggetto del risarcimento.....	21
6.7. Instaurazione del contenzioso.	22
6.8. Prima Stima del Danno.....	23
6.9. Apertura Sinistri	24
6.10. Richieste Interne	25
6.11. Richieste Esterne.....	26
6.12. Richieste Interne	27
6.13. Richieste Esterne.....	28
6.14. Consulenza Medico Legale (CTP).....	28
6.15. Scheda di Valutazione del Danno	30
6.16. Conflitti d'interessi	31
7. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI.....	31
7.1. Composizione.....	32
7.2. Compiti	33
7.3. Obiettivi	33

7.4.	Preparazione Riunione CVS	33
7.5.	Ordine del Giorno e Convocazione	34
7.6.	Competenze generali del CVS	36
7.7.	Competenze specifiche dei singoli componenti del CVS:.....	36
7.8.	Verbalizzazione delle riunioni del CVS	37
7.9.	Decisione del CVS	37
7.10.	Iter da seguire per l'avvio di eventuali trattative	39
7.11.	Decisioni del CVS	39
8.	COMUNICAZIONI, EX ART. 13 L. 24/2017.....	40
9.	LIQUIDAZIONE DEL DANNO STRAGIUDIZIALE.....	41
10.	RISARCIMENTO IN FORMA SPECIFICA	42
11.	ATTO DI TRANSAZIONE.....	42
12.	MEDIAZIONE CONCILIATIVA	43
13.	TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE MEDIANTE ATP	43
14.	ACCESSO AL PATROCINIO LEGALE	44
15.	APPLICAZIONE DELL'ART. 1910 C.C.....	44
16.	SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI	45
17.	AZIONE DI RIVALSA.....	46
18.	RISERVE.....	46
19.	ACQUISIZIONE COPIA ORDINATIVI DI PAGAMENTO.	47
20.	TRASPARENZA DEI DATI.....	47
21.	COMUNICAZIONI	47
22.	DISPOSIZIONI FINALI	47

1. RIFERIMENTI

- 1) DPR n. 3, del 10 gennaio 1957;
- 2) Legge n. 20, del 14 gennaio 1994;
- 3) D.Lgs n. 502, del 30 dicembre 1992 e s.m.i.;
- 4) D.Lgs n. 368, del 17 agosto 1999;
- 5) D.Lgs n. 196/2013;
- 6) D.Lgs n. 81/2008;
- 7) D.Lgs n. 28/2010;
- 8) Legge n. 189, dell'8 novembre 2012;
- 9) Legge n. 114, dell'8 novembre 2014;
- 10) Legge Regionale n° 23/2015 "Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo";
- 11) D.Lgs 174/2016 (codice di giustizia contabile);
- 12) Legge 24/2017 (L. Gelli/Bianco);
- 13) Art. 11, lettera d), Legge 3/2018 (L. Lorenzin);
- 14) L n.ro 2019 del 22/12/2019
- 15) Circolare n. 46/SAN, del 27 dicembre 2004 e successive linee guida annuali;
- 16) Circolare attuativa della D.R.G. n. 4334 del 26 ottobre 2012 "Determinazioni gestione del Servizio Socio-sanitario esercizio 2013" (nota Direzione Generale Sanità del 17 dicembre 2012 – prot. H1/2012/0036178) – Allegato A Progetto Assicurativo Regionale: Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri;
- 17) Nota Direzione Generale Sanità H1/2015/0006824 del 3 marzo 2015 – Progetto Assicurativo Regionale: Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – Integrazione 2015;
 - 18) Nota interpretativa del Procuratore della Corte dei Conti, del 2 agosto 2007, Prot. 9434;
 - 19) CCNLL di riferimento.
 - A) Giurisprudenza;
 - B) Dottrina;
 - 20) Atti e Regolamenti Aziendali Pertinenti.

2. FINALITA'

La finalità del presente documento è la definizione di una procedura per la Gestione dei Sinistri che tiene conto degli indirizzi regionali in materia e delle strategie aziendali per la gestione e definizione dei sinistri.

Inoltre, la presente procedura tiene conto:

- 1) degli assetti organizzativi previsti dal POAS;
- 2) delle disposizioni normative vigenti in materia;
- 3) delle condizioni della copertura assicurativa stabilite nelle polizze assicurative per responsabilità civile verso terzi (RCT) e nelle polizze assicurative per responsabilità civile verso operatori RCO (RCT/O).

Gli obiettivi principali del presente regolamento sono quelle di:

- definire un corretto processo di raccolta delle informazioni e della documentazione necessaria per la gestione e l'istruttoria dei sinistri da responsabilità sanitaria e di qualsiasi altra natura;
- adeguare la procedura già esistente della gestione sinistri:
 - 1) all'evoluzione normativa in materia di responsabilità sanitaria e degli esercenti le professioni sanitarie (L. 24/2017, e s.m.i.);
 - 2) all'obbligo di assicurazione preveduto del co. 6 dell'art. 10 L. 24/2017, tenuto conto nuova bozza di regolamento attuativo sulle assicurazioni per rischio professionale, oggetto di approvazione nella conferenza Stato – Regioni, del 9 Febbraio 2022;
 - 3) L. Lorenzin n. 3/2018;
 - 4) L. n. 219 del 22/12/2019;
 - 5) alla riforma del sistema socio sanitario regionale (L.R. 33/2009 e s.m.i.);
 - 6) all'evoluzione condizioni di garanzia assicurativa delle polizze RCT/O;
- Perseguire la trasparenza dei dati;
- tutela della privacy degli utenti/pazienti;
- individuazione delle professionalità necessarie al corretto funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri;
- Individuazione e definizione dei ruoli nella corretta gestione dei sinistri, necessari per il raggiungimento dei risultati attesi;

- creazione di un modello omogeneo di gestione dei sinistri aziendali, ricadenti nelle polizze assicurative da RCT/O e/o in regime di auto-assicurazione;
- sviluppo e utilizzo di strumenti di risoluzione alternativa alle controversie, favorendo – se possibile – la composizione stragiudiziale delle stesse, al fine di ridurre l’impatto economico nel caso dell’instaurarsi di un possibile giudizio.

L’applicazione della presente procedura tende a raggiungere i seguenti risultati:

- aumento dell’efficienza operativa nella raccolta di informazioni e documentazione necessarie per una ottimale gestione della sinistrosità;
- favorire la sollecita istruttoria, valutazione, definizione ed eventuale liquidazione dei sinistri, stabilendo a tal fine protocolli ad hoc delle singole fattispecie, personalizzati in base alla diversa tipologia ed alle caratteristiche della singola fattispecie concreta (ad esempio: sinistri da caduta, smarrimento di protesi dentaria e/o acustica, smarrimento di beni personali, mal practice);
- accurata tracciabilità di tutte le fasi del processo istruttorio, valutativo e decisionale;
- maggiore collaborazione tra le diverse funzioni aziendali attive nel monitoraggio e nella gestione dei singoli sinistri, avvalendosi in maniera ottimale delle professionalità di un team multidisciplinare integrato;
- migliorare l’efficacia ed efficienza gestionale per contenere e minimizzare l’impatto economico in termine di oneri finanziari diretti ed indiretti;
- aumento della disponibilità di dati e di indicatori utilizzabili nel contesto dei programmi e delle azioni per la prevenzione del contenzioso, per la prevenzione del rischio clinico ed il miglioramento della sicurezza dei percorsi assistenziali dei pazienti;
- organizzazione periodica di corsi di formazione (FAD) e frontali (in aula) per aggiornare e sensibilizzare gli esercenti le professioni sanitarie e non, con specifico riguardo:

- all'evoluzione normativa in tema di responsabilità sanitaria e responsabilità civile;
- alla partecipazione attiva di tutte le fasi dell'istruttoria;
- alla eventuale partecipazione alle riunioni del Comitato Valutazione Sinistri;
- alla assunzione di responsabilità e condivisione della stessa;
- alla eventuale partecipazione alle trattative con il danneggiato, avente diritto, con il suo legale e/o con il suo rappresentante, secondo le disposizioni dell'art. 13 della L. 24/2017;
- alla consapevolezza che le comunicazioni previste dall'art. 13 della L. 24/2017 discendono da precise disposizioni di legge di comunicazione/informazione poste a carico delle Strutture Sanitarie;
- alla comprensione che le predette comunicazioni vanno intese come uno strumento a vantaggio degli esercenti le professioni sanitarie e non come atti persecutori.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le disposizioni del presente regolamento si applicano nella gestione dei sinistri da responsabilità sanitaria e non, verificatesi in area ospedaliera e territoriale, correlate all'attività istituzionale da parte del personale afferente all'ASST di Lodi a vario titolo.

4. SOGGETTI/ORGANISMI COINVOLTI NELL'ATTIVITÀ CONNESSA ALLA GESTIONE DEI SINISTRI:

4.1. Comitato Valutazione Sinistri (CVS).

Il CVS svolge una funzione strategica nella gestione dei sinistri.

È istituito secondo le disposizioni, circolari e con le linee guida di Risk Management diramate periodicamente dalla Regione Lombardia.

Il CVS è un organismo multidisciplinare e riveste un ruolo primario e di propulsione nella gestione, istruttoria e definizione dei sinistri. È coordinato dal Direttore dell'Unità Operativa Affari Generali e Legali o da un suo delegato.

La Direzione Strategica Aziendale, secondo le indicazioni regionali, può essere coinvolta per casi di particolare rilevanza nel processo valutativo e decisionale.

L'iter istruttorio prevede il coinvolgimento di molteplici soggetti e funzioni aziendali.

4.2. UOC Affari Generali e Legali

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali:

- è il promotore, propulsore con compiti di raccordo tra i diversi soggetti per l'applicazione della presente Procedura;
- avvia il percorso istruttorio relativamente alla presa in carico e gestione delle richieste risarcitorie;
- riceve e gestisce tutte le richieste risarcitorie (apertura dei fascicoli di sinistri);
- alla conseguente trattazione dei sinistri con i danneggiati, con i legali patrocinatori e/o rappresentanti degli stessi;
- alla conseguente trasmissione delle richieste risarcitorie al Broker Assicurativo, al fine dell'eventuale attivazione della copertura assicurativa secondo le condizioni stabilite nella vigente polizza per RCT/O;
- provvede a fare una prima quantificazione economica del danno, al fine di determinare il perimetro dello stesso (sotto o sopra SIR), in seguito alla valutazione preliminare del medico legale aziendale;
- svolge tutte le attività amministrative al fine della gestione dei sinistri;
- funge da interfaccia con tutte le altre parti coinvolte;
- aggiorna i data-base (Regionale e Aziendale) con cadenza periodica ed ogni qual volta interviene una variazione.

4.3. Medico Legale Aziendale

Il medico legale aziendale svolge un ruolo primario e fondamentale per una corretta e tempestiva gestione dei sinistri.

In particolare:

- valuta dal punto di vista medico-legale i sinistri, consultando e confrontandosi, eventualmente, anche con i Direttori delle Unità Operative e con gli esercenti le professioni sanitarie dove l'evento infausto si è verificato;
- verifica, al fine di stabilire l'"an debeatur", la completezza della documentazione sanitaria;
- può chiedere eventuali integrazioni sia alla Direzione Medica, ai Direttori di UOC, nonché ai singoli sanitari che prestarono le cure del caso al danneggiato;
- può chiedere eventuali integrazioni anche al danneggiato o suo rappresentante tramite l'Unità Operativa Affari Generali e Legali;

- richiede eventuali controdeduzioni agli esercenti le professioni sanitarie in merito a quanto contestato ed asserito dalle controparti negli atti di messa in mora e nei propri elaborati peritali;
- predispone per ogni singolo sinistro, una sintetica valutazione medico-legale con indicazione della percentuale del danno biologico totale e/o indennità permanente (IP) e dell'eventuale indennità permanente temporanea (IPT) per consentire una iniziale stima economica del danno, al fine di determinare il perimetro dello stesso;
- redige, a conclusione dell'istruttoria, apposite consulenze e/o relazioni a visite medico-legali;
- partecipa in qualità di CTP nei ricorsi nelle opportune sedi, nell'interesse della ASST di Lodi;
- concorre nel dare concreta attuazione al corpo della Legge 24/2017, con particolare riferimento all'art. 13 della stessa. Infatti, provvede alla individuazione dei nominativi degli esercenti le professioni sanitarie, effettivamente coinvolti nel singolo sinistro in relazione ad uno stretto nesso di causalità rispetto ai fatti presupposti della richiesta risarcitoria, confrontandosi, eventualmente, con i Direttori delle Unità Operative teatro del luogo dove l'evento infausto si è verificato, ai quali sono state indirizzate e/o verranno indirizzare le comunicazioni di cui all'art. 13 della L. n. 24/2017 e s.mi..

