

Deliberazione del Direttore Generale n. 1207 del 13/12/2018

Oggetto: Deliberazione del D.G. n. 1057/2018 - provvedimenti.

Ufficio proponente: Ufficio Affari Legali

Esercizio	assente
Centro di Risorsa	assente
Posizione Finanziaria	assente
Importo	assente
Prenotazione Fondi	assente

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di delibera di pari oggetto dell'Ufficio Proponente di cui al num. Provv. 2106 del 29/11/2018 contenente:

- il Visto della P.O. Budget, acquisti, flussi economici e bilancio per la verifica di assegnazione del Budget;
- il Parere del Direttore Amministrativo - Dott. Riccardo BRUGNETTA;
- il Parere del Direttore Sanitario - Dott. Sandro FRATINI.

DELIBERA

Di fare integralmente propria la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Maurizio DAL MASO)*

Il Responsabile del Procedimento Deliberativo
(Dott. Andrea LORENZONI)*

Premesso che:

con la deliberazione del Direttore Generale n. 1057 del 13.11.2018 è stata recepita la deliberazione del D.G. n. 1820 del 20.09.2018 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia contenente le *“Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell'ambito del sistema assicurativo di auto ritenzione del rischi sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria”*, che viene allegata alla presente deliberazione, quale parte integrante;

Atteso che per mero errore tecnico- informatico non è stato possibile allegare alla deliberazione del D.G. n.1057 del 13.11.2018 il documento contenente le *“Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell'ambito del sistema assicurativo di auto ritenzione del rischi sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria”*;

Ritenuto, per l'effetto , provvedere ad allegare alla presente, il predetto documento che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

SI PROPONE DI DELIBERARE

-di allegare al presente atto , per le motivazioni in narrativa che qui si intendono integralmente richiamate ,**la** deliberazione del D.G. n. 1820 del 20.09.2018 dell'Azienda Ospedaliera di Perugia contenente le *“Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell'ambito del sistema assicurativo di auto ritenzione del rischi sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria”*, , che forma parte integrante e sostanziale del presente atto;

di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio online aziendale ai sensi dell'art.32, comma 1 della L. 18.09.2009 n. 69 e del D.L.gs. 14.03.2013 , n.33;

-di individuare quale responsabile del procedimento amministrativo ai sensi della L.241/90 la Dott.ssa Giuseppina Ferraro, Collaboratore Amministrativo Professionale Esperto.

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Giuseppina FERRARO

Il Responsabile dell'Ufficio Affari Legali
Dott.ssa Giuseppina FERRARO



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Direzione Generale e Sede Ammin.va: Piazzale Giorgio Menghini 8/9 – 06129 PERUGIA
Sede Legale: Ospedale S. Maria della Misericordia – S. Andrea delle Fratte – 06156 PERUGIA
Part.IVA 02101050546 – tel.: 075/5781 fax: 075/5783531

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

20 SET. 2018 N° 1820

OGGETTO: Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell'ambito del sistema assicurativo di autoritenzione del rischio sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria. Adozione

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la proposta di deliberazione 18-09-2018 N° 1820 di pari oggetto predisposta della competente Articolazione Organizzativa e allegata a questo atto come parte integrante:

ACQUISITI I PARERI FAVOREVOLI DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E DEL DIRETTORE SANITARIO.

DELIBERA

DI FARE INTEGRALMENTE PROPRIA LA MENZIONATA PROPOSTA, DI DELIBERA E DI DISPORRE QUINDI COSI' COME IN ESSA INDICATO.

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Duca) _____

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dr. Maurizio Valorosi) _____

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Diamante Pacchiarini) _____

Premesso che:

- a partire dal 27.10.2013, sulla base di atti normativi Regionali quali, nello specifico, D.G.R.U. 27 dicembre 2012 n. 1775, legge regionale Umbria 9 aprile 2013, n. 8 e D.G.R.U. 13 maggio 2013 n. 438, è in vigore nella Regione Umbria il progetto sperimentale di "*Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali*" costitutivo di un sistema c.d. di autoassicurazione o autoritenzione del rischio sanitario, progetto del quale l'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata designata come Capofila con incarico di attivare ogni iniziativa necessaria alla compiuta realizzazione dello stesso;
- il progetto sperimentale di "*Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali*" è stato attivato inizialmente per un triennio, sino alla data del 27.10.2016, con successiva proroga per un ulteriore quadriennio, sino al 27.10.2020, disposta con legge regionale Umbria 11 aprile 2016 n. 5, rimanendo invariato il ruolo dell'Azienda Ospedaliera di Perugia come Capofila;
- tra i compiti assegnati all'Azienda Ospedaliera di Perugia in qualità di Capofila sulla base degli atti normativi istitutivi del progetto sperimentale di "*Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali*", rientra l'adozione delle Linee Guida per la gestione dei sinistri in regime di autoritenzione del rischio sanitario.

Richiamata

La deliberazione Del. D.G. n. 316 del 05.03.2014 con la quale l'Azienda Ospedaliera di Perugia in qualità di Capofila, avendo come riferimento il contenuto dello studio di fattibilità e il documento elaborato dal Tavolo Tecnico composto dai referenti di tutte le Aziende Sanitarie Regionali approvati con la richiamata D.G.R.U. 27 dicembre 2012 n. 1775, e tenuto conto di quanto stabilito con la succitata D.G.R.U. n. 438 del 13.05.2013 avente ad oggetto "*Fondo di Autoritenzione Regionale per il risarcimento danni da responsabilità sanitaria in ambito sovraaziendale – Atto di indirizzo su modalità di erogazione e rendicontazione*", ha adottato le "*Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell'ambito del sistema assicurativo di autoritenzione del rischio e di gestione unitaria dello stesso*".

Considerato che

- Nel corpo delle "Linee Guida", di cui alla richiamata Del. D.G. n. 316 del 05.03.2014, in ottemperanza agli atti normativi istitutivi del sistema regionale di autoritenzione del rischio sanitario, come richiamati in premessa, e sulla base del contratto di Polizza RCT/O catastrofale n. ITOMM1301773 stipulato da questa Azienda in qualità di Capofila con la Compagnia "Am Trust Europe Limited" per il primo triennio di sperimentazione (27.10.2013 – 27.10.2016), la gestione dei sinistri veniva suddivisa in tre fasce. Nello specifico, in relazione al valore stimato del sinistro e in base alla fascia di riferimento, la gestione della controversia e la corresponsione del risarcimento eventualmente dovuto veniva affidata a diversi soggetti: Azienda sanitaria coinvolta per i sinistri di I fascia (valore sino ad euro 70.000,00) con oneri risarcitori ricadenti sui bilanci aziendali; Struttura Sovraaziendale Regionale per i sinistri di II fascia (valore superiore ad euro 70.000,00 e sino ad euro 800.000,00) con oneri risarcitori ricadenti sul Fondo Regionale di Autoritenzione; Struttura Sovraaziendale/Compagnia Assicuratrice per i sinistri di III fascia con oneri risarcitori a carico del Fondo Regionale di Autoritenzione sino all'ammontare della S.I.R. (franchigia assoluta per sinistro di euro 800.000,00), e della Compagnia limitatamente all'eccedenza del valore della S.I.R.



ECONOMATO E SERVIZI ALBERGHIERI)

PROPOSTA DI DELIBERA N. 120 DEL 18-08-2018

- Per il quadriennio di proroga (periodo 27.10.2016-27.10.2020) del progetto regionale di autoritenzione del rischio sanitario è stata determinata in sede di gara RCT-O, espletata dall'Azienda Ospedaliera di Perugia in qualità di Capofila, una modifica della soglia di autoritenzione (corrispondente alla S.I.R. applicata nella Polizza catastrofale) da euro 800.000,00 ad euro 700.000,00. Pertanto, a partire dal 27.10.2016 le fasce di gestione dei sinistri sono state ridefinite nel modo che segue: I fascia di gestione per i sinistri di valore stimato sino ad euro 70.000,00; II fascia di gestione per i sinistri di valore stimato da euro 70.000,01 sino ad euro 700.000,00; III fascia di gestione per i sinistri di valore stimato superiore ad euro 700.000,00.
- In data 1 aprile 2017 è entrata in vigore la legge 8 marzo 2017 n. 24 in materia di *“sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”* in virtù della quale sono stati ridefiniti i regimi di responsabilità civile, penale e amministrativa delle strutture sanitarie e degli esercenti le professioni sanitarie.

Posto che

alla luce di quanto esposto ai punti precedenti in ordine alla proroga quadriennale del progetto sperimentale di autoritenzione del rischio sanitario, alla ridefinizione del valore delle fasce di gestione dei sinistri, all'entrata in vigore della legge n. 24/2017, nonché alla luce dell'esperienza maturata, delle problematiche e questioni emerse e delle soluzioni operative adottate in fase attuativa del predetto progetto,

- l'Azienda Ospedaliera di Perugia, in qualità di Capofila del progetto regionale di autoritenzione del rischio sanitario, ha ritenuto di dover procedere ad una revisione dell'originario testo delle “Linee Guida” al fine di fornire alle aziende del S.S.R. indicazioni per la gestione dei sinistri il più possibile adeguate e funzionali all'evoluzione del contesto giuridico-normativo ed alle procedure operative elaborate nel corso dell'attuazione del progetto *de quo*;
- l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha pertanto operato una revisione dell'originario testo delle “Linee Guida” ed ha elaborato un nuovo documento contenente le regole procedurali per la gestione dei sinistri in regime di autoritenzione del rischio sanitario;
- il nuovo testo delle “Linee Guida” elaborato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia è stato sottoposto ad un tavolo tecnico composto dai referenti di tutte le Aziende del S.S.R. riunitosi in data 08.02.2018, all'esito del quale è stata messa a punto la versione definitiva con l'inserimento delle modifiche concordate tra i partecipanti al tavolo tecnico;
- il documento contenente il testo modificato ed aggiornato nella versione definitiva delle “Linee Guida” del progetto regionale di autoritenzione del rischio sanitario denominato *“Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell'ambito del sistema assicurativo di autoritenzione del rischio sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria”*, viene allegato alla presente deliberazione, quale parte integrante, per la definitiva adozione



Tutto ciò premesso

SI PROPONE DI DELIBERARE QUANTO SEGUE

Adottare

le *“Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell’ambito del sistema assicurativo di autoritenzione del rischio sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria”*, nel testo rivisto ed aggiornato comprensivo degli allegati in esso richiamati, accluso al presente atto per formarne parte integrante .

Stabilire

che a partire dalla data della presente deliberazione la cornice operativa per la gestione dei sinistri nell’ambito del progetto regionale di autoritenzione del rischio sanitario è costituita dalle regole procedurali di cui all’allegato testo delle *“Linee Guida”* che sostituiscono integralmente le precedenti *“Linee Guida”* approvate con la richiamata deliberazione Del. D.G. n. 316 del 05.03.2014.

Trasmettere

la presente deliberazione a tutte le Aziende Sanitarie della Regione Umbria, a tutti i componenti del Co.Ge.Si. Sovraziendale, nonché ai componenti dei Co.Ge.Si. aziendali per il tramite delle singole Aziende di riferimento.

Trasmettere

la presente deliberazione alla Regione Umbria

Pubblicare

la presente deliberazione nel sito internet dell’Azienda Ospedaliera di Perugia, sez. *“Amministrazione Trasparente”* – *“Disposizioni Generali”* .

Il Responsabile Direzione
Dott. Roberto Ambrogi

L’Istruente
Dott.ssa Chiara Agabiti

Linee Guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati Gestione Sinistri nell'ambito del sistema assicurativo di autoritenzione del rischio sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria.