4.4. UOS Attività Igienico sanitaria per i Servizi del Polo Territoriale

L'UOS suddetta, su disposizione della Unità Operativa Affari Generali e Legali o del Servizio di Medicina Legale, acquisisce la documentazione clinica relativa al caso specifico. La predetta svolge un ruolo primario nel percorso dell'istruttoria dei sinistri da responsabilità sanitaria con particolare riguardo:

- al reperimento e controllo di tutta la documentazione sanitaria (cartelle cliniche, verbali di PS, cartelle infermieristiche) necessaria per permettere di valutare compiutamente sia l'"an" che il "quantum" delle pretese risarcitorie;
- nel trasmettere tempestivamente all'Unità Operativa Affari Generali e Legali qualsivoglia atto giudiziale di cui viene a conoscenza (a titolo esemplificativo e non esaustivo Atto di sequestro documentazione sanitaria ecc.);

- nel concorrere nell'applicazione concreta della Legge 24/2017, ed in particolare dell'art. 13 della stessa ai fini dell'individuazione dei nominativi degli esercenti la professione sanitaria interessati effettivamente coinvolti nel singolo sinistro in relazione ad uno stretto nesso di causalità rispetto ai fatti presupposti della richiesta risarcitoria, confrontandosi, eventualmente, con il Medico Legale;
- all'inserimento per ogni sinistro di tutta la documentazione clinica in formato PDF sul portale regionale Geddis e sul registro informatico Aziendale, dandone comunicazione alla Unità Operativa Affari Generali e Legali ed al Servizio di Medicina Legale.

4.5. UOC Direzione Medica del Polo Ospedaliero

La Direzione Medica del Polo Ospedaliero, su disposizione della Unità Operativa Affari Generali e Legali o del Servizio di Medicina Legale, acquisisce la documentazione clinica relativa al caso specifico. La predetta svolge un ruolo primario nel percorso dell'istruttoria dei sinistri da responsabilità sanitaria con particolare riguardo:

- al reperimento e controllo di tutta la documentazione sanitaria (cartelle cliniche, verbali di PS, cartelle infermieristiche) necessaria per permettere di valutare compiutamente sia l'"an" che il "quantum" delle pretese risarcitorie;
- nel trasmettere tempestivamente all'Unità Operativa Affari Generali e Legali qualsivoglia atto giudiziale di cui viene a conoscenza (a titolo esemplificativo e non esaustivo Atto di sequestro documentazione sanitaria ecc.);
- nel concorrere nell'applicazione concreta della Legge 24/2017, ed in particolare dell'art. 13 della stessa ai fini dell'individuazione dei nominativi degli esercenti la professione sanitaria interessati effettivamente coinvolti nel singolo sinistro in relazione ad uno stretto nesso di causalità rispetto ai fatti presupposti della richiesta risarcitoria, confrontandosi, eventualmente, con il Medico Legale;
- all'inserimento per ogni sinistro di tutta la documentazione clinica in formato PDF sul portale regionale Geddis e sul registro informatico Aziendale, dandone comunicazione alla Unità Operativa Affari Generali e Legali ed al Servizio di Medicina Legale.

4.6. UOC Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS)

Il Direttore del DAPSS svolge un ruolo fondamentale:

- per quanto riguarda la documentazione sanitaria di competenza valuta la completezza e la qualità della stessa;
- necessaria per permettere di valutare compiutamente sia “l’an debeatur” che il “quantum debeatur” delle richieste risarcitorie, con particolare riferimento all’attività assistenziale;
- per quanto riguarda l’applicazione concreta della Legge 24/2017, ed in particolare dell’art. 13 della stessa ai fini dell’individuazione dei nominativi degli esercenti la professione sanitaria interessati, afferente a detto Servizio, effettivamente coinvolti nel singolo sinistro in relazione ad uno stretto nesso di causalità rispetto ai fatti presupposti della richiesta risarcitoria, confrontandosi, eventualmente, con il Medico Legale.

4.7. Risk Manager

- partecipa alle riunioni ed alle attività del CVS al fine di raccogliere le segnalazioni, i dati e le casistiche relativi ai sinistri;
- fornisce eventuali informazioni aggiuntive funzionali all’istruttoria del sinistro (ad es. segnalazioni di smarrimenti e/o relazioni cliniche pervenute all’Ufficio di Risk Management, evidenze documentali come le procedure e le disposizioni vigenti, ...);
- promuove le attività necessarie atte alla Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico;
- pone in essere le attività necessarie tese ad approfondire le ragioni che hanno determinato il verificarsi (o il rischio del verificarsi) dell’evento presupposto delle richieste risarcitorie,
- Promuove l’adozione di azioni correttive e l’elaborazione e/o revisione di procedure clinico-assistenziali in essere.

4.8. Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)

Le principali funzioni del C.I.O. sono:

1. con il Direttore Sanitario Aziendale, elaborare, monitorare ed implementare un programma aziendale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali;

2. definire annualmente le strategie di lotta alle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali;
3. validare e diffondere a livello aziendale Linee Guida sugli screening, sulle misure di isolamento, sulle precauzioni, sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi, dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
4. validare e diffondere a livello aziendale protocolli assistenziali mirati alla prevenzione ed alla riduzione del rischio infettivo per assistiti ed operatori ed altri soggetti coinvolti nei processi di cura;
5. controllare le attività del Servizio Igiene Ospedaliera (SIO);
6. valutare lo stato di attuazione degli interventi;
7. avviare programmi di formazione ad hoc.

4.9. Mediatore dei conflitti

La figura del mediatore dei conflitti può offrire un contributo rilevante in ambito Aziendale in quanto costituisce un “filtro” all’evoluzione del contenzioso in materia di responsabilità sanitaria, oltre che coadiuvando gli altri operatori aziendali nella conduzione e gestione del rapporto con i pazienti, e provvede a facilitare la risoluzione di criticità comunicative.

4.10. Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

Il Responsabile dell’URP promuove l’ascolto dei cittadini e i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli utenti. Tali attività sono finalizzate anche a prevenire possibili controversie sul nascere e sono dirette a recuperare il rapporto di fiducia tra paziente e gli esercenti le professioni sanitarie.

Il responsabile dell’URP deve trasmettere all’Unità Operativa Affari Generali e Legali, nel più breve tempo possibile dalla protocollazione, tutte le istanze di segnalazioni/reclamo dalle quali si desume che possono scaturire delle future richieste risarcitorie così da poterle trasmettere a puro scopo cautelativo alla compagnia assicuratrice nei tempi stabiliti dalla polizza vigente.

4.11. Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati è una figura professionale esperta in materia di trattamento dei dati il cui compito principale è quello di organizzare la gestione del trattamento dei dati personali, la loro protezione all’interno dell’ASST di Lodi, affinché vengono trattati secondo le disposizioni del Garante.

4.12. UOC Gestione Tecnico Patrimoniale

Ha la funzione di acquisire, su specifica richiesta della Unità Operativa Affari Generali e Legali:

- la documentazione necessaria quali fotografie, testimonianze scritte, eventuali planimetrie dei luoghi, documentazione tecnica, verbali d'intervento etc., necessaria per consentire la valutazione delle richieste risarcitorie (es. cadute all'interno del perimetro della ASST di Lodi o di danni derivanti dalla caduta di una tegola e/o di un ramo di un albero, ecc.);
- a predisporre una relazione tecnica (descrizione e foto dei luoghi, conformità alla vigente normativa in materia, obblighi manutentivi, eventuale responsabilità di terzi, eventuali dichiarazioni testimoniali) sullo stato di conservazione dei luoghi teatro delle contestazioni che hanno determinato le richieste risarcitorie;
- a tale relazione tecnica dovrà essere allegata tutta la documentazione di supporto;
- dovrà comunicare i nominativi degli operatori tecnici solo a seguito di espressa richiesta proveniente dalla Procura Regionale della Corte dei Conti di decreto di acquisizione documenti presso le Pubbliche Amministrazioni (art. 58, co. 2, D.Lgs. 174/2016).

4.13. UOC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità

Il Direttore della UOC, coerentemente con le indicazioni fornite dalla Direzione Generale Salute della Regione Lombardia diramate con le "Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri", dove determinare e quantificare il necessario fondo da appostare sul Bilancio Aziendale per:

- 1) far fronte ai futuri risarcimenti che resteranno a carico dell'Azienda (compresi quelli ricadenti in regime di "autoassicurazione");
- 2) rimborsare alle compagnie assicuratrici la SIR di polizza a seguito della definizione del singolo sinistro;
- 3) provvedere al pagamento dei premi semestrali della relativa polizza per RCT/O vigente;
- 4) trasmettere alla Unità Operativa Affari Generali e Legali copia di tutti i mandati di pagamento relativi alla gestione definizione dei singoli sinistri, nel più breve tempo possibile.

4.14. I Direttori delle Unità Operative

I Direttori delle Unità Operative presso le quali si è verificato l'evento infausto, appena avuta conoscenza dell'apertura del fascicolo di sinistro:

- devono, prima ancora di acquisire una relazione clinica, informare gli esercenti le professioni sanitarie che per quella singola fattispecie risulta pendente una richiesta risarcitoria per supposta responsabilità sanitaria;
- provvedono a chiedere ai soggetti coinvolti che effettivamente hanno prestato le cure del caso, in relazione al fatto presupposto della pervenuta richiesta risarcitoria, quanto di riportato:
 - a) una dettagliata relazione clinica dalla quale emergano scelte ed operato, necessaria sia per valutare compiutamente l'an e sia il quantum della richiesta risarcitoria. Ovvero la non sussistenza di profili di responsabile professionale sanitaria;
 - b) eventuali controdeduzioni in merito a quanto asserito dalle parti istanti nei propri atti di messa in mora e nei propri elaborati peritali (CTP).
- si devono adoperare a dare concreta della Legge 24/2017, ed in particolare dell'art. 13 della stessa ai fini dell'individuazione dei nominativi degli esercenti la professione sanitaria interessati effettivamente coinvolti nel singolo sinistro in relazione ad uno stretto nesso di causalità rispetto ai fatti presupposti della richiesta risarcitoria, confrontandosi, eventualmente, con il Medico Legale;
- comunicare all'Unità Operativa Affari Generali e Legali i nominativi come sopra individuati per le finalità previste dall'art. 13 della L. 24/2017;
- devono trasmettere tempestivamente qualsiasi provvedimento giudiziale e a qualunque titolo venga loro notificato dalle autorità giudiziarie (titolo esemplificativo e non esaustivo, atto di denuncia querela, avviso di accertamento tecnico preventivo, avviso di garanzia, ecc.).

4.15. Gli Esercenti le professioni sanitarie

Gli esercenti le professioni sanitarie coinvolti direttamente, nesso di causa diretto tra azione ed evento, nella supposta causazione del danno presupposto della richiesta risarcitoria devono redigere una relazione clinica,

da cui risultano scelte ed operato, per permettere al medico legale di predisporre una compiuta consulenza medico legale al fine di consentire di:

- 1) istruire compiutamente il relativo sinistro e sottoporlo a valutazione del CVS, per le conseguenti determinazioni;
- 2) redigere al meglio gli eventuali scritti difensivi per la costituzione in giudizio in caso di possibile notifica di qualsivoglia atto giudiziale;
- 3) devono trasmettere tempestivamente qualsiasi provvedimento giudiziale e a qualunque titolo venga loro notificato dalle autorità giudiziarie (titolo esemplificativo e non esaustivo, atto di denuncia querela, avviso di accertamento tecnico preventivo, avviso di garanzia, ecc.).