I. PREMESSA

A partire dal 27.10.2013, sulla base di uno studio di fattibilità elaborato dall'Azienda Ospedaliera di Perugia e recepito dalla Giunta Regionale con D.G.R.U. 27 dicembre 2012 n. 1775, è in vigore nella Regione Umbria il progetto sperimentale di "Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali" attivato mediante atti normativi Regionali, quali, oltre alla predetta D.G.R.U. n. 1775, la legge regionale Umbria 9 aprile 2013, n. 8 e la D.G.R.U. 13 maggio 2013 n. 438. Di tale progetto l'Azienda Ospedaliera di Perugia è stata designata come Capofila con incarico di attivare ogni iniziativa necessaria alla compiuta realizzazione del sistema sperimentale di autoritenzione del rischio sanitario.

Nella sostanza, la predetta normativa ha introdotto un sistema di "autoritenzione o autoassicurazione del rischio sanitario" allo scopo di mantenere un corretto rapporto di fiducia fra gli utenti e le istituzioni sanitarie pubbliche, per migliorare l'efficienza e la trasparenza dei relativi procedimenti, per ottimizzare la gestione delle risorse per tale tipo di rischio, nonché per conoscere le cause degli errori e ridurre gli eventi avversi prevenibili (art. 3 legge regionale Umbria n. 8/2013) ed altresì allo scopo di contenere i costi assicurativi, divenuti negli ultimi anni non più sostenibili dal S.S.N. a causa dell'eccessiva onerosità delle polizze assicurative per la copertura integrale dei rischi in campo di responsabilità medica e sanitaria.

In virtù di quanto sopra, tra le iniziative assunte dall'Azienda Ospedaliera di Perugia in qualità di Capofila, - avendo come riferimento il contenuto dello studio di fattibilità e del documento elaborato dal Tavolo Tecnico composto dai referenti di tutte le Aziende Sanitarie Regionali, nonché quanto stabilito con la richiamata D.G.R.U. 13 maggio 2013 n. 438 avente ad oggetto "*Fondo di Autoritenzione Regionale per il risarcimento danni da responsabilità sanitaria in ambito sovraaziendale – Atto di indirizzo su modalità di erogazione e rendicontazione*"- rientra l'adozione con Del. D.G. n. 316 del 05.03.2014 delle "Linee Guida" per la gestione dei sinistri di I fascia (valore stimato sino ad euro 70.000,00), di II fascia (valore stimato compreso tra euro 70.000,01 ed euro 800.000,00) e III fascia (valore stimato superiore alla S.I.R. - franchigia assoluta per sinistro -

della Polizza Assicurativa di euro 800.000,00).

Nel corpo delle suddette “Linee Guida”, in relazione al valore stimato del sinistro e in base alla fascia di riferimento, la gestione della controversia e la corresponsione del risarcimento eventualmente dovuto veniva affidata a diversi soggetti: Azienda sanitaria coinvolta per i sinistri di I fascia con oneri risarcitori ricadenti sui bilanci aziendali; Struttura Sovraziendale Regionale per i sinistri di II fascia con oneri risarcitori ricadenti sul Fondo di Autoritenzione Regionale; Struttura Sovraziendale/Compagnia Assicuratrice per i sinistri di III fascia con oneri risarcitori a carico della Compagnia, limitatamente all’eccedenza del valore della S.I.R. di euro 800.000,00, e del Fondo di Autoritenzione Regionale sino all’ammontare della S.I.R.

In ottemperanza alle previsioni contenute nelle richiamate “Linee Guida” ciascuna azienda ha istituito un proprio CO.GE.SI. Aziendale per la trattazione dei sinistri di I fascia, con apposita deliberazione del Direttore Generale, e l’Azienda Capofila ha istituito il CO.GE.SI. Sovraziendale o Regionale per la trattazione dei sinistri di II fascia e, in composizione integrata con i rappresentanti della Compagnia Assicuratrice, dei sinistri di III fascia afferenti alle quattro aziende del S.S.R.

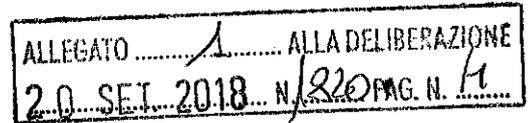
Sulla base degli atti normativi istitutivi del sistema regionale di autoassicurazione, come sopra richiamati, era stata inizialmente fissata una durata triennale del progetto *de quo* (dal 27.10.2013 al 27.10.2016), tuttavia con Legge Regionale 11 aprile 2016 n. 5 è stato stabilito che “*Il sistema di gestione dei rischi di responsabilità civile sanitaria delle aziende sanitarie regionali, in regime di autoritenzione dei rischi e gestione assicurativa ... , è previsto in via sperimentale per un massimo di sette esercizi finanziari con decorrenza dall’ esercizio finanziario anno 2013*” e pertanto la Regione Umbria ha così disposto una proroga quadriennale del progetto sperimentale di autoritenzione del rischio sanitario, lasciando invariato il ruolo dell’Azienda Ospedaliera di Perugia come Capofila.

Per il nuovo quadriennio è stata determinata, all’esito della gara RCT-O, espletata dall’Azienda Ospedaliera di Perugia in qualità di Capofila, una modifica della soglia di autoritenzione, corrispondente alla S.I.R. applicata nella Polizza catastrofale, da euro 800.000,00 ad euro 700.000,00. Pertanto, a partire dal 27.10.2016 le fasce di gestione dei sinistri sono state ridefinite nel modo che segue: I fascia di gestione per i sinistri di valore stimato sino ad euro 70.000,00; II fascia di gestione per i sinistri di valore stimato da euro 70.000,01 sino ad euro 700.000,00; III fascia di gestione per i sinistri di valore stimato superiore ad euro 700.000,00.

In virtù di quanto sopra, alla luce della suddetta proroga quadriennale e della ridefinizione del valore delle fasce di gestione dei sinistri (come sopra riportata), in considerazione delle più recenti evoluzioni normative e giurisprudenziali che hanno interessato il settore della responsabilità sanitaria anche a seguito dell’entrata in vigore della legge 8 marzo 2017 n. 24 - in materia di “*sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale*

degli esercenti le professioni sanitarie" - , sulla base dell'esperienza maturata, delle problematiche e questioni emerse e delle soluzioni pratiche adottate in fase attuativa del Progetto Regionale di Autoritenzione del Rischio Sanitario, l'Azienda Ospedaliera di Perugia, nel ruolo di Capofila di tale Progetto e sulla scorta del mandato conferito dalla Giunta Regionale, ha ritenuto di dover operare una revisione dell'originario testo delle "Linee Guida" (di cui alla richiamata Del. D.G. n. 316 del 05.03.2014), al fine di fornire alle aziende del S.S.R. indicazioni per la gestione dei sinistri in regime di autoritenzione il più possibile adeguate e funzionali all'evoluzione del contesto giuridico-normativo ed alle procedure operative elaborate a partire dalla data di inizio della sperimentazione in oggetto.

II. DEFINIZIONI



II.1. Definizione delle circostanze che danno luogo ad apertura di sinistro per danni da responsabilità RCT/O della struttura sanitaria

L'apertura di un sinistro per danni da responsabilità RCT/O della struttura sanitaria ha luogo al verificarsi delle seguenti circostanze:

- a) richiesta risarcitoria stragiudiziale, avanzata da terzi personalmente o a mezzo di legale fiduciario, nei confronti della struttura sanitaria e/o di uno o più esercenti la professione sanitaria dei quali la struttura si sia avvalsa nell'adempimento delle proprie obbligazioni e del cui operato debba rispondere ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. in combinato disposto con l'art. 7, commi 1 e 2 legge n. 24/2017 (non solo prestazioni svolte da personale dipendente durante l'orario di servizio, ma anche prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, oppure nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica, oppure ancora in regime di convenzione con il S.S.N., nonché attraverso la telemedicina);
- b) avvio diretto dell'istanza risarcitoria, senza previa richiesta stragiudiziale, mediante le procedure conciliative pregiudiziali obbligatorie ai sensi dell'art. 8 legge n. 24/2017, ossia la mediazione o il ricorso ex art. 696 bis c.p.c., oppure avvio diretto di procedimenti giudiziari (possibile, pur se proceduralmente non corretto ai sensi di legge, rispetto al quale la difesa dell'Azienda evocata in giudizio dovrà sollevare le opportune eccezioni di improcedibilità) nei confronti della struttura sanitaria e/o di uno o più esercenti la professione sanitaria dei quali la struttura si sia avvalsa nell'adempimento delle proprie obbligazioni e del cui operato debba rispondere ai sensi degli artt. 1218 e 1228 c.c. in combinato disposto con l'art. 7, commi 1 e 2 legge n. 24/2017 (non solo prestazioni svolte da personale dipendente durante l'orario di servizio, ma anche prestazioni svolte in regime di libera professione intramuraria, oppure nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica, oppure ancora in regime di convenzione con il S.S.N., nonché attraverso la telemedicina);
- c) notifica di avvio di inchiesta da parte di Autorità competenti, con la precisazione che in caso di procedimento penale si considerano atti di formale notifica dell'avvio di inchiesta esclusivamente l'avviso di garanzia di cui all'art. 369 c.p.p., l'avviso di conclusione delle indagini di cui all'art. 415 bis c.p.p., il provvedimento di sequestro di documentazione sanitaria disposto da Autorità Giudiziaria o Polizia Giudiziaria.

Per quanto concerne le richieste risarcitorie di cui sopra ai punti a) e b), l'apertura del sinistro viene effettuata d'ufficio se l'istanza è rivolta alla struttura sanitaria di appartenenza; qualora la richiesta risarcitoria sia rivolta in via esclusiva nei confronti di uno o più esercenti la professione sanitaria, oppure in caso di notifica di avvisi di garanzia o di avvisi di conclusione delle indagini di cui al punto c), l'apertura del sinistro per il sanitario coinvolto avrà luogo sulla base di formale richiesta di copertura assicurativa da parte di quest'ultimo che dovrà essere inoltrata all'Ufficio Assicurativo aziendale secondo le procedure interne stabilite da ciascuna azienda.

In caso di sequestro di documentazione sanitaria l'apertura del sinistro avrà luogo sulla base di formale comunicazione all'Ufficio Assicurativo da parte della struttura aziendale presso la quale è avvenuto il sequestro.

II.2. Definizione e funzioni dei Comitati Gestione Sinistri (CO.GE.SI.)

II.2.1. Comitato Gestione Sinistri (CO.GE.SI.) aziendale

Il Comitato Gestione Sinistri (di seguito CO.GE.SI.) aziendale è il Comitato tecnico-scientifico, composto da varie professionalità interne ed anche esterne all'Azienda di riferimento, che si riunisce periodicamente per fornire consulenza e supporto alle strutture aziendali incaricate di istruire e valutare le pratiche del contenzioso assicurativo afferenti alla I fascia di gestione (sino ad euro 70.000,00), con la finalità di orientare la gestione dei sinistri e di assumere determinazioni in merito all'*an* e al *quantum* delle richieste risarcitorie secondo le modalità operative stabilite dalle presenti "Linee Guida".

I membri permanenti del CO.GE.SI. Aziendale sono individuati in via generale dall'Azienda di riferimento con atto deliberativo, con il quale viene individuato anche un Coordinatore del CO.GE.SI. con funzioni propulsive, di rappresentanza e di direzione dei lavori del Comitato. Con lo stesso atto viene individuato tra i componenti del CO.GE.SI. il sostituto del Coordinatore, per il caso di impedimento del titolare.

La composizione del CO.GE.SI. aziendale deve necessariamente prevedere almeno la presenza dei seguenti soggetti:

- 1) un medico legale;
- 2) un *loss adjuster*, individuato in base a gara centralizzata regionale;
- 3) una componente sanitaria;
- 4) una figura di ambito giuridico.

In casi di particolare complessità il Comitato, individuato nella composizione minima sopra riportata, può avvalersi della consulenza di ulteriori soggetti esterni allo stesso, anche non appartenenti all'Azienda, che per la loro professionalità e specializzazione (es. altri medici legali, medici specialisti, avvocati, esperti in materie scientifiche, etc.) possano apportare il proprio contributo nella formulazione del parere finale.

Il Comitato Gestione Sinistri Aziendale, pertanto, quale organismo deputato alla disamina delle pratiche di responsabilità RCT/O della struttura sanitaria istruite dalle Aziende Sanitarie, procede precipuamente allo svolgimento delle seguenti funzioni:

- verifica della completezza dell'istruttoria svolta in fase di valutazione preliminare ed accertativa, per ogni singolo sinistro oggetto di valutazione;
- valutazione degli elementi acquisiti al fine di determinare la sussistenza di responsabilità in capo all'Azienda e/o al personale sanitario coinvolto o la possibilità di respingere la richiesta risarcitoria;
- richiesta di eventuali ulteriori approfondimenti istruttori al fine della appropriata valutazione dei casi;
- richiesta di consulenze specialistiche a professionisti medici interni o esterni all'azienda, se ritenuto dirimente per la definizione del caso;
- elaborazione delle strategie difensive al fine di orientare la gestione delle procedure conciliative o contenziose;
- in caso di accertate responsabilità nell'operato dei sanitari e/o della struttura e di convenienza di una chiusura transattiva in considerazione dei rischi di soccombenza, valutazione della congruità della richiesta di controparte e determinazione dell'importo dell'offerta transattiva;
- in caso di insussistenza di criticità nell'operato dei sanitari e/o della struttura, reiezione motivata della richiesta risarcitoria;
- trattazione e/o risoluzione di ulteriori questioni e problematiche connesse con la gestione dei sinistri in regime di autoassicurazione.

II.2.2. Comitato Gestione Sinistri (CO.GE.SI.) Regionale o Sovraziendale

Il Comitato Gestione Sinistri (di seguito CO.GE.SI.) Regionale o Sovraziendale è il Comitato tecnico-scientifico istituito dall'Azienda Capofila, composto da professionalità sia interne alla stessa sia afferenti alle altre Aziende del S.S.R. ed anche da professionalità esterne, che si riunisce periodicamente per fornire consulenza e supporto alle strutture Aziendali e Sovraziendali incaricate di istruire e valutare le pratiche del contenzioso assicurativo inerenti alla II fascia (da euro 70.000,01 ad euro 700.000,00), nonché, in composizione integrata con i rappresentanti della

Compagnia Assicuratrice, i sinistri rientranti nella III fascia di gestione (oltre euro 700.000,00), con la finalità di orientare la gestione del contenzioso e di assumere determinazioni in merito all'an e al quantum delle richieste risarcitorie, secondo le modalità operative stabilite dalle presenti "Linee Guida".

I membri permanenti del CO.GE.SI. Regionale sono individuati in via generale dall'Azienda Capofila con atto deliberativo, con il quale viene designato anche un Coordinatore del CO.GE.SI. con funzioni propulsive, di rappresentanza e di direzione dei lavori del Comitato. Con lo stesso atto viene individuato tra i componenti del CO.GE.SI. il sostituto del Coordinatore, per il caso di impedimento del titolare.

Il CO.GE.SI. Regionale, oltre a tutte le funzioni attribuite ai CO.GE.SI. aziendali, come sopra indicate al precedente paragrafo, svolge le seguenti ulteriori funzioni:

- coordinamento operativo del sistema regionale di autoritenzione del rischio sanitario;
- supporto professionale, amministrativo-legale e medico-legale a favore dei Comitati Gestione Sinistri Aziendali, con lo scopo di garantire il rispetto dei principi di "buona pratica" nell'attività gestoria e liquidatoria;
- formulazione di proposte di "linee guida" di raccordo e regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri.

La composizione del CO.GE.SI. Sovraziendale deve necessariamente prevedere almeno la presenza dei seguenti soggetti:

- 1) due medici legali;
- 2) un *loss adjuster*, individuato in base ad una gara centralizzata regionale;
- 3) una componente sanitaria;
- 4) una figura di ambito giuridico.

Il CO.GE.SI. Regionale sarà inoltre integrato di volta in volta dai rappresentanti dell'Azienda sanitaria interessata ai casi oggetto di trattazione per i sinistri di II fascia e dai rappresentanti della Compagnia Assicuratrice per i sinistri di III fascia, per la disamina dei quali è prevista anche la presenza alle sedute del Comitato dei rappresentanti del broker delle Aziende sanitarie regionali in qualità di uditori e consulenti (in particolare in materia di contrattualistica assicurativa, risoluzione delle questioni interpretative del contratto di Polizza, prevenzione del rischio, etc.).

I rappresentanti aziendali verranno individuati in via generale da ciascuna Azienda e la nomina verrà recepita con atto deliberativo della Capofila.

Il Comitato, oltre ai membri permanenti individuati in via generale in fase di costituzione, potrà essere integrato da altri soggetti esterni allo stesso, anche non appartenenti alle aziende del S.S.R., se ciò venga ritenuto necessario per una più approfondita trattazione di un determinato caso sottoposto al suo esame.

Inoltre il CO.GE.SI. Regionale potrà avvalersi della consulenza di esperti, anche esterni allo stesso e anche non appartenenti alle aziende del S.S.R., che per la loro professionalità e specializzazione (es. altri medici legali, medici specialisti, avvocati, esperti in materie scientifiche ecc.) possano supportarlo nella formulazione del parere finale qualora la particolare complessità del caso lo richieda.

Le modalità procedurali per la designazione e la sostituzione dei componenti permanenti del CO.GE.SI. Regionale e per l'integrazione della composizione permanente del Comitato con ulteriori soggetti sono specificate nel dettaglio al paragrafo IV.2. delle presenti "Linee Guida", a cui integralmente si rinvia.

II.3. Definizione di "Ufficio Assicurativo"

Nel presente documento si utilizzerà l'espressione "Ufficio/i Assicurativo/i" per indicare l'Ufficio o gli Uffici di ciascuna Azienda Sanitaria deputato/i all'espletamento di tutta l'attività inerente all'istruttoria dei sinistri aperti al verificarsi delle circostanze descritte al precedente paragrafo II.1.

II.4. Definizione di "Portale"

Nel presente documento si utilizzerà il termine "Portale" per indicare il *database* informatico Regionale predisposto dall'Azienda Capofila in cui viene inserita a cura dell'Azienda che forma o detiene gli atti, in formato elettronico, tutta la documentazione istruttoria dei sinistri gestiti nell'ambito del sistema regionale di autoritenzione del rischio sanitario, in modo da costituire per ciascuna posizione un fascicolo elettronico, reso accessibile a tutto il personale afferente ai competenti Uffici e ai componenti dei CO.GE.SI. Aziendali e Sovraziendale (ossia all'Ufficio Assicurativo dell'azienda coinvolta nel sinistro per l'inserimento nel fascicolo elettronico della documentazione istruttoria ed a tutti i componenti del competente CO.GE.SI. aziendale, nonché all'Ufficio Assicurativo della Capofila ed a tutti i componenti del CO.GE.SI. Regionale, per l'espletamento delle attività - istruttorie, deliberative, di supervisione, monitoraggio, coordinamento, etc. - di competenza della struttura Sovraziendale).

III. SINISTRI DI PRIMA FASCIA

(valore stimato del sinistro fino ad euro 70.000,00)

Le Aziende provvedono autonomamente alla gestione diretta dei sinistri che rientrano sotto la soglia economica di euro 70.000,00, secondo modalità e procedure da svolgersi sulla base di regole regionali omogenee che di seguito si indicano.

In tale fascia, la funzione regionale tramite l'Azienda Capofila non si estende ad alcun intervento valutativo specifico e non prevede – a fronte della liquidazione da parte delle Aziende – appositi trasferimenti finanziari, ma si limita ad un monitoraggio del sistema e alla raccolta di informazioni fornite dalle singole Aziende al fine di riferire periodicamente alla Giunta Regionale sull'andamento della sperimentazione, come disposto con D.G.R.U. n. 1775/2012.

Tuttavia, in particolari casi potrà essere richiesto dalle singole Aziende un intervento dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, quale Capofila - nella figura del Comitato Regionale Gestione Sinistri -, che consisterà in una forma di consulenza laddove emergano perplessità in merito alla sussistenza di eventuali profili di responsabilità e/o altre questioni relative alle modalità di trattazione del sinistro.

Più precisamente, l'intervento dell'Azienda Capofila potrà avere luogo a fronte di casi di particolare complessità o di eventi del tutto anomali e singolari che, per la loro stessa natura, richiedono una trattazione più approfondita (si pensi, a titolo esemplificativo, ai cosiddetti sinistri in serie, quali epidemie ed infezioni all'interno di un reparto, che singolarmente producono un sinistro di valore inferiore ad euro 70.000,00 ma complessivamente potrebbero generare *class action* o richieste di danni simili, oppure ad eventi ripetitivi che siano causa di richieste di danni complessivamente superiori al valore di euro 70.000,00).

In tali ipotesi la Capofila, mediante il Comitato Regionale Gestione Sinistri, potrà svolgere attività di consulenza per pareri medico-legali e legali che l'Azienda interessata potrà richiedere relativamente ai sinistri che, per le loro caratteristiche, appaiano di difficile soluzione, coadiuvando e supportando i competenti Uffici aziendali nell'attività gestoria e di liquidazione dei sinistri.

Di norma, comunque, la trattazione dei sinistri di I fascia viene effettuata direttamente dall'Azienda Sanitaria interessata che provvede autonomamente alla valutazione della sussistenza della responsabilità e alla determinazione del *quantum*, nel rispetto dei criteri organizzativi ed operativi che di seguito si vanno ad individuare al fine di agevolare le procedure di gestione e liquidazione e di rendere omogenee tali modalità procedurali per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Umbria. Alla luce di quanto sopra, nel rispetto dell'autonomia delle singole Aziende Sanitarie ma nell'ottica di uniformazione delle procedure e delle modalità di gestione dei sinistri, in ottemperanza al

mandato conferito dalla Giunta regionale all'Azienda Capofila con la delibera n. 1775/2012, si vanno ad illustrare di seguito:

- procedure standard di accertamento, valutazione e liquidazione dei sinistri atte a ridurre i tempi di gestione e definizione delle richieste risarcitorie;
- procedure standard di reportistica dei sinistri, al fine di consentire la raccolta dei dati necessari ad alimentare le attività di monitoraggio del sistema regionale e fornire un adeguato contributo alla individuazione di percorsi operativi, nell'ottica della gestione e prevenzione del rischio, anche in considerazione degli adempimenti di *risk management* posti in capo alle Aziende Sanitarie dalla legge n. 24/2017.

III.1. Fase Istruttoria

➤ Qualora si verifichi una delle circostanze che danno luogo all'apertura di sinistro indicate al paragrafo II.1., lett. a) e b) la procedura sarà la seguente.

1) Per tutte le richieste risarcitorie, avanzate in via stragiudiziale o direttamente con l'avvio di procedura conciliativa (mediazione o ricorso ex art. 696 *bis* c.p.c.) o contenziosa, l'Ufficio Assicurativo procederà all'apertura e, ai fini della formazione del fascicolo istruttorio, provvederà:

- a richiedere agli Uffici competenti per il rilascio della documentazione sanitaria, **copia di tutta la documentazione** relativa alle prestazioni sanitarie eseguite in Azienda e connessa ai danni lamentati nella richiesta risarcitoria (intendendo, a titolo esemplificativo, la cartella clinica di ricovero ordinario o giornaliero completa di tutte le sue componenti, quali verbale operatorio, consenso informato, diario assistenziale, verbale di DEA/P.S., certificati di visite ambulatoriali, immagini di esami strumentali laddove necessari, copia di riscontro diagnostico se effettuato, referti di esami microbiologici... etc.);
- a richiedere al/i Responsabile/i della/e Struttura/e in cui si è verificato l'evento e, qualora venga specificamente individuato nell'istanza risarcitoria (avanzata in via stragiudiziale o mediante procedura conciliativa o contenziosa), anche al sanitario indicato quale soggetto coinvolto nella produzione dell'evento dannoso, **relazione in forma scritta** che deve

contenere la narrazione dei fatti contestati, da incentrare sull'*iter* assistenziale diagnostico-terapeutico e, se del caso, sulla motivazione tecnica delle scelte adottate anche in rapporto alle contestazioni formulate da controparte nella richiesta risarcitoria, richiamando, ove possibile, le linee guida della materia e/o le buone pratiche clinico assistenziali ai sensi della legge n. 24/2017, nonché la letteratura scientifica accreditata (che dovrà essere allegata). Si dovranno altresì indicare eventuali testimoni ed eventuali circostanze indipendenti dalla condotta degli operatori coinvolti che possono aver condizionato l'evento dannoso lamentato (condizioni cliniche del paziente, circostanze di tempo e di luogo, situazioni organizzative particolari, etc.).