Gli esercenti le professioni sanitarie devono collaborare attivamente con il medico legale e con l'Unità Operativa Affari Generali e Legali al fine di gestire al meglio tutti gli obblighi derivanti dalla vigente normativa in materia di responsabilità sanitaria.

4.16. UOC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane

L'Unità Operativa Gestione delle Risorse Umane si adopera a dare concreta applicazione alle disposizioni della Legge 24/2017, in particolare all'art. 13 della stessa; su richiesta della Unità Operativa Affari Generali e Legali, comunica gli indirizzi di residenza e gli indirizzi di posta elettronica certificata (PEC) degli esercenti le professioni sanitarie che saranno destinatari delle comunicazioni previste dall'art. 13 della L. 24/2017.

4.17. Direzione Strategica

La Direzione Strategica, in considerazione dei rilevanti risvolti economici connessi alla gestione, valutazione ed all'eventuale liquidazione del danno, deve essere resa partecipe del processo valutativo decisionale relativo ai sinistri:

- caratterizzati da una quantificazione economica del danno entro il limite della SIR, con oneri economici a carico del bilancio della ASST di Lodi;
- caratterizzati da una quantificazione del danno maggiore della SIR e vengono gestiti ed eventualmente liquidati dalla compagnia di assicurazioni con oneri economici a proprio carico, salvo poi chiedere alla ASST il rimborso dell'intera SIR o il minor importo se il sinistro è stato definito per un minor importo;

- che per qualsiasi ragione risultano privi di copertura assicurativa (Auto-assicurazione).

La Direzione Strategica deve, altresì, essere resa partecipe per la complessità dei riflessi amministrativi, relazionali, sindacali ed organizzativi, della potenziale rilevanza mass mediatica ed in generale della delicatezza dei molteplici interessi in gioco, deve essere coinvolta nella gestione e definizione dei sinistri da responsabilità sanitaria.

Pertanto deve essere coinvolta nel processo valutativo decisionale sia direttamente che indirettamente, che si può realizzare come di seguito specificato:

- con la trasmissione dell'elenco dei sinistri inseriti all'ordine del giorno (ODG) del CVS, con indicazione delle disposizioni assunte dallo stesso;
- con la sottoscrizione delle note riservate delle offerte risarcitorie;
- con le note di trasmissione dell'atto di transazione e quietanza, da sottoscrivere per accettazione;
- con l'adozione e la sottoscrizione del provvedimento deliberativo di presa d'atto, sottoscrizione accordo transattivo e contestuale liquidazione del danno biologico iatrogeno.

4.18. Broker Assicurativo

Il Broker Assicurativo fornisce alla ASST di Lodi consulenza e supporto inerenti le varie problematiche assicurative e nella gestione della sinistrosità. Svolge anche una funzione di monitoraggio sulle attività svolte dall'ASST di Lodi, segnalando tempestivamente le opportune azioni da porre in essere, le scadenze da rispettare, le incombenze in base agli impegni assunti nell'offerta del servizio.

Il Broker Assicurativo svolge anche la funzione di collante tra la ASST di Lodi e le varie Compagnie Assicuratrici titolari delle diverse polizze vigenti nel tempo. La ASST di Lodi per il tramite del proprio Broker attiva le varie coperture assicurative. Il Broker periodicamente per i sinistri sopra SIR acquisisce dalle compagnie assicuratrici (sia per le polizze pregresse che per quelle vigenti) dei report riportanti lo stato di trattazione dei singoli sinistri (Aperti, con l'indicazione della riserva apposta – Definiti – Senza Seguito – e

per i sinistri per i quali si è instaurato un contenzioso giudiziale lo stato di trattazione dello stesso).

Inoltre per i sinistri maturi per una valutazione del CVS, acquisisce dalla Compagnia Assicuratrice interessata una Scheda di Valutazione del Danno con le consulenze medico legali acquisite in corso di istruttoria.

I compiti del Broker Assicurativo in ogni caso sono quelli disciplinati dalla normativa vigente in materia e quelli previsti nel contratto in essere.

4.19. La Compagnia di Assicurazione

La Compagnia Assicurativa presta la copertura assicurativa, assumendone la diretta gestione per tutti i sinistri caratterizzati da una quantificazione economica del supposto danno biologico superiore all'importo della S.I.R. prevista nella polizza per R.C.T. con oneri economici relativi all'istruttoria a suo carico.

In caso di accertamento del danno biologico, liquida il danno nella sua interezza, salvo poi richiedere il reintegro della S.I.R. di polizza e/o la somma minore liquidata a definizione del sinistro.

La compagnia assicuratrice assume la diretta gestione di tutti i sinistri da Responsabilità Civile verso Operatori (RCO) con oneri economici a proprio carico indipendentemente dalla quantificazione economica del danno.

Infine la compagnia assicuratrice, ad istruttoria conclusa, predispone una Scheda di quantificazione del danno, allegando tutti gli atti acquisiti durante la fase dell'istruttoria (es. consulenze medico-legali, relazioni a pareri specialistici, relazioni a visita medico-legale) per la valutazione del sinistro da parte del CVS per le conseguenti determinazioni.

5. DEFINIZIONI

Polizza RCT/O	La polizza di responsabilità civile verso terzi ed operai prestatori di lavoro (RCT-RCO) è un contratto assicurativo che copre l'assicurato di quanto egli sia tenuto a pagare, come civilmente responsabile ai sensi della legge, secondo le condizioni stabilite nel contratto stesso, a titolo di risarcimento dei danni involontariamente causati a terzi.
S.I.R.	Self Insured Retention (traduzione in italiano)

Sinistri da RCT	La ricezione di una richiesta di risarcimento dei danni e formale messa in mora da chiunque avanzata; di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.
Sinistri da RCO	La formale messa in mora, notifica dell'apertura di un'inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sui luoghi di lavoro o per un'insorgenza di malattia professionale; la formale notifica dell'apertura di un procedimento penale; la richiesta di risarcimento da parte di enti di previdenza/assistenza; la ricezione di una richiesta di risarcimento dei danni da parte del danneggiato dei suoi legali e/o aventi diritto.
Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	È un organismo multidisciplinare e svolge una funzione primaria e strategica nella gestione, istruttoria, definizione e liquidazione del danno dei singoli sinistri. Il CVS è presieduto da un Coordinatore, di norma dal Direttore della Unità Operativa Affari Generali e Legali o da un suo delegato.
Mediazione ex D.Lgs 28/2010	Procedimento di composizione bonaria/stragiudiziale delle controversie vertenti su diritti disponibili, in materia di responsabilità medica e sanitaria che costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale ai sensi dell'art. 5, comma 1 del D.Lgs 28/2010 e succ. mod. e della 8 della L. 24/2017.
Negoziazione Assistita L.162/2014	Trattasi di un istituto per la risoluzione alternativa delle controversie consistente in un accordo con quale le Parti in lite convengono di "cooperare in buona fede e lealtà" al fine risolvere in via amichevole una controversia, tramite l'assistenza di avvocati (facoltativo, in materie diverse dalla responsabilità sanitaria; obbligatorio in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti e per le domande di pagamento a qualsiasi titolo di somme non eccedenti € 50.000,00. D.L. 132/2014 convertito nella Legge 162/2014.
Atto di citazione	Atto introduttivo a giudizio civile ex art. 163 c.p.c. e

	seguenti.
Ricorso ex art. 696 bis c.p.c	Ricorso per accertamento tecnico preventivo ai fini della composizione della lite.
Ricorso ex art. 702 c.p.c.	Procedimento sommario di cognizione.
Loss Adjuster	Trattasi di società o di un professionista competente in uno specifico ambito giuridico ed assicurativo, terzo rispetto alla Compagnia ed all'assicurato, incaricato a gestire e liquidare un sinistro applicando le condizioni concordate nella polizza di cui trattasi.
Transazione	È il contratto con il quale le parti, facendosi delle reciproche concessioni, risolvano una lite già in essere e/o prevengono l'insorgere di una possibile lite tra di loro, ex art. 1965 c.c.
Petitum	È la materia oggetto del contendere, della lite.
Attesa Passiva	Lasso temporale nel quale la parte ricorrente rimane silente.
Consulenza Medico-Legale	Trattasi di un elaborato peritale redatto da un medico Specialista in Medicina Legale.
Parere Specialistico	Trattasi di un elaborato peritale e/o relazione di parere specialistico redatto da uno specialista di branca rispetto al caso specifico.
Visita Medico-Legale	Si tratta di una relazione redatta dal Medico-legale diretta sulla persona del danneggiato/a al fine di accertare gli attuali postumi invalidanti.
Second Opinion	Trattasi della necessità di una seconda valutazione medico legale su di un caso (controverso e/o di particolare difficoltà) del quale si ha già una perizia medico-legale
An debeat	Locuzione latina che indica "se sia dovuto" e si riferisce all'esistenza del diritto per il quale si chiede la tutela.
Quantum debeat	Locuzione latina che indica "quanto sia dovuto" con riferimento specifico alla quantificazione economica del danno.

6. PROCEDURA OPERATIVA: “GESTIONE SINISTRI”

6.1. Protocollo

L'Ufficio Protocollo Generale della ASST di Lodi è competente a ricevere le richieste risarcitorie, le notifiche di atti introduttivi a giudizio.

Provvede alla loro protocollazione e ad assegnarli telematicamente all'Unità Operativa Affari Generali.

Inoltre, provvede giornalmente a trasmettere una copia cartacea protocollata dei predetti atti al Direttore dell'Unità Affari Generali e Legali e/o ad un suo delegato.

6.2. Art. 2. Attività Preliminare.

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali provvede, preliminarmente, all'esame delle richieste risarcitorie, vagliando la completezza delle stesse (es.: sottoscrizione del danneggiato o legittimo rappresentante, sufficiente esposizione dei fatti e degli addebiti etc.).

Inoltre valuta l'ammissibilità delle richieste risarcitorie al fine di assicurare la corretta instaurazione del contraddittorio.

6.3. Inserimento dei sinistri sul portale regionale Geddis

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali, prima della valutazione dell'an e del quantum, provvede ad inserire il nuovo sinistro nel portale regionale Geddis:

- Aggiorna il predetto portale periodicamente;
- Aggiorna lo stato di trattazione dei singoli sinistri alle scadenze indicate dalla linee guida diramate da Regione Lombardia, normalmente entro il 30 giugno dell'anno in corso per i nuovi sinistri denunciati e anche per quelli definiti nel primo semestre dell'anno in corso e 31 gennaio dell'anno successivo per i nuovi sinistri denunciati e anche per quelli definiti nel secondo semestre dell'anno precedente (si riportano a titolo esemplificativo ma non esaustivo: inserimento nuovi sinistri, inserimento ed aggiornamento degli importi a riserve, importo dell'importo di liquidazione del danno, data di chiusura dei sinistri, data notifica atti giudiziali e natura degli stessi, conclusione dei procedimenti giudiziali, ecc.).