Tale relazione dovrà essere sottoscritta dallo stesso Responsabile e, qualora specificamente individuato nell'istanza risarcitoria (avanzata in via stragiudiziale o mediante procedura conciliativa o contenziosa), dal/i sanitario/i coinvolto/i o interessato/i nelle condotte sanitarie contestate nella richiesta risarcitoria.

I sanitari che predispongono e sottoscrivono la relazione, se individuati nella richiesta risarcitoria, avranno cura altresì di comunicare, in allegato alla relazione stessa, la presenza di eventuali polizze assicurative individuali a copertura dei rischi professionali.

La predetta relazione dovrà essere redatta tenendo conto della richiesta di risarcimento e della eventuale perizia medico legale di parte, che dovranno essere trasmesse ai sanitari interessati unitamente alla richiesta di relazione.

Qualora la richiesta risarcitoria coinvolga l'operato di un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, l'Azienda sanitaria di afferenza dovrà acquisire la relazione di tale sanitario secondo le modalità sopra indicate, richiedendo altresì tutta la documentazione clinica inerente alle prestazioni correlate ai fatti oggetto di contestazione. I modelli base per la richiesta e la redazione della relazione sanitaria vengono allegati alle presenti "Linee Guida" e sono denominati rispettivamente "ALL. A" e "ALL. B";

Una volta pervenuta la documentazione clinica e la relazione di cui sopra, l'Ufficio Assicurativo richiederà al medico legale interno all'Azienda un approfondimento istruttorio da rendere in una relazione che contenga una ricostruzione analitica del caso con una prima valutazione medico legale della vicenda.

A tal fine il medico legale nello svolgimento dell'approfondimento istruttorio potrà espletare i seguenti adempimenti, avendo cura di ottenere le necessarie autorizzazioni con le modalità in uso presso ogni singola Azienda se questi generano oneri per l'ente:

- acquisire consulenza di specialista interno e/o esterno anche in via informale;

- sottoporre (ove possibile) a visita il reclamante, avvalendosi se del caso di supporto specialistico e dell'effettuazione di appositi esami clinici e/o strumentali presso struttura pubblica regionale, qualora la visita stessa si renda necessaria non solo al fine di verificare gli esiti dell'asserito danno lamentato, ma anche per acquisire ulteriore documentazione e informazioni utili all'istruttoria e alla definizione del caso;
- reperire gli ulteriori elementi ritenuti utili (es. preparati istologici, verbali e/o registrazioni delle chiamate pervenute al 118, documenti inseriti nei *database* informatici relativi ai percorsi assistenziali, etc..) per il completamento dell'istruttoria.

L'istruttoria dovrà essere completata con l'acquisizione di ulteriore documentazione da richiedere ai competenti Uffici aziendali e/o a controparte nei seguenti casi particolari.

- In caso di presunta infezione ospedaliera, dovrà essere richiesta la scheda dei controlli ambientali e strumentali (aria, superficie autoclavi, ferri) di sterilità relativi al periodo di riferimento del fatto contestato nonché a quello immediatamente precedente e successivo;
- In caso di presunto danno trasfusionale, dovranno essere richiesti i dati trasfusionali relativi all'evento contestato quale causa del sinistro (informazioni relative ai controlli sierologici effettuati sui donatori anche in epoca successiva ai fatti contestati) eventuale verbale C.M.O.;
- In caso di asserita caduta accidentale di paziente/visitatore in ambiente ospedaliero o nelle aree di pertinenza dell'azienda sanitaria, dovranno essere richiesti:
 - scheda segnalazione cadute redatta secondo il modello ministeriale (al reparto o servizio che aveva in carico il paziente e, se diverso, al reparto/servizio ove sarebbe avvenuta la caduta);
 - relazione tecnica del competente Ufficio Tecnico aziendale in caso di asserita caduta su ostacoli/insidie nelle aree di pertinenza dell'azienda sanitaria coinvolta;
 - eventuali rilievi fotografici risalenti al giorno dei fatti e comprovanti lo stato dei luoghi e l'evento lamentato (a controparte);
 - eventuali testimonianze dell'epoca dei fatti (a controparte e/o a soggetti presenti al momento dei fatti).
- In caso di asserito smarrimento di protesi dovrà essere richiesta relazione del reparto (o servizio) che aveva in carico il paziente e, se diverso, del reparto/servizio ove sarebbe avvenuto lo smarrimento.
- In caso di malfunzionamento di apparecchiature, presidi e/o dispositivi sanitari dovrà essere richiesta specifica relazione tecnica in ordine ad eventuali difetti di funzionamento e/o di

fabbricazione e/o di manutenzione del presidio, di cui dovranno essere fornite anche le informazioni relative alla ditta produttrice e la documentazione relativa alle “conformità” del prodotto alle vigenti normative.

- 2) Qualora la pretesa risarcitoria venga avanzata con richiesta stragiudiziale, anteriormente all’espletamento degli adempimenti sopra descritti e diretti alla formazione del fascicolo istruttorio, l’Ufficio Assicurativo procederà, entro quindici giorni dal ricevimento dell’istanza risarcitoria, ad inviare tramite PEC o raccomandata a/r al soggetto richiedente, o al legale dallo stesso incaricato, una nota contenente:
- la comunicazione della presa in carico del sinistro;
 - la richiesta di produzione di eventuali perizie di parte, di ogni ulteriore documentazione utile per la definizione dell’istruttoria, dell’indicazione in termini economici dell’importo complessivo del presunto danno reclamato;
 - la richiesta di restituzione (ai recapiti dell’Ufficio) del modello - che dovrà essere allegato alla nota di apertura del sinistro - contenente l’informativa per l’acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali, debitamente compilato e sottoscritto dal/i reclamante/i unitamente a copia/e di documento/i di identità in corso di validità di colui che appone la sottoscrizione, con la precisazione che qualora la richiesta risarcimento danni riguardi soggetti di minore età è necessario che il consenso *privacy* venga sottoscritto, ove possibile, da entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale (o da chi ne fa le veci);
 - la tempistica, come individuata indicativamente dalle presenti “Linee Guida” in un termine massimo di 270 gg. lavorativi per la valutazione della fondatezza o meno della richiesta risarcitoria, con precisazione che i tempi di definizione della pratica sono anche legati a quelli di restituzione del modello per il consenso al trattamento dati personali debitamente compilato e sottoscritto da parte del/i reclamante/i e di trasmissione della eventuale ulteriore documentazione in possesso del/i reclamante/i stesso/i utile per l’istruttoria del sinistro;
 - la richiesta, qualora l’istanza risarcitoria appaia generica rispetto ai danni lamentati e/o ai trattamenti sanitari contestati, di produrre nota integrativa (eventualmente corredata da documentazione a supporto) contenente l’allegazione delle condotte sanitarie contestate e una descrizione circostanziata del danno lamentato e posto in correlazione a tali condotte, evidenziando che in mancanza di tali precisazioni e/o integrazioni l’Ufficio si troverà

impossibilitato a proseguire nell'istruttoria del sinistro che pertanto sarà posta in quiescenza.

I modelli base per la comunicazione di presa in carico del sinistro e dell'informativa/richiesta di consenso al trattamento dei dati vengono allegati alle presenti "Linee Guida" rispettivamente come "ALL. C" e "ALL. D".

3) In tutti i casi di richiesta risarcitoria (stragiudiziale, procedura conciliativa o contenziosa) l'Ufficio Assicurativo Aziendale procederà tempestivamente (all'atto della ricezione della stessa) all'apertura della posizione nel "Portale" (di cui alle "Definizioni" delle presenti "Linee Guida", paragrafo II.4.), ai fini della formazione del fascicolo elettronico, inserendo nello stesso l'istanza risarcitoria (ed eventuali allegati) scansionata in formato PDF e attribuendo contestualmente la fascia di gestione in collaborazione con il *loss adjuster* (che sarà tempestivamente avvisato di ogni nuova apertura da un apposito *alert* presente nella procedura informatica del Portale) e con i medici legali aziendali. Al momento dell'apertura la procedura informatica attribuirà in automatico un numero di rubricazione al sinistro.

L'Ufficio Assicurativo Aziendale dovrà provvedere, oltre che alla formazione di un fascicolo cartaceo nel quale dovranno essere conservati ed archiviati i documenti originali, all'inserimento nel suddetto fascicolo elettronico di tutta la documentazione (ulteriore rispetto alla richiesta risarcitoria già inserita all'atto dell'apertura), scansionata in formato PDF, acquisita in corso di istruttoria. Tale ultimo adempimento per i sinistri aperti mediante richiesta risarcitoria stragiudiziale dovrà aver luogo soltanto a seguito della restituzione del modulo per il consenso al trattamento dati personali debitamente compilato e sottoscritto da parte del/i reclamante/i (mentre per i sinistri aperti mediante procedura conciliativa o contenziosa la formazione dell'intero fascicolo elettronico potrà aver luogo sin dalla data di apertura del sinistro).

L'istruttoria del sinistro potrà dirsi completata, allorché nel relativo fascicolo cartaceo ed elettronico sia stata inserita tutta la documentazione essenziale atta alla ricostruzione dell'iter del presunto danno, in particolare:

- richiesta risarcitoria avanzata (stragiudiziale, procedura conciliativa o contenziosa);
- consenso al trattamento dati sottoscritto dal richiedente;
- corrispondenza intercorsa;
- cartelle cliniche e/o altra documentazione sanitaria (se necessaria) acquisita in azienda e/o da controparte;

- ulteriore documentazione relativa al caso acquisita in azienda e/o da controparte;
- perizia medico-legale di controparte (se disponibile);
- relazione/i sui fatti redatta/e dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti, completa delle dichiarazioni in ordine alla copertura assicurativa degli stessi;
- parere medico-legale interno comprensivo delle risultanze della visita (se effettuata) e di eventuali pareri specialistici.

- Qualora l'apertura del sinistro abbia luogo sulla base di uno o più atti di cui al paragrafo II.1. lett. c), l'Ufficio Assicurativo procederà soltanto all'apertura del sinistro nel "Portale", alla formazione del fascicolo cartaceo ed elettronico - in cui saranno inseriti gli atti ricevuti - ed all'attribuzione della fascia di gestione, secondo le modalità operative descritte al precedente punto *sub* 3). Non verranno poste in essere ulteriori attività istruttorie finché non pervengano eventuali richieste risarcitorie, nel qual caso si procederà secondo quanto previsto al precedente punto *sub* 1), 2), 3).

Il termine massimo per l'espletamento delle attività istruttorie di cui al presente paragrafo è fissato (salvo casi di particolare complessità) di norma in 150 giorni lavorativi.

Qualora le attività istruttorie non possano essere completate per inattività di controparte (es. mancata restituzione del modulo privacy, mancata produzione di documentazione istruttoria, mancata presentazione a visita medico legale senza giustificato motivo, etc.) protrattasi per oltre sei mesi, il sinistro verrà posto in quiescenza (con interruzione dei termini previsti dalle presenti "Linee Guida" per le attività istruttorie) sino ad un'eventuale riattivazione di controparte.

III.2. Trattazione del sinistro all'interno del CO.GE.SI. aziendale

1) Trattazione delle richieste risarcitorie stragiudiziali

Acquisito tutto quanto sopra riportato nel paragrafo III.1. e completata l'istruttoria, il sinistro verrà trattato dal CO.GE.SI. aziendale che provvederà, in relazione alle funzioni ed attività di competenza dello stesso - di cui alle "Definizioni" delle presenti "Linee Guida" paragrafo II.2.1 - ad esaminare il sinistro, disporre eventuali approfondimenti ed integrazioni istruttorie, ed a formulare un parere sull'*an* della responsabilità e sull'eventuale *quantum* del risarcimento.

Dette azioni, salvo casi di particolare complessità, dovranno di norma concludersi entro 120 giorni lavorativi dal completamento dell'istruttoria (di cui al precedente paragrafo III.1) con la

formulazione da parte del CO.GE.SI. del suddetto parere sull'*an* della responsabilità e sull'eventuale *quantum* del risarcimento.

Le attività svolte dal CO.GE.SI. e il parere finale per ciascun sinistro dovranno risultare da apposito verbale, redatto per ogni riunione del Comitato, che dovrà contenere:

- data, ora e luogo della seduta e indicazione dei componenti presenti;
- sinistri discussi;
- sintesi degli interventi, eventuali dichiarazioni che i singoli componenti ritengono di voler mettere a verbale, espressa menzione dei documenti eventualmente acquisiti in corso di riunione ed allegati al verbale;
- determinazioni assunte dal comitato in ordine alla richiesta risarcitoria;
- sottoscrizione di tutti i partecipanti alla seduta.

Qualora nel corso della seduta emergano pareri discordanti in ordine alla sussistenza dell'*an* o al *quantum* dell'eventuale danno risarcibile, nell'assunzione della decisione finale si applica il principio della maggioranza dei presenti, fermo l'obbligo dei dissenzienti di mettere a verbale le motivazioni delle proprie posizioni discordi.

Qualora il Comitato ritenga che sussistano profili di responsabilità della struttura sanitaria e dei sanitari coinvolti, per cui appaia opportuno tentare una chiusura transattiva della posizione, la trattazione negoziale dei sinistri di I fascia sarà effettuata dal *loss adjuster* – che potrà essere affiancato da un Rappresentante dell'Azienda interessata – sulla scorta del parere del CO.GE.SI. che dovrà indicare la misura risarcitoria massima per la definizione dell'accordo con il reclamante. Il *loss adjuster* - eventualmente affiancato da un Rappresentante dell'Azienda interessata - procederà tempestivamente ad avviare le trattative, previo espletamento da parte dell'Azienda sanitaria coinvolta, ove necessario, degli adempimenti di cui all'art. 13 Legge n. 24/2017 (per l'esame del dettato normativo e le relative modalità operative si rinvia, di seguito, al paragrafo III.3).

Qualora l'offerta venga accettata, il *loss adjuster* provvederà a renderne edotto l'Ufficio Assicurativo dell'Azienda con apposita comunicazione formale, provvederà altresì alla stesura degli atti di transazione e quietanza e alla trasmissione degli stessi, unitamente alla modulistica da compilare per la liquidazione del risarcimento, alla controparte.

La compilazione, sottoscrizione da parte del/i reclamante/i e restituzione in originale degli atti transattivi suddetti ai competenti Uffici aziendali, rappresentano presupposto imprescindibile per la formalizzazione con atto deliberativo e la successiva liquidazione del risarcimento a favore del/i

danneggiato/i, con pagamento, di norma, entro 60 giorni dalla data di arrivo al protocollo aziendale degli originali dei richiamati atti transattivi.

In caso di reiezione della richiesta risarcitoria stragiudiziale da parte del CO.GE.SI. l'Ufficio Assicurativo dell'azienda coinvolta nel sinistro provvederà a darne comunicazione al reclamante o al legale dallo stesso incaricato a mezzo PEC o lettera raccomandata a/r contenente le motivazioni espresse dal Comitato sulle quali si fonda la determinazione di rigetto.

2) Gestione e trattazione delle richieste risarcitorie avanzate mediante procedure conciliative o contenziose

Qualora la richiesta risarcitoria venga avanzata, per la prima volta, o successivamente ad una prima richiesta stragiudiziale non ancora definita in sede di CO.GE.SI., o all'esito di una reiezione da parte del CO.GE.SI., o all'esito della mancata accettazione di una proposta transattiva formulata dal Comitato, mediante le procedure conciliative (mediazione, ricorso ex art. 696 bis c.p.c.) previste dalla legge (art. 8 legge n. 24/2017; art. 5 comma 1 bis d. lgs. n. 28/2010) quali pregiudiziali obbligatorie per i sinistri di responsabilità sanitaria, oppure mediante procedure contenziose, l'Ufficio Assicurativo dell'Azienda predisporrà il provvedimento di conferimento di incarico a legale fiduciario indicato dalla Direzione Aziendale per la gestione della controversia e lo supporterà mettendo a disposizione dello stesso tutta la documentazione necessaria ed utile per la migliore difesa dell'Azienda.

In tali casi l'attività istruttoria di cui al paragrafo III.1. dovrà essere espletata in tempo utile per fornire al legale incaricato tutti gli elementi valutativi e di difesa necessari per la gestione della procedura conciliativa o contenziosa (nel rispetto dei termini fissati ai sensi di legge o in base a provvedimento giudiziale o stabiliti dall'Organismo preposto alla mediazione).

Al fine di uniformare gli onorari corrisposti ai legali esterni incaricati dalle diverse aziende per i sinistri di I fascia, dovranno essere adottate di norma da tutte le aziende sanitarie tariffe conformi ai parametri applicati dalla Compagnia Assicuratrice per gli incarichi legali concernenti i sinistri di III fascia, di cui al tariffario che si allega alle presenti "Linee Guida" quale "ALL. E", e comunque non superiori ai minimi tabellari stabiliti con decreto ministeriale ai sensi dell'articolo 13, comma 6 L.P. forense, nel rispetto della vigente normativa sull'"*equo compenso*". Ai fini del conferimento dell'incarico, dovrà preliminarmente essere richiesto al legale individuato apposto preventivo per valutarne la rispondenza ai parametri sopra richiamati.

Per quanto concerne le procedure giudiziarie avviate direttamente nei confronti di uno o più esercenti la professione sanitaria, siano essi chiamati in giudizio in via esclusiva oppure congiuntamente alla struttura sanitaria di appartenenza, in caso di richiesta di patrocinio legale da parte di questi ultimi, l'Azienda, secondo le proprie procedure interne (qualora venga rilevata l'assenza di un possibile conflitto di interessi e sussistendo le condizioni previste dai contratti collettivi e dai regolamenti interni) potrà assumere gli oneri della difesa del sanitario. Nel caso di chiamata in giudizio rivolta congiuntamente al sanitario e all'Azienda di appartenenza, verrà, di norma, accordata la tutela legale da parte dello stesso avvocato che patrocina per la Struttura.

Per quanto concerne le procedure giudiziali, conciliative (ex art. 696 bis. c.p.c.) o contenziose, la trattazione del sinistro all'interno del CO.GE.SI. potrà aver luogo sia per lo studio del caso ai fini dell'individuazione degli elementi e delle strategie di difesa da condividere con il legale fiduciario incaricato, anche a supporto della redazione degli scritti difensivi, sia qualora nel corso del procedimento giudiziale si profilassero i presupposti per una chiusura conciliativa, al fine di stabilire il *quantum* dell'offerta transattiva.

In tale ultima ipotesi le trattative verranno condotte dal legale incaricato per la gestione del procedimento congiuntamente al *loss adjuster*, il quale, in caso di accordo transattivo, provvederà anche alla formalizzazione degli atti transattivi necessari per la liquidazione del sinistro di cui sopra al punto 1).

In caso di ricorso ex art. 696 bis c.p.c., dal momento che l'art. 8 comma 3 della legge n. 24/2017 prevede tempistiche alquanto stringenti, e precisamente un termine perentorio di sei mesi dal deposito del ricorso, per la conclusione del relativo procedimento conciliativo (trascorso il quale la domanda diviene comunque procedibile come in caso di mancata conciliazione), è necessario che l'Azienda, oltre che alla nomina del legale fiduciario, proceda anteriormente alla prima udienza, anche alla nomina di almeno uno o eventualmente più consulenti di parte, stante il carattere essenzialmente collegiale della C.T.U. ai sensi dell'art. 15 legge n. 24/2017.

Per quanto concerne le procedure di mediazione, il sinistro deve essere sottoposto al CO.GE.SI. che provvederà ad espletare le attività valutative di cui sopra al precedente punto 1) del presente paragrafo, in particolare in ordine all'*an* della responsabilità ed al *quantum* dell'offerta transattiva in caso di accoglimento della richiesta risarcitoria.

Ciò al fine di stabilire se addivenire ad una chiusura negativa della mediazione (nei casi in cui il Comitato rilevi l'assenza di criticità nella condotta dei sanitari coinvolti o comunque l'esistenza di

elementi difensivi tali da rendere alquanto limitati i rischi di soccombenza in un eventuale giudizio), oppure se partecipare alla conciliazione con la finalità di perseguire una soluzione transattiva della controversia coerente con le risultanze agli atti del fascicolo istruttorio (nei casi in cui il Comitato ravvisi la sussistenza di profili di responsabilità o di elevati rischi di soccombenza in un eventuale giudizio).

In tale ultima ipotesi, le trattative verranno condotte dal legale incaricato per la gestione del procedimento congiuntamente al *loss adjuster*, il quale, in caso di accordo transattivo, provvederà anche alla formalizzazione degli atti transattivi necessari per la liquidazione del sinistro di cui sopra al punto 1).

Qualora il CO.GE.SI., per la particolare complessità del caso sottoposto alla sua valutazione, ravvisi la sussistenza di elementi dubbi di non facile soluzione in merito all'*an* della responsabilità e ritenga opportuno un contraddittorio tecnico tra le parti, potrà essere disposta la partecipazione alla procedura di mediazione per valutare l'opportunità di espletamento di una consulenza tecnica medico legale esplorativa da parte di esperto nominato dal mediatore su accordo delle parti, **ma in tal caso la predetta consulenza dovrà avere carattere non vincolante e non producibile in giudizio.**

Qualora alla data di avvio della procedura di mediazione l'istruttoria del sinistro non sia completa e quindi non sia possibile la valutazione della fondatezza della richiesta risarcitoria, i competenti Uffici aziendali valuteranno l'opportunità di richiedere uno o più rinvii del primo incontro in relazione alle specifiche esigenze istruttorie.

Per stabilire la condotta da tenere da parte dell'Azienda sanitaria chiamata a partecipare ad una procedura di mediazione, si deve tenere conto che:

- nel contesto di un filone giurisprudenziale, avente ad oggetto sinistri di responsabilità medica e sanitaria, inaugurato dal Tribunale di Roma nel 2014, si è giunti a sostenere:
 - a) la ammissibilità ed utilizzabilità della relazione dell'esperto esterno nominato durante la procedura di mediazione nel giudizio avente il medesimo oggetto anche parziale, iniziato, riassunto o proseguito dopo l'insuccesso della mediazione (Ordinanza Tribunale di Roma – sez. XIII , del 17 marzo 2014);
 - b) la possibilità di proseguire la procedura di mediazione anche in assenza della parte convenuta e di acquisire relazioni peritali su richiesta della sola parte presente, anch'esse validamente producibili in giudizio (Ordinanza del Tribunale di Roma sez. XIII del 09.04.2015);

- esistono diverse pronunce giurisprudenziali, in particolare afferenti ai Fori di Firenze e di Vasto, che in generale sottolineano l'opportunità che il mediatore adotti tutte le misure necessarie affinché la mediazione instaurata possa svolgersi, finanche a formulare una proposta conciliativa in assenza di una delle parti.