6.4. Individuazione del perimetro del danno

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali:

- provvede sulla base di una prima quantificazione economica del danno da parte del Broker Assicurativo e/o del Servizio di Medicina Legale della ASST di Lodi, ad una

prima distinzione dei sinistri a secondo che si ricada entro il limite della soglia della S.I.R. e/o sopra il limite della soglia della S.I.R., prevista nella polizza per RCT;

➤ Trasmette al Broker assicurativo:

- 1) la richiesta di denuncia sinistro e formale messa in mora ricevuta dalla ASST di Lodi, entro i termini stabiliti in polizza (normalmente entro 30 giorni dalla protocollazione);
- 2) tutte le richieste che ricadono nella copertura assicurativa per R.C.O., indipendentemente dalla loro quantificazione economica;
- 3) gli atti introduttivi a giudizio (Istanza della Procedura di Mediazione ex D.Lgs. 28/2010, Ricorso per ATP ex art. 696 bis c.p.c., Ricorso ex art. 702 c.p.c., atti di Citazione a Giudizio, ecc.) per i sinistri che hanno una quantificazione del danno maggiore alla S.I.R. ai fini dell'individuazione del legale patrocinatore per la regolare costituzione in giudizio;
- 4) a puro scopo cautelativo, anche la seguente documentazione:
 - a) le richieste di acquisizione di documentazione sanitaria disposte dalla Autorità Giudiziaria;
 - b) la notifica dell'apertura di eventuali procedimenti penali;
 - c) le istanze di accesso agli atti dalle quali si presume che possano scaturire delle richieste risarcitorie.

6.5. Richiesta Risarcitoria

La richiesta risarcitoria può assumere la forma di una lettera risarcitoria a firma del danneggiato, dei suoi aventi diritto, del rappresentante legale dell'agenzia di rappresentanza (in tal caso occorre acquisire il mandato di rappresentanza) e, infine, del legale patrocinatore di fiducia munito di procura alle liti.

La richiesta risarcitoria e denuncia di sinistro può assumere, altresì, le seguenti forme:

- 1) domanda di avvio della procedura di mediazione conciliativa ex D.Lgs. 28/2010;
- 2) domanda di negoziazione assistita ex L. 162/2014;
- 3) Notifica Ricorso per accertamento tecnico preventivo (ATP) ex art. 696 bis c.p.c.;
- 4) Notifica Ricorso ex art. 702 c.p.c.;
- 5) Notifica Atto di Citazione art. 163 c.p.c. e seguenti.

6.6. Oggetto del risarcimento

Le richieste risarcitorie possono distinguersi a secondo che abbiano ad oggetto:

- 1) danni materiali e lesioni personali aventi una quantificazione economica pari e/o inferiore alla S.I.R. di polizza: normalmente pari ad € 250.000,00: per esse trova applicazione la clausola di auto-ritenzione del rischio;
- 2) danni materiali e lesioni personali aventi una quantificazione economica maggiore alla S.I.R. di polizza: normalmente maggiore ad € 250.000,00: per esse trova applicazione la clausola di trasferimento del rischio per la parte del danno che supera la soglia della predetta S.I.R.;
- 3) danni materiali e lesioni personali occorsi a dipendenti che possono avere una quantificazione economica sia inferiore e/o maggiore alla S.I.R. di polizza, che vengono presi in carico dalla compagnia assicuratrice sin dall'apertura del sinistro e non comportano nessun onere economico a carico dell'ASST Lodi;
- 4) danni materiali e lesioni personali in caso di sinistri che risultano privi di copertura assicurativa.

6.7. Instaurazione del contenzioso.

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali ha un ruolo centrale nel dare concreta applicazione alla disposizione della Legge 24/2017, in particolare all'art. 13 della stessa.

Infatti è tenuta a trasmettere, indipendentemente da ogni valutazione sull'an, copia dell'atto introduttivo notificato (istanze di mediazione ex D.Lgs. 28/2010, ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c., ricorso ex art. 702 c.p.c., atti di citazione e atto di citazione in appello) a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno oppure a mezzo posta elettronica certificata, agli esercenti le professioni sanitarie individuati o, in mancanza, ai Direttori di Unità Operativa, entro 45 giorni dalla data di protocollo della notifica degli atti giudiziari.

Con detta comunicazione i predetti professionisti sono invitati a denunciare in via cautelativa il sinistro di cui trattasi sulle proprie polizze assicurative personali per colpa grave.

Quanto sopra in considerazione sia:

- dell'opportunità di favorire, attraverso un immediato recupero del dialogo col danneggiato, un rapporto fiduciario, in un'ottica di prevenzione del contenzioso;
- per consentire al personale coinvolto di redigere dettagliata relazione clinica dalla quale emergano le evidenze cliniche che hanno determinato scelte ed operato in relazione, per consentire di valutare compiutamente l'an ed il quantum;
- per la tutela del diritto di difesa personale del sanitario coinvolto;

- per l'esigenza di far salvo il diritto dell'Azienda di agire in rivalsa, ove ne venissero dichiarati i presupposti da parte della Procura Regionale della Corte dei Conti.

Infine agli esercenti le professioni sanitarie vengono trasmessi con le modalità sopra dette gli atti di causa, diversi da quelli di parte (ordinanza del giudice, CTU e sentenza).

6.8. Prima Stima del Danno

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali, una volta prese in carico le richieste risarcitorie, provvede ad acquisire dal medico legale dell'ASST di Lodi, una prima valutazione della richiesta risarcitoria, dalla quale risulta:

- 1) il supposto danno biologico residuo in termini percentuali (IP) ed in termini di invalidità temporanea (IPT), indipendentemente da ogni valutazione dell'an debeat, e ciò per consentire di stabilire il perimetro del danno, secondo le condizioni della polizza per RCT;
- 2) a trasmettere le denunce di sinistro al Broker Assicurativo sia per l'eventuale attivazione della garanzia assicurativa secondo le condizioni indicate nella vigente polizza per RCT/O e sia a fini di statistica.

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali, acquisita la prima valutazione del danno provvede a:

- a) quantificare economicamente il danno, stabilendo il perimetro dello stesso, sotto o sopra soglia S.I.R.;
- b) predisporre la Scheda di Valutazione del Danno al fine di sottoporre i nuovi sinistri a valutazione del CVS per confermare l'importo come quantificato quale riserva cautelativa da accantonare a Bilancio Aziendale al competente anno;
- d) redigere una relazione sulla quantificazione delle riserve, relative al primo e al secondo semestre di ogni anno;
- e) aggiornare le riserve sia per i nuovi sinistri e sia per quelli ancora aperti, sul portale regionale Geddis che negli appositi files dell'ASST di Lodi;
- e) trasmette al Direttore della Unità Operativa Gestione Economico Finanziaria, una relazione con lo stato di trattazione dei sinistri relativamente al primo semestre dell'anno in corso (entro il 31 luglio dell'anno di riferimento) ed al secondo semestre dell'anno di riferimento (entro il 31 Gennaio dell'anno successivo), al fine di consentire di predisporre le più opportune valutazioni relativamente agli accantonamenti a bilancio.

6.9. Apertura Sinistri

Acquisita la prima valutazione da parte del Medico Legale, l'Unità Affari Generali e Legali provvede ad:

- 1) aprire e numerare i fascicoli dei sinistri denunciati;
- 2) trasmettere tutte le richieste risarcitorie al Broker Assicurativo, nei termini previsti in polizza, al fine dell'attivazione della copertura assicurativa. Il Broker assicurativo provvede a chiedere alla competente compagnia assicuratrice la copertura assicurativa e l'assunzione diretta della gestione del sinistro nei seguenti casi:
 - a) per i casi di infortuni occorsi ad operatori (RCO), per la presente fattispecie la gestione dei sinistri è completamente a carico della compagnia assicuratrice, senza nessun onere economico a carico della ASST di Lodi;
 - b) danni derivanti da decessi (RCT);
 - c) danni derivanti da sofferenza neonatale (RCT);
 - d) per tutti i danni che hanno una quantificazione economica maggiore della S.I.R. di polizza;
 - e) a trasmettere a puro scopo cautelativo notifica di eventuali procedimenti penali;
 - f) a segnalare a puro scopo cautelativo istanze particolari che possono apparire propedeutiche a future richieste risarcitorie.

Per i danni indicati ai punti b) e c) la quantificazione economica degli stessi si ritiene presuntivamente superiore alla SIR della vigente polizza per RCT e, pertanto le relative richieste vanno trasmesse al Broker entro i termini di polizza e ciò indipendentemente da ogni valutazione sia sull'an che sul quantum.

Infine, si rimarca che entro i termini di polizza (30 giorni), l'Unità Operativa Affari Generali e Legali provvede a trasmettere alla compagnia assicurativa, per il tramite del Broker Assicurativo, l'apertura di procedimenti penali, di qualsivoglia natura, di cui ha avuto conoscenza:

-atti o procedimenti notificati agli esercenti le professioni sanitarie e trasmesse da questi alla predetta Unità Operativa;

-atti o procedimento notificati direttamente alla ASST di Lodi e/o eventualmente direttamente ad uno dei Direttori della Direzione Strategica.

Quanto sopra al fine di non vedersi pregiudicata la operatività della copertura assicurativa per fatto noto.

6.10. Richieste Interne

Fatte le verifiche preliminari l'Unità Operativa Affari Generali e Legali provvede a richiedere:

- 1) alla Direzione Medica Unica copia conforme all'originale di tutta la documentazione clinica relativa al contestato evento, con specifico invito di metterla a disposizione del medico legale e di inserirla sul portale Geddis nell'apposita sezione;
- 2) al Risk Manager le eventuali procedure atte a prevenire e contenere il rischio specifico in relazione all'evento infausto presupposto della richiesta risarcitoria;
- 3) Per i sinistri il cui presupposto della pretesa risarcitoria sono le infezioni nosocomiali, si provvede a chiedere:

A) al Responsabile del C.I.O.:

- una dettagliata relazione dalla quale risulti che, in relazione alle infezioni nosocomiali contratte e presupposto della richiesta risarcitoria furono messe in atto tutte le azioni e strategie atte a prevenire la contrazione di qualsivoglia processo infettivo e che le infezioni di cui trattasi fanno parte di un evento accidentale prevedibile, ma non prevenibile;
- copia di eventuali procedure atte a prevenire le infezioni ospedaliere, se agli atti;

B) al Direttore dell'UOC Laboratorio Analisi i dati epidemiologici relativi alle infezioni contratte dalla parte istante.

4) per tutti i sinistri viene richiesto ai Direttori delle Unità Operative di volta in volta coinvolte:

A) informare gli esercenti le professioni sanitarie che hanno prestato le cure del caso alla parte istante che è pendente una richiesta risarcitoria per supposta responsabilità sanitaria;

B) acquisire dagli esercenti le professioni sanitarie una dettagliata relazione clinica dalla quale emergano le evidenze cliniche che hanno determinato scelte ed operato in relazione a quanto asserito dalla parte istante nella propria richiesta risarcitoria e, eventualmente nei propri elaborati peritali, al fine di consentire una compiuta valutazione dell'an e del quantum;

I Direttori delle Unità Operative ed il Responsabile del C.I.O. si adoperano attivamente nel dare applicazione al dettato delle disposizioni della Legge 24/2017

(Legge Gelli-Bianco). Con particolare riferimento alla disposizione dell'art. 13 della stessa, infatti, devono:

- comunicare e/o confermare alla Unità Operativa Affari Generali e Legali, confrontandosi eventualmente con il Medico Legale, i nominativi degli esercenti le professioni sanitarie che effettivamente hanno prestato (e/o avrebbero dovuto prestare) le cure del caso alla parte istante, relativamente ad uno stretto nesso di causalità rispetto ai fatti presupposti della richiesta risarcitoria;
- invitare gli esercenti le professioni sanitarie individuati a comunicare, sempre all'Unità Affari Generali e Legali, quanto di seguito indicato:
 - 1) la propria posizione assicurativa;
 - 2) il proprio indirizzo di residenza anagrafica e l'indirizzo di posta elettronica certificata **(PEC)**, tanto allo scopo di poterne dare diretta, formale ed ad un tempo riservata comunicazione, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 della legge 24/2017 e s.i.m., con raccomandata RR e/o mezzo PEC.

6.11. Richieste Esterne

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali provvede, a chiedere alla controparte, al suo patrocinatore legale e/o al suo rappresentante:

- documentazione clinica rilasciata da strutture sanitarie diverse dall'ASST di Lodi (a titolo esemplificativo: cartelle cliniche, visite specialistiche, esami clinico strumentali ecc....) relativamente al contestato evento;
- relazione di consulenza medico legale di parte (CTP) con indicazione del danno biologico residuo e con esplicitazione delle attuali condizioni cliniche del ricorrente;
- quantificazione economica della propria pretesa risarcitoria;
- per ogni sinistro autocertificazione dalla quale risultino eventuali altre richieste risarcitorie ed eventuali indennizzi già percepiti;
- per i sinistri derivanti da infortuni occorsi a dipendenti (RCO), copia della certificazione INAIL con distrazione del danno biologico;
- per i sinistri da decesso, copia del certificato storico di famiglia con indicazione degli aventi diritto del defunto;

- per i sinistri, la cui denuncia è stata inoltrata da una società di intermediazione, occorre richiedere copia mandato di rappresentanza, con allegato documento di identità in corso di validità del sottoscrittore;
- rilascio dell'autorizzazione al consenso al trattamento dei dati personali, (Restituzione del Modulo Privacy, debitamente compilato e sottoscritto).

6.12. Richieste Interne

Per le denunce di sinistro, il cui fondamento non rientra nella casistica della responsabilità sanitaria (a titolo meramente esemplificativo ma non esaustivo: apertura di sinistri per cadute, smarrimento protesi dentale, protesi acustica, danni a cose, ecc...), l'Unità Operativa Affari Generali e Legali provvede ad aprire i relativi fascicoli, predisponendo le seguenti richieste:

- a) per i sinistri da caduta all'interno del perimetro della ASST di Lodi, alla Unità Operativa Tecnico Patrimoniale:
 - relazione tecnica con descrizione sullo stato dei luoghi teatro del contestato evento allegando la documentazione a supporto (fotografie, testimonianze scritte, eventuali planimetrie dei luoghi, documentazione tecnica ecc.);
 - relazione tecnica dalla quale risulta la conformità dei luoghi alla vigente normativa;
 - dichiarazione di eventuali obblighi manutentivi di terzi, con conseguente attribuzione di profili di responsabilità (in caso affermativo occorre esplicitare la denominazione del terzo e la natura contrattuale);
- b) per i sinistri relativi a caduta occorsa a pazienti ricoverati e/o in visita Ambulatoriale presso ASST di Lodi, ai Direttori delle Unità Operative dove si è verificata la caduta:
 - relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: prescrizione di contenimento a letto e/o deambulazione con girello);
 - dichiarazioni testimoniali scritte, con allegata copia della carta di identità, in corso di validità, del dichiarante.
- c) per i sinistri relativi a smarrimento e danni a cose:
 - procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali);
 - dichiarazioni testimoniali scritte, con allegata copia della carta di identità, in corso di validità, del dichiarante;

- rilascio dell'autorizzazione al consenso al trattamento dei dati personali, (Restituzione del Modulo Privacy, debitamente compilato e sottoscritto);
- per i sinistri specificati ai punti A), B) e C) ogni ulteriore documentazione utile ai fini di una compiuta valutazione dell'an e del quantum. Per tali fattispecie i nominativi degli operatori tecnici e dei preposti alla custodia dei beni danneggiati e/o smarriti verranno richiesti ai direttori delle Unità Operative interessate solo a seguito di espressa richiesta provenuta da parte dalla Procura Regionale presso la Corte dei Conti a mezzo di Decreto di Acquisizione Documenti presso le Pubbliche Amministrazioni (art. 58, comma 2°, D.Lgs. 174/2016).

6.13. Richieste Esterne

Per tutte le fattispecie descritte al precedente paragrafo (5.3 Aperture Sinistri – Richieste Interne) e per una corretta ed approfondita attività istruttoria, viene richiesto alla parte istante, al suo legale patrocinatore e/o al suo rappresentante quanto di seguito riportato:

- perizie tecniche relativamente ai fatti oggetto delle contestazioni;
- mezzi di prova e/o dichiarazioni testimoniali scritte, con allegata copia della carta di identità, in corso di validità, del dichiarante.
- consulenze medico legali con indicazione del danno biologico residuo;
- perizie tecniche con descrizione del danno subito;
- quantificazione economica della propria pretesa risarcitoria;
- autocertificazione dalla quale risultino eventuali altre richieste risarcitorie ed eventuali indennizzi ricevuti.

Si ribadisce, infine, che condizione essenziale per l'avvio dell'istruttoria per tutte le fattispecie dei sinistri è l'acquisizione del modulo di autorizzazione al trattamento dei dati personali, con allegato il documento di identità in corso di validità del danneggiato. In mancanza il sinistro rimarrà in passiva attesa.

6.14. Consulenza Medico Legale (CTP)

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali, conclusa la fase dell'acquisizione di tutta la documentazione necessaria per una valutazione compiuta dell'an debeat e del quantum debeat, provvede a richiedere al medico legale dell'ASST di Lodi una consulenza medico legale, trasmettendo tutta la documentazione acquisita relativamente al caso da valutare.

Il medico legale, prima di redigere la richiesta consulenza medico legale, viene invitato a confrontarsi direttamente con i Direttori delle Unità Operative, che hanno avuto in cura il paziente, al fine di poter redigere al meglio la Sua valutazione.

La valutazione del Medico Legale risulta necessaria sia ad istruire compiutamente, con riferimento all'an ed al quantum, il sinistro in argomento, sia per dare comunicazione, informazione e coinvolgimento, dando concreta applicazione agli obblighi discenti da precise disposizioni di norme di legge e sia, infine, per argomentare in modo tecnico gli eventuali scritti difensivi dovuti in seguito alla notifica di un possibile atto giudiziale.

Nella sua consulenza il medico legale deve indicare:

- nel caso in cui venissero accertati profili di responsabilità professionale imputabili alla ASST di Lodi e/o ai suoi operatori Sanitari, la percentuale del danno biologico residuo e l'eventuale invalidità temporanea;
- il nesso di causalità tra evento e danno lamentato;
- la necessità di sottoporre a visita medico/legale i ricorrenti al fine di accertare l'esatto danno biologico e le loro attuali condizioni cliniche;
- la necessità di acquisire pareri specialistici in merito;
- necessità di acquisire una seconda valutazione medico legale esterna ("second opinion").

Il Medico Legale con la sua Consulenza tecnica di parte (CTP) si adopera attivamente nel dare applicazione al dettato delle disposizioni della Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco), con particolare riferimento alla disposizione dell'art. 13 della stessa, infatti, deve:

-comunicare e/o confermare alla Unità Operativa Affari Generali e Legali, confrontandosi eventualmente con i Direttori delle Unità Operative interessate, i nominativi degli esercenti le professioni sanitarie, che effettivamente hanno prestato (e/o avrebbero dovuto prestare) le cure del caso al danneggiato, relativamente ad uno stretto nesso di causalità rispetto ai fatti presupposti della richiesta risarcitoria, e ciò indipendentemente dal riscontro di eventuali profili di responsabilità sanitaria. Si consente così alla ASST di Lodi di poter dare attuazione concreta al dettato delle disposizioni dell'art. 13 della L. 24/2017, trasmettendo le comunicazioni previste dal predetto articolo ai soli professionisti individuati.

6.15. Scheda di Valutazione del Danno

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali, acquisita la relazione di consulenza medico legale, procede a valutare compiutamente il relativo sinistro, sia con riferimento all'an debeat e sia con riferimento al quantum debeat e, pertanto provvede:

- alla quantificazione economica del danno secondo le conclusioni della consulenza medico legale del medico legale della ASST di Lodi;
- alla quantificazione economica della riserva (comprensiva della somma riferita alle voci del danno biologico e delle spese accessorie necessarie per la gestione del relativo sinistro) da appostare a bilancio per i sinistri che ricadono entro i limiti della S.I.R. di polizza;
- per i sinistri che hanno una quantificazione maggiore alla S.I.R. di polizza la riserva da accantonare a bilancio è pari al valore economico della S.I.R. concordata nelle clausole di polizza;
- per i sinistri da RCO viene quantificata economicamente la riserva solo a fini statistici, perché la gestione e la liquidazione dell'eventuale danno è a totale carico della Compagnia Assicuratrice. Dalla liquidazione di tali sinistri non discende nessun onere economico imputabile alla ASST di Lodi;
- a predisporre la Scheda di Valutazione del Danno che:
 - ✓ descrive sinteticamente la vicenda clinica;
 - ✓ ricostruisce tutte le fasi dell'attività istruttoria;
 - ✓ descrive il dettaglio della quantificazione economica del danno;
 - ✓ propone le strategie da adottarsi durante la riunione del CVS;
 - ✓ in caso di responsabilità professionale indica l'importo tra un minimo ed un massimo al fine della formulazione dell'offerta risarcitoria da proporre al danneggiato;
 - ✓ indica la riserva da accantonare a bilancio aziendale e da inserire nel portale regionale Geddis.
- a predisporre l'Ordine del Giorno della riunione del CVS, inserendo i sinistri maturi per la valutazione e per le conseguenti determinazioni del predetto organismo;
- a comunicare al Direttore dell'Unità Operativa e/o ai Direttori delle Unità Operative coinvolte e agli esercenti le professioni sanitarie interessati che il sinistro di cui trattasi è maturo per essere sottoposto a parere valutativo del CVS, indicando la data e il luogo della riunione o la modalità di accesso se la stessa si terrà in modalità remoto;

- a trasmettere ai predetti Direttori ed agli esercenti le professioni sanitarie copia degli elaborati peritali acquisite per presa visione ed al fine di formulare eventuali controdeduzioni in merito alle contestazioni riportate nelle stesse, utili per argomentare in modo tecnico gli scritti difensivi in caso di contenzioso giudiziale.

6.16. Conflitti d'interessi

Viene svolta da parte di tutti gli operatori coinvolti un'attività di attento monitoraggio finalizzata alla mitigazione del rischio che eventuali conflitti di interesse incidano negativamente sulla regolarità del procedimento e sugli esiti dei sinistri gestiti.

In particolare:

- i medici legali non devono trovarsi, rispetto alle controparti ed anche agli esercenti le professioni sanitarie coinvolti nel sinistro sottoposto a loro valutazione, in relazione di parentela, coniugio, affinità, ovvero in qualsiasi altra situazione idonea a diminuire e/o pregiudicare l'imparzialità della loro valutazione.

Nei casi di sussistenza di conflitti di interessi il medico legale aziendale deve astenersi da ogni valutazione e/o parere in merito all'accertamento di eventuali profili di responsabilità professionale in materia di responsabilità sanitaria;

- i componenti del CVS non devono trovarsi rispetto alle controparti in relazione di parentela, coniugio, affinità, ovvero in qualsiasi altra situazione idonea a diminuire e/o pregiudicarne l'imparzialità tenuto anche conto di quanto previsto dal codice di comportamento dei dipendenti pubblici.

Nel caso della sussistenza di conflitti di interessi i componenti del CVS devono astenersi dal compiere qualsiasi valutazione e di tale astensione verrà dato atto nel verbale del predetto organismo aziendale.

7. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Il Comitato Valutazioni Sinistri (di seguito CVS) è un organo collegiale e multidisciplinare dell'ASST di Lodi deputato all'analisi ed alla formulazione di proposte valutative in materia di gestione di tutti i sinistri aziendali correlati ad attività sanitaria e non.

Il CVS è composto sia da membri interni che da membri esterni all'Azienda. Viene nominato con delibera del Direttore Generale.

Il CVS in casi particolari può essere integrato, nel caso in cui se ne ravvisi l'esigenza, da componenti in possesso di peculiari competenze specialistiche in relazione a particolari sinistri che vengono esaminati.