Pertanto, alla luce di tale giurisprudenza, ai fini della migliore difesa possibile dell'Azienda sanitaria chiamata in mediazione, si dovrà procedere come segue:

- l'Azienda chiamata in mediazione dovrà partecipare in ogni caso al primo incontro, eventualmente rappresentando seduta stante la volontà di non proseguire nella procedura, al fine di evitare che si svolgano “*inaudita altera parte*” operazioni e valutazioni i cui esiti, se trasposti in sede di giudizio, potrebbero influenzare la formazione del convincimento del giudice e pregiudicarne l'imparzialità ed adeguatezza nella determinazione dell'*an* della responsabilità e degli eventuali oneri risarcitori;
- qualora si renda opportuno acquisire una consulenza tecnica in sede di mediazione (c.d. C.T.M.) da parte di esperto nominato dal mediatore, l'Azienda sanitaria coinvolta acconsentirà all'espletamento della C.T.M. soltanto a condizione che nel verbale di conferimento di incarico al consulente nominato dal mediatore si dia atto dell'accordo tra le parti sul carattere meramente esplorativo, non vincolante e non producibile in giudizio da attribuire alla relazione di C.T.M.

In tutti i casi in cui le procedure di mediazione o i ricorsi ex art. 696 bis c.p.c. si concludano con C.T.M. o C.T.U. ove vengano esclusi profili di responsabilità dell'Azienda Sanitaria coinvolta, quest'ultima procederà alla chiusura senza seguito del sinistro, ferma restando la possibilità di riapertura della posizione in caso di successiva instaurazione di un contenzioso giudiziale su iniziativa di controparte.

Nel caso in cui la valutazione del quantum risultante da C.T.U. o C.T.M. faccia ricadere il sinistro, inizialmente aperto e gestito in I fascia, in una fascia superiore, l'azienda di riferimento è tenuta a darne formale comunicazione alla Capofila per il seguito di competenza del Co.Ge.Si. Sovraziendale.

3) In tutti i casi di richiesta risarcitoria di cui ai precedenti punti 1) e 2), qualora si addivenga ad una chiusura transattiva della controversia ed il legale del/i danneggiato/i richieda di ricevere direttamente la quota del risarcimento corrispondente agli onorari di propria spettanza, al fine di

accertare in maniera inconfutabile la volontà del/i danneggiato/i in tal senso, prima di procedere alla liquidazione separata degli onorari è necessario acquisire una procura speciale all'incasso appositamente conferita dal/i danneggiato/i al proprio legale - dalla quale risulti espressamente e precisamente l'importo del compenso dovuto all'avvocato - con sottoscrizione autenticata da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato.

Il *loss adjuster*, ogniqualvolta in corso di trattative il legale del reclamante domandi la liquidazione separata degli onorari, avrà cura di richiedere la produzione della predetta procura e di formalizzare gli atti di transazione e quietanza facendo espressa menzione della liquidazione separata e della relativa procura.

L'acquisizione della procura di cui sopra può essere omessa in caso di accordo transattivo concluso in pendenza di giudizio ove il legale del danneggiato si sia dichiarato "antistatario" e ciò sia confermato nella procura alle liti con espresso conferimento al legale di mandato all'incasso di somme in conto spese legali.

III.3. Adempimenti ai sensi di legge ed altri adempimenti correlati alla gestione dei sinistri di I fascia .

1) Adempimenti art. 13 legge n. 24/2017

L'art. 13 della legge n. 24/2017 e ss. mm. ii. stabilisce che *"Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro quarantacinque giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro quarantacinque giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9".*

Ai fini dell'adempimento di cui al primo periodo dell'art. 13, poiché il testo normativo non chiarisce se la comunicazione *de qua* debba essere indirizzata all'esercente la professione sanitaria

soltanto qualora lo stesso sia specificamente individuato nell'atto introduttivo del giudizio, o se invece vi sia comunque un dovere in capo all'Ente o alla Compagnia assicuratrice dell'Ente di individuare ed informare tutti gli eventuali soggetti potenzialmente corresponsabili nella produzione dei danni lamentati, si ritiene, allo stato (in attesa di eventuali indirizzi interpretativi o giurisprudenziali), di dover adottare una soluzione operativa che possa dar conto del fatto che la Struttura Sanitaria abbia ragionevolmente messo in atto tutte le misure possibili per non incorrere nella preclusione dell'esercizio dell'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa prevista dalla norma in esame.

In concreto, si ritiene pertanto che, date le tempistiche perentorie (45 gg. dalla notifica dell'atto introduttivo del giudizio, pena la preclusione dell'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa) previste dalla legge per le comunicazioni in oggetto, l'Azienda Sanitaria possa ottemperare a tali adempimenti adottando le seguenti modalità operative.

- a) Qualora l'esercente o gli esercenti la professione sanitaria la cui condotta venisse posta dal presunto danneggiato a fondamento dell'azione giudiziale di responsabilità civile fossero specificamente individuati nell'atto introduttivo (citazione, ricorso), l'Ufficio Assicurativo provvederà all'invio di comunicazione formale ai predetti sanitari - effettuata a mezzo PEC o raccomandata postale a/r o raccomandata a mano a/r, nel rispetto delle tempistiche stabilite dalla previsione normativa in esame - dell'instaurazione del giudizio nei confronti dell'Azienda Sanitaria, con contestuale trasmissione di copia dell'atto introduttivo del giudizio.
- b) Qualora l'atto introduttivo del giudizio non contenga contestazioni poste a carico di specifici soggetti, ma generiche censure ascrivibili a trattamenti sanitari considerati nel loro complesso, l'Ufficio Assicurativo non è tenuto a dare comunicazione dell'instaurazione del giudizio nei confronti dell'Azienda Sanitaria, onde evitare un inutile ed irragionevole coinvolgimento di una platea di innumerevoli soggetti che comporterebbe un allarmismo ingiustificato negli esercenti le professioni sanitarie, per il solo fatto di essere gli stessi intervenuti nel percorso assistenziale del paziente, con il conseguente accentuarsi di condotte ascrivibili alla c.d. medicina difensiva, in contrasto con la *ratio* della legge n. 24/2017.
- c) Le comunicazioni in questione non dovranno essere effettuate qualora il sanitario sia chiamato direttamente e personalmente in giudizio congiuntamente all'Azienda Sanitaria.

Ai fini dell'adempimento di cui al secondo periodo dell'art. 13, si ritiene di dover adottare anche in tal caso una soluzione operativa che possa dar conto del fatto che la Struttura Sanitaria abbia ragionevolmente messo in atto tutte le misure possibili per non incorrere nella preclusione prevista dalla norma in merito all'esercizio dell'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa.

In concreto, date le tempistiche perentorie (45 gg. dall'avvio delle trattative stragiudiziali) previste dalla legge per le comunicazioni in oggetto, pur nell'indeterminatezza in questo caso del dettato normativo rispetto al *dies a quo* dell'avvio delle trattative, si ritiene che l'Azienda Sanitaria possa ottemperare appieno a tali adempimenti individuando il predetto *dies a quo* nella data in cui il Comitato Gestione Sinistri abbia assunto determinazioni in merito all'accoglimento di una determinata richiesta risarcitoria.

Per i sinistri di I fascia i nominativi dei sanitari ai quali indirizzare le comunicazioni di avvio trattative in esame, laddove individuabili, vengono determinati e verbalizzati dal CO.GE.SI. aziendale.

Sotto il profilo operativo, ogniqualvolta il Comitato Gestione Sinistri assumesse determinazioni in merito all'accoglimento di una data richiesta risarcitoria, con autorizzazione all'avvio di trattative stragiudiziali (previa determinazione dell'importo massimo risarcibile), avanzata stragiudizialmente o mediante istanza di mediazione, oppure in merito alla definizione transattiva di un sinistro per il quale sia in corso un procedimento giudiziale conciliativo o contenzioso, al fine di ottemperare agli adempimenti relativi alle comunicazioni in esame, si procederà come segue.

- a) Il CO.GE.SI., sulla base della richiesta risarcitoria e della documentazione istruttoria per i sinistri gestiti in via stragiudiziale, o sulla base degli atti del giudizio o della mediazione (in particolare gli atti introduttivi del procedimento e gli esiti delle operazioni peritali di C.T.U. o C.T.M. ove disposte) per i sinistri rispetto ai quali siano state attivate procedure contenziose o conciliative, qualora rilevi che le criticità fondanti l'accoglimento della richiesta risarcitoria risultino ascrivibili esclusivamente ed inequivocabilmente alle condotte di uno o più esercenti la professione sanitaria specificamente individuati, ne indicherà i nominativi, dandone atto nel relativo verbale, ai fini delle comunicazioni di avvio trattative di cui all'art. 13 legge n. 24/2017.
- b) In virtù delle determinazioni del CO.GE.SI. di cui al precedente punto a), l'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Sanitaria coinvolta provvederà all'invio di comunicazione formale di avvio delle trattative ai predetti sanitari, effettuata a mezzo PEC o raccomandata postale a/r o raccomandata a mano a/r, secondo le tempistiche e le

modalità stabilite dalla previsione normativa in esame, riportando o allegando estratto del verbale contenente esclusivamente la decisione conclusiva del Comitato (e non le singole valutazioni medico legali espresse sul caso), accludendo altresì, in caso di attivazione di procedure conciliative o contenziose, copia degli atti di tali procedimenti posti a fondamento del riconoscimento della responsabilità (C.T.U., C.T.M., provvedimenti giudiziari).

Dette comunicazioni dovranno rendere edotto il sanitario sulla possibilità di prender parte alle trattative, come stabilito dalla norma in esame, con richiesta di manifestazione di interesse in tal senso da comunicare a cura del sanitario stesso entro il termine di 7 gg. dal ricevimento dell'invito, a mezzo PEC o raccomandata postale a/r o raccomandata a mano a/r indirizzata all'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Sanitaria di appartenenza. L'Ufficio Assicurativo avrà cura di mettere in contatto il sanitario che abbia inviato la predetta manifestazione di interesse con il *loss adjuster* incaricato delle trattative.

- c) Qualora all'esito dell'istruttoria stragiudiziale o dagli atti del giudizio o della mediazione emergessero esclusivamente, o in aggiunta a specifiche censure a carico di taluni esercenti la professione sanitaria specificamente individuati, generiche criticità riconducibili a trattamenti sanitari considerati nel loro complesso, il CO.GE.SI. non è tenuto, ai fini delle comunicazioni in esame, a porre in essere ricerche per individuare eventuali soggetti cui sia ascrivibile una partecipazione alla causazione dell'evento dannoso o nominativi ulteriori rispetto a quelli inequivocabilmente evincibili dalla documentazione acquisita in istruttoria. Ciò al fine di evitare un inutile ed irragionevole coinvolgimento di una platea di innumerevoli soggetti che comporterebbe un allarmismo ingiustificato negli esercenti le professioni sanitarie, per il solo fatto di essere gli stessi intervenuti nel percorso assistenziale del paziente, con il conseguente accentuarsi di condotte ascrivibili alla c.d. medicina difensiva, in contrasto con la *ratio* della legge n. 24/2017.

2) Adempimenti ex art. 4 legge n. 24/2017 per i sinistri di I fascia

Il comma 3 dell'art. 4, riguardante la "Trasparenza dei dati" stabilisce che *"Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, 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 (*risk management*) di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, come modificato dagli articoli 2 e 16 della presente legge”.

Ai fini di tale adempimento l'Ufficio Assicurativo di ciascuna Azienda Sanitaria dovrà attivarsi e coordinarsi con i competenti Uffici al fine di inserire nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale i dati relativi ai risarcimenti erogati secondo quanto previsto dalla disposizione normativa sopra richiamata. In particolare dovrà essere creata un'apposita sotto-sezione sotto la voce “pagamenti dell'amministrazione”, denominata “pagamenti sistema assicurativo ex art. 4 comma 3 legge n. 24/2017”.

Si precisa che la pubblicazione dei risarcimenti erogati relativi ai sinistri gestiti in regime di autoritenzione del rischio sanitario dovrà aver luogo in base alle seguenti modalità:

- per quanto concerne i risarcimenti erogati per i sinistri di I fascia, ciascuna Azienda dovrà provvedere autonomamente all'inserimento di tali dati nel proprio sito internet;
- le pubblicazioni di cui sopra dovranno essere eseguite/aggiornate annualmente in relazione ai risarcimenti di I fascia erogati in regime di autoritenzione negli esercizi precedenti, avendo cura di effettuare l'aggiornamento annuale entro il 30 giugno con l'aggiunta dei risarcimenti erogati nell'ultimo esercizio (dal 01 gennaio al 31 dicembre dell'anno precedente a quello di pubblicazione).

Superati i cinque esercizi dall'inizio del progetto regionale di autoassicurazione, si avrà cura, in sede di aggiornamento annuale, di mantenere pubblicati soltanto i dati relativi ai cinque esercizi precedenti.

3) Comunicazioni alla Procura della Corte dei Conti

In conformità a quanto previsto dall'art. 1 comma 3 legge n. 20/1994 e ss. mm. ii. e dall'art. 52 d.lgs n. 174/2016 in merito agli obblighi, incombenti su amministratori e funzionari pubblici, di denuncia alla competente Procura contabile di fatti che possono dare luogo a responsabilità per danno erariale, l'Ufficio Assicurativo di ciascuna Azienda del S.S.R. provvederà ad inviare alla Procura Regionale della Corte dei Conti, con cadenza trimestrale, nota PEC o raccomandata a/r contenente il dettaglio di ciascun risarcimento di valore rientrante nella I fascia di gestione liquidato nel trimestre di riferimento, con i dati identificativi essenziali (n. di pratica e/o di procedimento conciliativo o contenzioso, nominativi dei reclamanti, etc.) del sinistro cui la liquidazione si riferisce, accludendo per ciascuna posizione:

- delibera di liquidazione del risarcimento ed allegati atti di transazione e quietanza;
- richiesta risarcitoria stragiudiziale e/o istanza di mediazione e/o atto introduttivo del giudizio (citazione, ricorso);

- verbali di tutti i CO.GE.SI. in cui è stato trattato e definito il sinistro;
- C.T.M. o C.T.U., ove espletate, in caso di mediazione o giudizio;
- verbali di mediazione chiusa con accordo transattivo o provvedimenti giudiziali di accoglimento della richiesta risarcitoria (ove presenti), in caso, rispettivamente, di mediazione o giudizio.

4) Informativa sui sinistri all'Azienda Capofila

La D.G.R. n.1775 del 27/12/2012 al punto 11) del deliberato pone a carico dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, in qualità di Capofila, l'onere di relazionare annualmente alla Giunta Regionale sull'andamento della sperimentazione in forma centralizzata per la gestione assicurativa dei rischi di responsabilità civile sanitaria delle Aziende Sanitarie in regime di autoritenzione parziale.

Per consentire all'Azienda Capofila di svolgere il monitoraggio della sperimentazione della gestione dei rischi di responsabilità civile sanitaria in regime di parziale autoritenzione e di assolvere agli obblighi informativi nei confronti della Giunta Regionale, ogni Azienda provvederà, in merito ai sinistri di propria afferenza, ad aggiornare compiutamente, almeno a cadenza trimestrale, il "Portale Regionale", implementando tutti i campi (ad eccezione di quelli rispondenti ad adempimenti della Capofila per le posizioni di II e III fascia) che diano conto almeno delle seguenti informazioni:

- numero identificativo sinistro
- soggetto richiedente
- modalità di richiesta
- data di richiesta
- data di restituzione modulo privacy
- data del sinistro
- indicazione del tipo di evento e di danno
- stato del sinistro
- somma richiesta
- somma eventualmente pagata.

Al fine di consentire alla Capofila di redigere la relazione annuale da trasmettere alla Giunta Regionale, **entro il 10 novembre di ogni anno**, ciascuna delle altre Aziende del S.S.R. provvederà a trasmettere all'A.O. di Perugia una reportistica aggiornata di tutti i sinistri di propria afferenza aperti a partire dalla data di inizio del sistema regionale di autoritenzione del

rischio sanitario (27 ottobre 2013) sino alla scadenza (27 ottobre) dell'annualità appena conclusa.

Per consentire alle altre Aziende del S.S.R. di ottemperare a tale adempimento, la Capofila invierà ai rispettivi Uffici Assicurativi, alla scadenza di ciascuna annualità, nota formale con richiesta di tempestivo aggiornamento del "Portale Regionale" (secondo le modalità sopra indicate) entro la data del successivo 10 novembre. Per quanto concerne i sinistri di I fascia, la Capofila potrà altresì predisporre per ciascuna Azienda ed inviare ai rispettivi Uffici Assicurativi una tabella in formato excel, che dovrà essere compilata a cura di tali Uffici con l'inserimento dei dati richiesti e reinviata alla Capofila entro la data del successivo 10 novembre.

Inoltre, al fine di redigere la predetta relazione annuale, la Capofila potrà, all'occorrenza, richiedere alle altre Aziende del S.S.R. anche informazioni ulteriori rispetto agli oneri sostenuti da ciascuna Azienda per la gestione dei sinistri in regime di autoritenzione (in particolare, potranno essere richieste informazioni in ordine agli accantonamenti a bilancio per risarcimenti derivanti dai sinistri di responsabilità sanitaria di I fascia e per altri oneri ricadenti sul bilancio aziendale, tra cui spese di *loss adjuster* per i sinistri di I fascia, spese legali, peritali e di mediazione sostenute per i sinistri di I e II fascia, etc.).

IV. SINISTRI DI SECONDA FASCIA

(valore stimato del sinistro da euro 70.000,01 a euro 700.000,00)

IV.1. Premessa: rapporti tra le singole Aziende e l'Azienda Capofila gestore del Fondo di Autoritenzione Regionale, aspetti procedurali e profili sanzionatori

Preliminarmente all'illustrazione delle procedure per la gestione dei sinistri di II fascia, si vanno ad elencare qui di seguito alcune regole fondamentali per il coordinamento dei rapporti tra le singole Aziende e la Capofila relativamente a "casi particolari" inerenti all'attribuzione delle fasce di gestione ed all'imputazione degli oneri risarcitori.

- a) Qualora nel corso della trattazione del sinistro all'interno del CO.GE.SI. Aziendale venisse individuato un valore del potenziale risarcitorio sicuramente superiore ad euro 70.000,00, della gestione del sinistro verrà investita l'Azienda Capofila tramite comunicazione formale con PEC aziendale, mettendo a disposizione della stessa tutta la documentazione acquisita ed esaminata attraverso l'inserimento della documentazione stessa nel fascicolo elettronico del "Portale", al fine di far gravare gli oneri del sinistro sul Fondo di Autoritenzione Regionale.
- b) Qualora si presentino sinistri particolarmente complessi per i quali risulti dubbia l'individuazione del potenziale valore risarcitorio, questi verranno segnalati all'Azienda Capofila che li sottoporrà al CO.GE.SI. Regionale per la definitiva attribuzione della competenza nella gestione.
- c) Qualora il sinistro venga gestito a livello Sovraziendale, ma nella definizione del *quantum* risarcitorio e dell'accordo transattivo si addivenga alla liquidazione di una somma inferiore o pari ad euro 70.000,00, il sinistro sarà ricollocato in I fascia e gli oneri risarcitori rimarranno a carico dell'Azienda di riferimento.
- d) **In caso di autonoma gestione di un sinistro di II fascia da parte dell'Azienda Sanitaria interessata, gli oneri risarcitori non potranno gravare sul Fondo di Autoritenzione Regionale, anche qualora il risarcimento liquidato sia di importo superiore ad euro 70.000,00, e pertanto ricadranno sul proprio bilancio aziendale.**

Infatti, ogni accordo conciliativo o transattivo per un valore risarcitorio ricadente nella II fascia e quindi a carico del Fondo di Autoritenzione Regionale, potrà essere definito solo previo parere favorevole del CO.GE.SI. Regionale, condizione imprescindibile per l'attribuzione dell'onere del risarcimento al Fondo Regionale.

Resta comunque salva la facoltà dell’Azienda che abbia raggiunto un accordo conciliativo con controparte senza acquisire il previo parere del CO.GE.SI. Sovraziendale di presentare, ai fini dell’attribuzione dell’onere risarcitorio *de quo* al Fondo Regionale, istanza motivata alla Giunta Regionale, alle cui decisioni si adeguerà l’Azienda Capofila nella liquidazione del sinistro.

- e) **Il CO.GE.SI. Sovraziendale potrà stabilire di rimettere la gestione di un sinistro di II fascia all’Azienda di appartenenza, facendo ricadere i relativi oneri risarcitori sul bilancio di quest’ultima, qualora ravvisasse gravi inadempienze e carenze nell’espletamento dell’istruttoria aziendale rispetto alle procedure e alle tempistiche riportate al paragrafo seguente, tali da rendere difficoltosa una proficua ed efficace trattazione e chiusura del sinistro.**

Resta comunque salva la facoltà dell’Azienda di appartenenza di presentare, ai fini dell’attribuzione dell’onere risarcitorio *de quo* al Fondo Regionale, istanza motivata alla Giunta Regionale, alle cui decisioni si adeguerà l’Azienda Capofila nella liquidazione del sinistro.

IV.2. Trattazione del sinistro all’interno del CO.GE.SI. Sovraziendale

La gestione diretta dei sinistri di II fascia è demandata all’Azienda Capofila, pur permanendo la titolarità dell’Azienda coinvolta nel sinistro nei confronti dei terzi.

La soglia di valore economico individuata per la gestione diretta da parte della Azienda Capofila si colloca nella fascia ricompresa tra euro 70.000,01 ed euro 700.000,00.

L’Azienda Sanitaria, tramite il proprio Ufficio Assicurativo, al momento in cui riceve una richiesta di risarcimento danni ai sensi delle “Definizioni” delle presenti “Linee Guida”, paragrafo II.1., qualora in base ad una stima del valore del danno effettuata con il supporto dei medici legali interni e del *loss adjuster* o in base all’indicazione già contenuta nella richiesta, rilevi che il sinistro rientra nella II fascia, ne dà immediata formale comunicazione all’Azienda Capofila esclusivamente tramite PEC aziendale.

L’Azienda Capofila si avvale per l’espletamento delle funzioni di gestione diretta dei sinistri rientranti nella II fascia del Comitato Regionale Gestione Sinistri, per la cui composizione, funzioni ed attività, si rinvia a quanto previsto alle “Definizioni” delle presenti “Linee Guida”, paragrafo II.2.2.

In ordine ad alcuni aspetti inerenti alla composizione del CO.GE.SI. Regionale, peraltro già evidenziati nel richiamato paragrafo II.2.2., si rende opportuno fornire le seguenti indicazioni operative.