7.1. Composizione

Per la valutazione dei sinistri, che hanno una quantificazione economica del danno ricadente entro i limiti della S.I.R. di polizza, il CVS è composto come di seguito indicato:

- dal Direttore dell'Unità Operativa Affari Generali e Legali, con ruolo di Coordinatore, o suo delegato;
- dal Direttore Amministrativo o suo delegato, componente;
- dal Direttore Sanitario o suo delegato, componente;
- dal Direttore Medico di Direzione Unica, componente;
- da un Funzionario dell'Unità Operativa Affari Generali e Legali, con funzioni di segretario del CVS;
- da un Legale esterno, componente;
- dal Medico Legale interno, componente;
- dal Risk Manager aziendale, componente;
- dal Mediatore dei conflitti aziendali, componente;
- da un rappresentante del Broker Assicurativo, componente.

Per la valutazione dei sinistri la cui quantificazione economica è maggiore alla SIR di polizza RCT, il CVS è composto come di seguito indicato:

- tutti i componenti del CVS per i sinistri in S.I.R.;
- Liquidatore/Loss adjuster designato dalla Compagnia Assicuratrice;
- Medico legale fiduciario designato dalla Compagnia Assicuratrice;
- Legale della Compagnia Assicuratrice.

Il Coordinatore del CVS, nel caso in cui se ne presenta la necessità, può invitare, alle riunioni del predetto organismo, altri soggetti necessari per una più approfondita trattazione del singolo sinistro. In particolare il Coordinatore, anche su proposta degli altri componenti, può convocare, quali membri aggiuntivi per l'esame di specifici casi, i seguenti professionisti:

- 1) I Direttori delle Unità Operative coinvolti nell'evento;
- 2) Gli esercenti le professioni sanitarie coinvolti e/o informati sui fatti presupposto della richiesta risarcitoria;
- 3) Professionisti esterni con competenze specialistiche in relazione al caso oggetto di valutazione.

7.2. Compiti

Il compito del CVS è quello di analizzare, nel dettaglio, ogni singolo sinistro e di esprimere un parere in ordine alla gestione/definizione degli stessi. In particolare, all'interno del CVS, vengono:

- Raccolte le informazioni indispensabili per la corretta gestione dei sinistri;
- Esaminati gli eventuali profili di responsabilità imputabili ai diversi soggetti coinvolti;
- Valutate la tipologia e l'entità dei danni arrecati a terzi;
- Qualificate e quantificate le prospettive di danno risarcibile;
- Valutate le possibilità di soluzione stragiudiziale della vertenza;
- Valutate le possibilità e l'opportunità di soluzione giudiziale della vertenza;
- Condivisi i nominativi degli esercenti le professioni sanitarie per gli adempimenti che discendano dall'art. 13 della L. 24/2017, già individuati nel corso della fase istruttoria.

7.3. Obiettivi

I principali obiettivi del CVS consistono nel:

- favorire la sollecita definizione delle richieste risarcitorie;
- individuare una strategia condivisa di gestione dei singoli sinistri;
- minimizzare l'impatto economico sul bilancio aziendale;
- ottimizzare il rapporto tra rischi e premi assicurativi, fungendo da punto di riferimento per la definizione delle politiche di copertura assicurativa aziendale.

7.4. Preparazione Riunione CVS

Per ogni sinistro, per il quale l'istruttoria si è conclusa, prima di essere inserito all'ODG del CVS, è necessario procedere nel modo seguente:

- viene data informazione che i sinistri c.d. maturi verranno sottoposti nella prima riunione utile a parere valutativo del CVS, per le determinazioni conseguenti;
- si informa a mezzo e-mail (indirizzo e-mail aziendale) il Direttore dell'Unità Operativa e/o i Direttori delle Unità Operative, dove si è verificato l'evento, con esplicita richiesta di darne comunicazione anche agli esercenti le professioni sanitarie coinvolti;
- si trasmettono in allegato gli elaborati acquisiti per eventuali controdeduzioni;
- sono invitati a partecipare alla riunione del CVS i Direttori delle Unità Operative e gli esercenti le professioni sanitarie;

- gli stessi possono essere sentiti su specifiche tematiche relativamente a casi di particolare complessità, ma i pareri che rilasciano non sono vincolanti per le determinazioni che il CVS assumerà in ordine alla gestione/definizione del relativo sinistro.

7.5. Ordine del Giorno e Convocazione

L'ODG e le riunioni del CVS sono scanditi dalla distinzione tra le diverse tipologie dei sinistri da trattare:

- per polizza RCT vigente alla data di apertura del sinistro;
- entro il limite della soglia della S.I.R.;
- extra limite della soglia S.I.R.;
- sinistri per R.C.O.;
- per sinistri che sono gestiti in autoassicurazione dalla ASST di Lodi.

a) Ordine del giorno (odg) del CVS

L'ODG viene pertanto suddiviso in relazione alle distinte fattispecie sopra riepilogate, al fine di garantire la riservatezza e consentire la partecipazione dei componenti delle compagnie assicurative solo per competenza.

Vengono inseriti all'ODG solo quei sinistri che risultano compiutamente istruiti per le seguenti finalità, esemplificativi ma non esaustivi:

- 1) sinistri per i quali è stata acquisita la valutazione medico legale preliminare, meramente al fine di prendere atto della quantificazione economica della riserva da apporsi a bilancio aziendale e per stabilire il perimetro del danno;
- 2) sinistri che risultano compiutamente istruiti e sono maturi per la decisione del CVS;
- 3) sinistri per i quali, anche se non risultano compiutamente istruiti, è stato notificato un atto introduttivo a giudizio, oppure è stata inoltrata una domanda di avvio alla procedura di mediazione, o un invito a negoziazione assistita;
- 4) sinistri per i quali viene richiesto formale benestare di messa a disposizione da parte delle compagnie assicuratrici della S.I.R. di polizza;
- 5) sinistri per i quali è stata formulata la proposta conciliativa da parte del Giudice o dell'Organismo di Mediazione;
- 6) sinistri per i quali si è concluso il giudizio pendente al fine di valutare se dare esecuzione al dispositivo della Sentenza, ovvero valutare se ricorrono i presupposti fattuali e giuridici per proporre impugnativa.

b) Convocazione del CVS

Il CVS viene convocato collegialmente periodicamente, di norma una volta al mese, la data della successiva riunione viene stabilita in coda alla riunione precedente. Resta fermo che il CVS può essere convocato ogni qualvolta se ne rappresenti la necessità e l'urgenza per la valutazione dei sinistri, ricadenti nelle varie polizze RCT/O stipulate e succedutesi nel corso degli anni e/o per i sinistri che versano in regime di auto-assicurazione.

Il CVS viene convocato a mezzo e-mail, inoltrata a tutti i componenti del CVS, almeno sette giorni prima della data stabilita.

A tutti i componenti viene trasmesso quanto di seguito indicato:

- L'ODG con i sinistri da valutare;
- Le Schede di Valutazione del Danno dei singoli sinistri, con allegati gli atti della relativa istruttoria

I componenti del CVS oltre alla scheda di valutazione del danno possono esaminare tutta la documentazione presente nei singoli fascicoli dei sinistri sottoposti a parere valutativo.

Il Coordinatore può invitare alla riunione del CVS, per essere sentiti, gli esercenti le professioni sanitarie, destinatari delle comunicazioni di cui all'art. 13 della L. 24/2017, i quali hanno formulato per iscritto le proprie motivate resistenze ad ogni censura/addebito sul proprio operato, contrastanti con le decisioni/valutazioni assunte dall'Organismo.

A termine della riunione nel verbale il CVS può disporre l'opportunità di approfondire il caso di specie acquisendo un ulteriore parere tecnico (c.d. second opinion).

L'analisi e la valutazione di alcuni sinistri, così come pure di casi urgenti e/o la prosecuzione di sinistri già trattati, può avvenire anche in incontri non collegiali, ma ristretti o tramite scambio di corrispondenza, anche telematica.

Le riunioni del CVS non sono pubbliche e deve sempre essere garantita l'assoluta riservatezza.

L'unità Operativa Affari Generali e Legali, per singole fattispecie, può convocare alle riunioni del CVS le seguenti figure professionali:

- Responsabili delle Strutture coinvolte nell'evento o suo delegato;
- Personale sanitario o tecnico coinvolto e/o informato sui fatti;
- Professionisti dell'area medica, clinica, chirurgica se necessario anche di altre Aziende Sanitarie, con specifiche competenze specialistiche relative al caso in esame;

- Il legale patrocinatore che difende gli interessi e le ragioni dell'ASST di Lodi, al fine di aggiornare e rendere edotto il CVS circa lo stato di trattazione del contenzioso di cui trattasi.

7.6. Competenze generali del CVS

Il CVS analizza le schede di valutazione del danno per ogni sinistro, nella quale è riportata:

- una breve descrizione dell'evento dannoso;
- la ricostruzione dettagliata di tutta l'attività istruttoria svolta:
 - a) richiesta di risarcimento del danno;
 - b) tutta la documentazione acquisita in corso di istruttoria;
 - c) consulenza medico legale nell'interesse della parte ricorrente con indicazione del danno biologico residuo;
 - d) quantificazione economica della pretesa risarcitoria;
- consulenza medica legale redatta nell'interesse dell'ASST di Lodi con indicazione dell'eventuale danno biologico residuo, con specifica distrazione del danno in termini di:
 - invalidità Permanente (IP) in termini percentuali rispetto alla totale inabilità
 - invalidità Parziale Temporanea (ITP), in giorni e percentuali;
- quantificazione economica del danno
- quantificazione economica della riserva da appostarsi a bilancio;
- indicazioni in ordine alla gestione/definizione del sinistro:
 - da porre senza seguito;
 - respingere;
 - liquidare e in tal caso viene riportato in importo tra un minimo ed un massimo al fine dell'offerta risarcitoria.

7.7. Competenze specifiche dei singoli componenti del CVS:

Il medico legale della ASST di Lodi analizza e valuta gli aspetti clinico-sanitari.

Gli altri componenti del CVS, in relazione all'entità dei sinistri, condivideranno la gestione degli stessi, valutando la fondatezza delle pretese risarcitorie, esprimendo pareri sugli importi posti a riserva, e concordando le opportune strategie in ordine alla gestione/definizione degli stessi.

7.8. Verbalizzazione delle riunioni del CVS

Per ogni riunione viene redatto:

- a) un verbale generale sintetico, che riporta le sole determinazioni assunte dal CVS per tutti i sinistri valutati e riportati nell'ODG;
- b) una distinta relazione individuale della trattazione in CVS di ciascun sinistro, che ricostruisce analiticamente e dettagliatamente la vicenda e l'iter istruttorio di ogni sinistro valutato.

Il verbale generale di ogni riunione viene redatto dal Coordinatore, da un suo delegato e/o dal segretario del CVS verbalizzante e viene sottoscritto dai componenti presenti nella successiva riunione.

Le relazioni individuali della trattazione del CVS di ciascun sinistro vengono redatte dal segretario del CVS e sottoscritte dal Coordinatore del CVS o da un suo delegato.

Gli atti del CVS devono sempre essere esibiti al paziente, salvo quelle parti contenenti valutazioni di carattere difensivo e fermo comunque il divieto per lo stesso di utilizzare tale documentazione nel processo avente ad oggetto il risarcimento dei danni patiti dal paziente. (Sentenza Consiglio di Stato 808/2020).

7.9. Decisione del CVS

La decisione del CVS, riportata nel verbale per ogni sinistro valutato, può consistere:

1. nella condivisione della riserva economica, quantificata dalla Unità Operativa Affari Generali e Legali secondo le conclusioni riportate nelle valutazioni medico legale;
2. nella chiusura del sinistro con la dizione senza seguito, nel caso in cui non vengono riscontrati profili di responsabilità professionale;
3. nella chiusura del sinistro con la dizione attesa passiva di future iniziative della controparte, se viene accertata l'inattività del ricorrente per oltre 24 mesi;
4. nel respingere formalmente la domanda risarcitoria nelle ipotesi in cui non vengano riscontrati profili di responsabilità professionale imputabili all'ASST di Lodi e/o ai suoi operatori;
5. nella opportunità di aderire con apposita strategia difensiva condivisa, all'invito di mediazione conciliativa (per i sinistri da responsabilità sanitaria) o di negoziazione assistita per i sinistri di diversa natura;
6. nella opportunità di non aderire nel caso in cui dagli accertamenti medico legali non vengono riscontrati profili di responsabilità professionale, all'invito di mediazione conciliativa (per i sinistri da responsabilità sanitaria) o di negoziazione assistita per i sinistri di diversa natura;

7. nella resistenza in giudizio, in caso di avvio di contenzioso civile (ricorso per ATP ex art. 696 bis c.p.c., ricorso ex art. 702 c.p.c. e atto di citazione), avvalendosi di un legale patrocinatore disegnato dalla Compagnia Assicuratrice per i sinistri sopra la soglia della S.I.R. o di un legale patrocinatore di riferimento dell'ASST di Lodi, e facente parte dei legali inseriti negli appositi elenchi;
8. nel rinvio della valutazione del singolo sinistro ad una successiva riunione per l'acquisizione di ulteriori approfondimenti tecnici:
 - o per acquisire eventuali pareri specialistici esterni, su atti, avvalendosi di professionisti di area clinica medica, chirurgica, sanitaria e tecnica, con competenze specialistiche proprie del caso in esame;
 - o per invitare il danneggiato a sottoporsi a visita medico legale diretta dal medico legale Aziendale, al fine di accertare gli attuali postumi invalidanti;
 - o Seconda consulenza medico legale;
9. nell'indicare le strategie più opportune, finalizzate al tentativo di una composizione bonaria della vertenza, indicando un importo, tra un minimo ed un massimo, al fine di formulare un'offerta risarcitoria alla controparte, con una negoziazione diretta da parte della componente legale (sotto soglia SIR);
10. nel disporre, per i sinistri sopra la soglia della SIR di polizza, di concedere, dopo attenta valutazione e condivisione, formale benestare alla definizione in via bonaria alle condizioni indicate dalla Compagnia Assicurativa nella propria scheda di valutazione del danno;
11. nel disporre di riassumere la gestione diretta di tutti i sinistri, che a conclusione del percorso istruttorio hanno una quantificazione economica del danno inferiore alla SIR di polizza, sebbene prudenzialmente siano stati ritenuti sopra SIR;
12. nel disporre di chiedere la gestione diretta alla Compagnia Assicuratrice di tutti i sinistri che, a conclusione del percorso istruttorio, risultano avere un'ineffettiva quantificazione economica del danno maggiore alla SIR di polizza, sebbene inizialmente siano stati ritenuti ricadenti entro il limite della SIR;
13. nella chiusura del sinistro senza seguito, a seguito di archiviazione da parte della Procura della Repubblica di procedimento penale, per assenza di richiesta risarcitoria;
14. nella proposta di risarcimento del danno, in forma specifica.

7.10. Iter da seguire per l'avvio di eventuali trattative

Nel caso in cui il CVS dovesse disporre di coltivare una proposta “*transattiva*” (anche in forma specifica o per equivalente):

- Il Direttore dell'Unità Operativa Affari Generali e Legali o un suo delegato (per i sinistri entro la soglia della S.I.R. e/o in auto assicurazione), avvia i contatti con la parte danneggiata, con il suo legale e/o rappresentante, propedeutici alla definizione del sinistro in via bonaria, con offerta risarcitoria trasmessa formalmente con nota riservata, non producibile in giudizio;
- La compagnia assicuratrice, titolare della polizza per RCT/O sulla quale ricade il sinistro, avvia i contatti necessari con la parte danneggiata, con il suo legale e/o rappresentante, tesi alla definizione in via bonaria del sinistro.

Resta fermo che chi in concreto condurrà la negoziazione dovrà attenersi scrupolosamente a quanto disposto dal CVS.

Il danneggiato può accettare o rigettare l'entità del risarcimento proposto. Eventuali controproposte risarcitorie e/o nuovi elementi, che possano modificare le valutazioni già prese, dovranno essere sottoposte nuovamente a parere del CVS per una riconsiderazione del caso.

A seguito della formale accettazione dell'importo offerto a totale tacitazione e tombale definizione di ogni pretesa risarcitoria da parte del danneggiato, dal suo legale patrocinatore e/o rappresentante, verrà predisposto ed emesso atto di transazione e quietanza:

- dall'ASST di Lodi per i sinistri in auto-assicurazione e per i sinistri che ricadano entro i limiti della S.I.R. di polizza;
- dalla compagnia assicuratrice per i sinistri che hanno una quantificazione maggiore alla S.I.R. di polizza e per i sinistri da RCO.

7.11. Decisioni del CVS

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali, conseguentemente alle valutazioni effettuate dal CVS:

a) trasmette il verbale generale di ogni riunione del CVS con le disposizioni, per l'aggiornamento dello stato dei sinistri (Definiti – Senza Seguito – Aggiornamento delle riserve), ai componenti del CVS, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, al Direttore Socio Sanitario ed al Direttore dell'Unità Operativa Economico Finanziaria e Bilancio;

c) sottopone alla Direzione Strategica:

- eventuali offerte risarcitorie da trasmettere con note riservate ai danneggiati, ai legali patrocinatori e/o rappresentanti degli stessi;

- eventuali proposte di liquidazione per l'adesione al processo valutativo/decisionale e per l'adozione dei successivi provvedimenti deliberativi;
- c) comunica ai Direttori delle Unità Operative ed agli esercenti le professioni sanitarie individuati e che effettivamente hanno prestato o avrebbero dovuto prestare le cure del caso al danneggiato:
 - le determinazioni assunte dal CVS in ordine alla gestione/definizione dei singoli sinistri;
 - l'eventuale formale messa in mora nei confronti degli operatori coinvolti nel singolo sinistro.

8. COMUNICAZIONI, EX ART. 13 L. 24/2017.

Agli esercenti le professioni sanitarie, se individuati, e/o in su-ordine al Direttore dell'Unità Operativa dove l'evento si è verificato, secondo le disposizioni del codice civile, viene trasmessa, entro 45 giorni dalla data della riunione del CVS, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) formale nota di avvio delle trattative.

Detta nota contiene:

- 1) la comunicazione dell'avvio delle trattative per il tentativo di definire il sinistro di cui trattasi in via bonaria, secondo le disposizioni dell'art. 13 della L. 24/2017;
- 2) l'invito formale a prendere parte alle relative trattative, secondo quanto disposto dal predetto art. 13 della L. 24/2017, in ordine alla definizione in via bonaria del sinistro di cui trattasi.

Ai medesimi si trasmette vengono trasmesse con le stesse modalità ed entro 45 dalla data di protocollazione, quanto di seguito specificato:

- 1) copia delle pervenute istanze di mediazione ex D.Lgs. 28/2010 e/o dell'invito di negoziazione assistita ex L. 162/2014;
- 2) copia della notifica degli atti introduttivi a giudizio;
- 3) copia di ordinanze del Giudice;
- 4) copia di proposte conciliative formulate dal Giudice;
- 5) copie CTU in bozza;
- 6) copia CTU definitiva;
- 7) Copia di sentenze a conclusione dei relativi giudizi;
- 8) Copia di qualsivoglia notifica di procedimenti penali.

Le comunicazioni sopra esplicitate sono finalizzate ad informare gli esercenti le professioni sanitarie circa lo stato di trattazione del singolo sinistro ed ad invitare gli stessi formalmente a prendere parte alle relative trattative, secondo quanto disposto dall'art. 13 della legge 24/2017, come da s.m.i..

I termini minimi di legge di cui occorre attendere il decorso prima di dare avvio delle trattative decorrono dal giorno di ricevimento delle comunicazioni in argomento.

Le stesse comunicazioni devono essere fatte alle imprese assicurative.

All'instaurazione del giudizio da parte del danneggiato, comunicata ai sensi dell'art. 3 del presente regolamento, segue la comunicazione dell'avvio delle trattative stragiudiziali con il danneggiato, con il suo legale patrocinatore e/o con il suo rappresentante, con l'invito agli esercenti la professione sanitaria a partecipare a dette trattative per la composizione bonaria della vertenza.

9. LIQUIDAZIONE DEL DANNO STRAGIUDIZIALE

Se le trattative avviate per la composizione della vertenza in via bonaria si concludono positivamente, viene redatto atto di transazione e quietanza.

Della disponibilità a transigere della controparte, ne viene data formale comunicazione agli esercenti le professioni sanitarie coinvolti.

Trascorsi tre giorni dalla ricezione di detta comunicazione, senza che pervenga alcun riscontro dai predetti soggetti, la ASST di Lodi o la compagnia assicuratrice, provvederanno alla liquidazione del danno di cui trattasi.

Infine, si ribadisce che le trattative per la composizione della vertenza così come la liquidazione del danno devono avvenire secondo le disposizioni del CVS, concordate nell'atto di transazione e quietanza e condivise preventivamente con la Direzione Strategica.

Per i sinistri che ricadono entro la S.I.R. di polizza, l'Unità Operativa Affari Generali e Legali procede alla stesura dell'atto di transazione e quietanza, che viene trasmesso alla controparte per essere debitamente compilato per le parti di relativa competenza e restituito sottoscritto per accettazione.

Acquisito il quale si procede con l'adozione del conseguente provvedimento deliberativo di presa d'atto dell'intervenuta transazione e si provvede con la liquidazione del danno di cui trattasi.

Per i sinistri sopra la soglia S.I.R. di polizza, è la Compagnia Assicuratrice a predisporre la redazione e trasmissione alla controparte dell'atto di transazione. La liquidazione del

sinistro viene effettuato direttamente dalla compagnia assicuratrice secondo le condizioni pattuite nella polizza RCT. Il rimborso della quota S.I.R. viene effettuato secondo le clausole contrattuali a seguito di richiesta da parte della Compagnia Assicuratrice e dopo l'adozione del conseguente provvedimento di presa d'atto di rimborso della stessa o di restituzione del minor importo, nel caso in cui il sinistro di cui trattasi è stato definito per una somma inferiore al limite della S.I.R..

Conseguentemente l'Unità Operativa Economico Finanziaria e Bilancio, entro i termini stabiliti nella polizza di riferimento e, comunque, entro 30 giorni dalla data di adozione e pubblicazione del provvedimento deliberativo, provvede ad emettere il relativo mandato di rimborso della S.I.R..

10. RISARCIMENTO IN FORMA SPECIFICA

La possibilità di un risarcimento in forma specifica viene discussa e valutata nelle riunioni del CVS.

Si richiama l'attenzione sull'opportunità di assicurare in ogni circostanza l'offerta, da parte della struttura, di cure mediche e chirurgiche finalizzate a garantire il diritto alla salute ed il recupero del rapporto di fiducia con la persona assistita nonché per il massimo recupero possibile dell'integrità psico – fisica nonché di favorire, in caso di obbligo risarcitorio, le forme di risarcimento in forma specifica.

11. ATTO DI TRANSAZIONE

La decisione di optare per una transazione deve tenere conti dei seguenti criteri:

- a. la scelta non deve essere irragionevole, irrazionale ed illogica in rapporto ed in particolare a quanto rilevabile all'esperienza amministrativa;
- b. la scelta non deve essere estranea alle finalità e metodologie istituzionali dirette o indirette della Azienda;
- c. la scelta deve essere supportata da adeguate, esaustive ed oggettive valutazioni tecniche, giuridiche o da pareri;
- d. la scelta deve rispondere a criteri di opportunità, efficienza ed economicità dell'Azienda.

La Corte dei Conti, sezione regionale di controllo della Lombardia, con il parere n. 26/2008 ha precisato che la scelta di ricorrere alla transazione e l'oggetto della stessa spetta all'Amministrazione nell'ambito dello svolgimento dell'ordinaria attività amministrativa e “come tutte le scelte discrezionali è sottratta al sindacato giurisdizionale, anche di responsabilità” (art. 1, c.1, legge n. 20/94 e ss.mm.ii.).

L'ente, ad esempio, dovrà rapportare la convenienza economica della transazione all'incertezza ed alla durata del giudizio. Tale incertezza, spiega la Corte, andrà valutata nel caso specifico, in concreto ed in relazione alla natura delle pretese, alla chiarezza normativa ed agli orientamenti giurisprudenziali.

Conseguentemente, la verifica della Corte dei Conti sarà solo di legittimità, anche se non potrà, in ogni caso prescindere dalla valutazione di un rapporto di ragionevole.

12. MEDIAZIONE CONCILIATIVA

Il procedimento di mediazione si instaura con la domanda di una delle parti depositata presso un organismo di conciliazione iscritto nel registro istituito presso il Ministero della Giustizia. Il procedimento si svolge senza formalità presso la sede dell'organismo di mediazione o nel luogo indicato nel regolamento di procedura dell'organismo. In caso di più domande relative alla stessa controversia, la mediazione si svolge davanti all'organismo presso il quale è stata presentata la prima domanda.

All'atto della presentazione della domanda di mediazione, il responsabile dell'organismo designa un mediatore e fissa il primo incontro tra le parti.

La domanda e la data del primo incontro sono comunicate all'altra parte con ogni mezzo idoneo ad assicurarne la ricezione. Il mediatore aiuta le parti a raggiungere un accordo conciliativo secondo il criterio dell'autodeterminazione.

Per quanto concerne la gestione dei sinistri in CVS *“qualora la controparte si rivolga ad un organismo di mediazione per un tentativo di conciliazione, le valutazioni fatte in seno al C.V.S. risulteranno la base per qualsiasi decisione relativa alla richiesta di risarcimento danni”*.

In esito alla procedura di mediazione si potrà avere:

- In caso di accordo, la definizione del sinistro secondo quanto concordato e sottoscritto tra le parti in verbale di mediazione
- ovvero verbale negativo (cui segue la gestione del sinistro secondo i normali percorsi della trattazione pre-contenziosa, con eventuale accordo transattivo, oppure la trasformazione del sinistro in contenzioso giudiziale con possibile nuova trattazione in CVS).

13. TENTATIVO OBBLIGATORIO DI CONCILIAZIONE MEDIANTE ATP

Per quanto riguarda l'eventuale tentativo di conciliazione attuato mediante ricorso per accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis del c.p.c., ovvero ai sensi dell'art. 5, c. 1

bis, ex D.Lgs 28/2010, si distingue a seconda che le pretese risarcitorie siano economicamente quantificate in un importo:

a) inferiore alla S.I.R. di polizza, nel qual caso caso l'ASST di Lodi agisce autonomamente;

b) maggiore della S.I.R. di polizza, nel qual caso gli atti di eventuali domande conciliative (istanze di mediazione o inviti di negoziazione assistita), eventuali ricorsi per accertamento tecnico preventivo (ATP), atti di citazione - vengono trasmessi alla Compagnia Assicurativa titolare della polizza RCT/O - per la adesione adesione o costituzione in giudizio per il tramite di un legale patrocinatore di fiducia al fine di tutelare gli interessi e le ragioni della ASST di Lodi e dei propri esercenti le professioni sanitarie coinvolti.

Nei predetti procedimenti, ove vengano accertati profili di responsabilità professionale, è obbligatorio formulare da parte della compagnia assicurativa un'offerta di risarcimento del danno, ovvero comunicare i motivi per cui si ritiene di potervi soprassedere.

14. ACCESSO AL PATROCINIO LEGALE

L'ASST di Lodi garantisce ai propri dipendenti l'ammissione al patrocinio legale, nei limiti ed alle condizioni previste dalle disposizioni dei vigenti CCNL, della vigente normativa e secondo le condizioni di polizza, se esistenti.

L'Unità Operativa Affari Generali e Legali provvede a porre in essere gli adempimenti preordinati, collegati e comunque connessi al contenzioso giudiziale.

15. APPLICAZIONE DELL'ART. 1910 C.C.

In caso di sinistro che coinvolga personalmente e direttamente un dipendente, lo stesso è tenuto a denunciare il fatto alla propria Compagnia Assicuratrice attivando la polizza personale, se esistente, ed a comunicare formalmente gli estremi della stessa all'Unità Operativa Affari Generali e Legali, trasmettendo copia del relativo contratto.

Il coinvolgimento del personale coinvolto e l'attivazione della sua polizza personale vengono disposti dal CVS.

L'art. 1910 Codice Civile prevede, in caso di sinistro coperto da più assicurazioni, che a ciascuna Compagnia venga dato avviso del verificarsi del sinistro e della contemporanea esistenza di altre polizze.

L'Azienda, indipendentemente dalla valutazione se i sinistri siano considerati sopra o sotto SIR, invia ai Direttori delle Unità Operative formale richiesta di indicazione dei nominativi

dei sanitari e/o operatori coinvolti nei singoli sinistri, con indicazione dell'esistenza di eventuali polizze assicurative personali.

L'Azienda, altresì, provvede, comunque, a richiedere gli estremi delle polizze personali nei seguenti casi:

- 1) tutte le volte che il nominativo di un esercente la professione sanitaria sia specificatamente indicato nella richiesta risarcitoria;
- 2) qualora, in caso di convocazione innanzi ad un organismo di mediazione e/o ad un giudice (ATP, giudizio ordinario) gli esercenti le professioni sanitarie dovessero essere personalmente e direttamente individuati.

L'ASST di Lodi, al verificarsi anche di una sola delle fattispecie riportate ai punti 1) e 2), invita formalmente gli operatori a denunciare cautelativamente il sinistro sulla propria polizza personale.

Onde evitare di pregiudicare il buon esito della trattativa di definizione bonaria del sinistro, e considerato che l'ordinamento in tale ambito non prevede strumenti coattivi da utilizzare nei confronti della Compagnia con la quale il sanitario ha stipulato la polizza personale, resta inteso che la definizione transattiva del sinistro non è condizionata alla ripartizione del risarcimento del danno con la Compagnia assicuratrice dell'esercente le professioni sanitarie coinvolto. Pertanto, nel caso in cui l'assicuratore privato dell'esercente le professioni sanitarie non si faccia carico spontaneamente della ripartizione del danno, e non sussistano le condizioni per esercitare la manleva, l'ASST di Lodi procede a gestire il sinistro ed a definirlo, qualora il CVS ritenga comunque opportuna e conveniente la transazione.

Analogamente si procede nel caso in cui la polizza del sanitario non dovesse operare per qualsiasi motivo.

16. SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI

Il presupposto dell'obbligo di segnalazione alla Procura Regionale della Corte è conseguenza diretta dal verificarsi di un fatto dannoso (inteso come concreto ed attuale) per la finanza pubblica, statale, regionale, locale: non sorge alcun obbligo di denuncia al momento della constatazione di fatti che manifestino una mera potenzialità lesiva.

La liquidazione dei sinistri che comportino l'esborso di oneri a carico dell'ASST di Lodi deve essere segnalata cautelativamente alla Procura Regionale della Corte dei Conti, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di giustizia contabile (art. 52 del D.Lgs. 174/2016), per l'eventuale accertamento e dichiarazione di profili di responsabilità per colpa grave.

La segnalazione viene fatta secondo le disposizioni dell'art. 53 del D.Lgs. 174/2016 secondo le indicazioni contenute nella nota 2 agosto 2007 (N. prot. PG 9434/2007/P) della Procura Generale della Corte dei Conti e della nota del 08 maggio 2013 del Procuratore Regionale della Corte dei Conti contiene:

- Nota che ricostruisce la controversia con precisa e documentata esposizione dei fatti (scheda riepilogativa della vertenza ed elenco documenti);
- Consulenze medico legale;
- Eventuali atti giudiziari (ricorsi, CTU, ordinanze del Giudice e Sentenze);
- Tutti gli atti del processo istruttorio;
- Quantificazione economica del danno;
- Ove possibile, l'individuazione dei presunti responsabili con l'indicazione delle loro generalità e del loro domicilio;
- Ogni elemento idoneo a stabilire il grado di colpevolezza del presunto responsabile, fermo restando che ogni valutazione al riguardo (come pure l'esatta individuazione dei responsabili) spetta inderogabilmente al pubblico ministero contabile;
- Verbale del CVS;
- Atto di Transazione e Quietanza;
- Provvedimento di liquidazione del danno;
- Mandato di pagamento.

17. AZIONE DI RIVALSA

L'Azione di rivalsa e/o di responsabilità amministrativa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esperita dalla ASST di Lodi, dall'assicurazione o dal Procuratore della Corte dei Conti solo in caso di dichiarazione di dolo o colpa grave (ad opera del Procuratore della Corte dei Conti) e dopo che si sia proceduto al risarcimento (sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale).

18. RISERVE

L'Unità Operativa Economico Finanziaria e Bilancio deve procedere, secondo le disposizioni delle riserve dei sinistri disposti dal CVS, alla quantificazione del necessario fondo da appostare sul Bilancio per far fronte ai futuri risarcimenti, che dovessero rimanere a carico del bilancio della ASST di Lodi.

Tale quantificazione va calcolata applicando il principio contabile della competenza e non il principio di cassa.

19. ACQUISIZIONE COPIA ORDINATIVI DI PAGAMENTO.

Il Direttore dell'Unità Operativa Gestione Economico Finanziaria deve trasmettere all'Unità Operativa Affari Generali e Legali copia degli ordinativi di pagamento per ogni singola liquidazione che verrà effettuata conseguentemente ad ogni definizione dei sinistri sia in via extragiudiziale che giudiziale.

Il Direttore dell'Unità operativa sopra richiamata deve, altresì, trasmettere copia degli ordinativi di pagamento relativamente a liquidazioni di spese legali, liquidazioni di spese per consulenze tecniche di parte (CTP) e consulenze tecniche d'ufficio (CTU), liquidazioni spese di giustizia e copia di ogni liquidazione scaturente da procedimenti civili, penali ed amministrativi.

20. TRASPARENZA DEI DATI

La ASST di Lodi rende nota mediante pubblicazione sul proprio sito (www.asst-lodi.it) la denominazione della società assicuratrice che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso terzi e verso prestatori d'opera, pubblicando il contratto in formato "A".

La ASST di Lodi rende nota mediante pubblicazione sul proprio sito (www.asst-lodi.it) i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

21. COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni e-mail relative ai sinistri da responsabilità sanitaria e o da pratiche risarcitorie debbono essere indirizzate obbligatoriamente al seguente indirizzo e-mail: servizio.legale@asst-lodi.it.

22. DISPOSIZIONI FINALI

In caso di discordanza tra la disciplina prevista dalla presente procedura e le condizioni contrattuali previste dalle singole polizze assicurative aziendali, prevalgono queste ultime.

La procedura verrà adeguata in conformità a seguito delle disposizioni regolamentari e dell'evoluzione delle disposizioni normative in materia.

Le disposizioni di cui al presente regolamento, nelle parti riferite alla gestione diretta dei sinistri sotto soglia SIR da parte dell'ASST di Lodi, sono applicabili anche alla figura del Loss Adjuster, qualora presente, nel rispetto delle condizioni stabilite nel relativo disciplinare d'incarico.

Acronimi:	
L.	Legge
D.lgs	Decreto Legislativo
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
Art.	Articolo
Co.	comma
C. C.	Codice Civile
CPC	Codice di Procedura Civile
CP	Codice Penale
CPP	Codice di Procedura Penale
Cost.	Costituzione
RCT	Responsabilità Civile Verso Terzi
RCO	Responsabilità Civile Verso Operatori
S.I.R.	Self Insured Retention
CVS	Comitato Valutazioni Sinistri
U.O.C.	Unità Operativa Complessa
CTP	Consulenza Tecnica Di Parte
CTU	Consulenza Tecnica D'Ufficio
IP	Indennità Permanente
ITA	Indennità Temporanea Assoluta
ITP	Indennità Temporanea Parziale
ATP	Accertamento Tecnico Preventivo (Ricorso)
LCA	Liquidazione Coatta Amministrativa
LOSS ADJUSTER	Compositore danni e/o liquidatore sinistri.