- Il CO.GE.SI. Regionale è integrato di volta in volta con i rappresentanti dell'Azienda Sanitaria interessata ai casi oggetto di trattazione, ma al fine di garantire maggiore obiettività, trasparenza e non influenzabilità nella valutazione dei sinistri da parte del Comitato, **è di norma auspicabile che alla seduta deliberativa sia presente un rappresentante aziendale diverso dal medico legale che ha proceduto a redigere la relazione richiesta nella fase istruttoria.**
- I rappresentanti aziendali sono individuati in via generale da ciascuna Azienda con comunicazione formale inviata tramite PEC alla Capofila e tali nomine sono recepite negli atti deliberativi costitutivi dei CO.GE.SI. di II fascia adottati dalla Capofila, la quale provvederà ad adottare deliberazioni integrative e/o modificative qualora una data Azienda designi ulteriori rappresentanti in aggiunta a quelli nominati in precedenza o in sostituzione di taluno di essi.
- Resta salva la facoltà di designare ulteriori soggetti rispetto a quelli individuati in via generale, che andranno ad integrare la composizione del CO.GE.SI. qualora ciò sia reso opportuno dalla particolarità del sinistro oggetto di trattazione. Tale designazione verrà effettuata, previa richiesta motivata dell'Ufficio Assicurativo dell'Azienda coinvolta nel sinistro da trattare o dell'Ufficio Assicurativo della Capofila indirizzata (tramite PEC aziendale o lettera raccomandata - postale o a mano - a/r) al Coordinatore del CO.GE.SI. Regionale, e autorizzata dal Coordinatore stesso nella lettera di convocazione del CO.GE.SI.
- Nei casi in cui lo ritenga necessario in base alla particolarità del sinistro ed agli esiti dell'istruttoria Sovraziendale, il Coordinatore del CO.GE.SI. Regionale potrà designare di propria iniziativa ed inserire nella convocazione del CO.GE.SI. soggetti ulteriori rispetto ai membri permanenti individuati in via generale.
- Nei casi in cui, per ragioni di incompatibilità/inopportunità rispetto alla trattazione di una specifica posizione, si ravvisasse la necessità di sostituire uno o più membri permanenti del CO.GE.SI. Regionale, detta sostituzione potrà aver luogo sulla base delle procedure sopra indicate per la designazione *una tantum* (circoscritta alla trattazione di uno specifico sinistro) di ulteriori soggetti rispetto ai componenti permanenti individuati in via generale, ma la sostituzione dovrà contestualmente essere recepita in un atto deliberativo della Capofila.
- Qualora il CO.GE.SI. si avvalga del supporto e della consulenza di esperti, esterni all'azienda di riferimento del sinistro (altri medici legali, medici specialisti, avvocati, esperti in materie scientifiche ecc.), l'incarico e il relativo il compenso per l'attività del professionista,

preventivamente concordati, dovranno essere formalizzati a cura dell'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Capofila con oneri a carico del Fondo Regionale.

Il coordinamento tra le funzioni Aziendali e quelle Sovraziendali espletate dall'Azienda Capofila viene garantito attraverso la procedura di seguito riportata, con la precisazione che le modalità e le tempistiche dell'istruttoria interna e della definizione dei sinistri stabilite in tale procedura debbono essere rispettate anche dalla Capofila per i sinistri di II fascia di propria afferenza, salva l'inapplicabilità in tal caso delle regole di raccordo tra aziende e Capofila stante la sovrapposizione tra funzioni Aziendali e Sovraziendali.

1) Trattazione delle richieste risarcitorie stragiudiziali

In caso di richiesta risarcitoria stragiudiziale, l'Azienda Sanitaria coinvolta nel sinistro svolge entro un termine massimo di 150 giorni lavorativi tutta l'istruttoria prevista e descritta nella parte "Fase Istruttoria" di cui al paragrafo III.1., e provvede, sempre secondo le modalità indicate in tale paragrafo, all'apertura del sinistro e all'inserimento di tutta la documentazione nel "Portale", dando formale comunicazione (tramite PEC aziendale) all'Ufficio Assicurativo della Capofila del completamento dell'istruttoria e del relativo fascicolo elettronico, rimettendo alla stessa Capofila la trattazione del caso.

L'istruttoria interna potrà dirsi completa e trasmissibile all'Azienda Capofila soltanto qualora sia stata acquisita agli atti del fascicolo tutta la documentazione di cui al paragrafo III.1. necessariamente corredata dalla relazione del medico legale interno all'Azienda di appartenenza del sinistro comprensiva di verbale di visita medica sul preteso danneggiato (ove possibile e necessario).

Acquisita tutta la documentazione sopra riportata, questa viene sottoposta al medico legale afferente all'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Capofila preposto all'attività di supporto al Comitato di Gestione Sinistri di II e III fascia, per un ulteriore approfondimento istruttorio. Per tale approfondimento il suddetto medico legale Sovraziendale potrà interagire con le Strutture Sanitarie interessate al sinistro e con il medico legale interno alle stesse che ha redatto la relazione preliminare sul caso.

Una volta ultimata la fase istruttoria Sovraziendale, mediante l'acquisizione agli atti della relazione redatta dal medico legale afferente all'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Capofila, detta Azienda attiva il CO.GE.SI. Regionale, mettendo a disposizione tutta la documentazione del fascicolo istruttorio, comprensiva del parere del medico legale interno all'Azienda di appartenenza del

sinistro e del parere del medico legale preposto all'attività di supporto al Comitato Gestione Sinistri di II e III fascia.

Il CO.GE.SI. Regionale, in analogia con quello aziendale, compie le medesime attività e redige un parere sul sinistro che contiene la descrizione dei fatti oggetto di contestazione, la valutazione dei profili di responsabilità e, in caso di sussistenza dei medesimi, una ipotesi di quantificazione del danno.

I termini per l'espletamento dell'istruttoria Sovraziendale e la successiva formulazione del parere da parte del CO.GE.SI. Regionale sono fissati di regola (salvo casi di particolare complessità) complessivamente in 120 giorni lavorativi dall'arrivo (data protocollo in entrata) alla Capofila della suddetta comunicazione di completamento dell'istruttoria interna del sinistro da parte dell'Azienda di riferimento.

Le attività svolte dal CO.GE.SI. e il parere finale per ciascun sinistro dovranno risultare da apposito verbale, redatto per ogni riunione del Comitato, che dovrà contenere:

- data, ora e luogo della seduta e indicazione dei componenti presenti;
- sinistri discussi;
- sintesi degli interventi, eventuali dichiarazioni che i singoli componenti ritengono di voler mettere a verbale, espressa menzione dei documenti eventualmente acquisiti in corso di riunione ed allegati al verbale;
- determinazioni assunte dal comitato in ordine alla richiesta risarcitoria;
- sottoscrizione di tutti i partecipanti alla seduta.

Qualora nel corso della seduta emergano pareri discordanti in ordine alla sussistenza dell'*an* o al *quantum* dell'eventuale danno risarcibile, nell'assunzione della decisione finale si applica il principio della maggioranza dei presenti, fermo l'obbligo dei dissenzienti di mettere a verbale le motivazioni delle proprie posizioni discordi.

Qualora il Comitato ritenga che sussistano profili di responsabilità della struttura sanitaria e dei sanitari coinvolti, per cui appaia opportuno tentare una chiusura transattiva della posizione, la trattazione negoziale dei sinistri di II fascia sarà effettuata dal *loss adjuster* - che potrà essere affiancato da un Rappresentante dell'Azienda interessata e/o della Capofila - sulla scorta del parere del CO.GE.SI. che dovrà indicare la misura risarcitoria massima per la definizione dell'accordo con il reclamante.

Il *loss adjuster* - eventualmente affiancato da un Rappresentante dell'Azienda interessata e/o della Capofila - procederà tempestivamente ad avviare le trattative, previo espletamento da parte dell'azienda sanitaria coinvolta, ove necessario, degli adempimenti di cui all'art. 13 Legge n.

24/2017 (per l'esame del dettato normativo e le relative modalità operative si rinvia, di seguito, al paragrafo IV.3).

Qualora l'offerta venga accettata, il *loss adjuster* provvederà a renderne edotto l'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Capofila con apposita comunicazione formale; provvederà altresì alla stesura degli atti di transazione e quietanza e alla trasmissione degli stessi, unitamente alla modulistica da compilare per la liquidazione del risarcimento, alla controparte.

La compilazione, sottoscrizione da parte del/i reclamante/i e restituzione in originale degli atti transattivi suddetti all'Ufficio Assicurativo della Capofila, rappresenta presupposto imprescindibile per la formalizzazione degli atti liquidativi, a cura della stessa Capofila, con atto deliberativo e la successiva liquidazione del risarcimento a favore del/i danneggiato/i, il cui pagamento, di norma, ha luogo entro 60 giorni dalla data di arrivo (protocollo in entrata) presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia degli originali dei richiamati atti transattivi.

L'Azienda Capofila anticiperà gli oneri per il risarcimento dei danni, procedendo successivamente a richiedere alla Regione Umbria il rimborso delle somme pagate a valere sul Fondo di Autoritenzione Regionale per il risarcimento dei danni da responsabilità sanitaria in ambito Sovraziendale.

La Capofila dovrà formulare tale richiesta di rimborso ai competenti Uffici Regionali con nota PEC istituzionale allegando gli atti deliberativi dei pagamenti, almeno con cadenza semestrale - e comunque non oltre il 15 giugno e il 15 dicembre di ciascun esercizio - rispetto ai risarcimenti erogati nel semestre di riferimento.

La Regione Umbria provvederà al rimborso degli importi anticipati dall'Azienda Capofila tramite utilizzo del Fondo Rischi appositamente costituito.

In caso di reiezione della richiesta risarcitoria stragiudiziale da parte del CO.GE.SI. Regionale, l'Ufficio Assicurativo della Capofila provvederà a darne comunicazione al reclamante o al legale dallo stesso incaricato a mezzo PEC o lettera raccomandata a/r contenente le motivazioni espresse dal Comitato sulle quali si fonda la determinazione di rigetto.

2) Gestione e trattazione delle richieste risarcitorie avanzate mediante procedure conciliative o contenziose.

Qualora la richiesta risarcitoria venga avanzata, per la prima volta, o successivamente ad una prima richiesta stragiudiziale non ancora definita in sede di CO.GE.SI., o all'esito di una reiezione da parte del CO.GE.SI., o all'esito della mancata accettazione di una proposta transattiva formulata dal Comitato, mediante le procedure conciliative (mediazione, ricorso ex art. 696 bis c.p.c.)

previste dalla legge (art. 8 legge n. 24/2017; art. 5 comma 1 bis d. lgs. n. 28/2010) quali pregiudiziali obbligatorie per i sinistri di responsabilità medica e sanitaria, oppure mediante procedure contenziose, l'Azienda interessata assumerà la gestione della fase contenziosa designando legali e periti di propria fiducia, sostenendone in proprio tutti gli oneri della procedura. All'uopo l'Ufficio Assicurativo dell'Azienda coinvolta nel sinistro predisporrà il provvedimento di conferimento di incarico al legale fiduciario indicato dalla Direzione Aziendale per la gestione della controversia e lo supporterà mettendo a disposizione dello stesso tutta la documentazione necessaria ed utile per la migliore difesa dell'Azienda.

Al fine di uniformare gli onorari corrisposti ai legali esterni incaricati dalle diverse aziende per i sinistri di II fascia, dovranno essere adottate di norma da tutte le aziende sanitarie tariffe conformi ai parametri applicati dalla Compagnia Assicuratrice per gli incarichi legali concernenti i sinistri di III fascia, di cui al tariffario che si allega alle presenti Linee Guida quale "ALL. E", e comunque non superiori ai minimi tabellari stabiliti con decreto ministeriale ai sensi dell'articolo 13, comma 6 L.P. forense, nel rispetto della vigente normativa sull' "equo compenso". Ai fini del conferimento dell'incarico, dovrà preliminarmente essere richiesto al legale individuato apposto preventivo per valutarne la rispondenza ai parametri sopra richiamati.

Per quanto concerne le procedure giudiziarie avviate direttamente nei confronti di uno o più esercenti la professione sanitaria, siano essi chiamati in giudizio in via esclusiva oppure congiuntamente alla struttura sanitaria di appartenenza, in caso di richiesta di patrocinio legale da parte di questi ultimi, l'Azienda, secondo le proprie procedure interne (qualora venga rilevata l'assenza di un possibile conflitto di interessi e sussistendo le condizioni previste dai contratti collettivi e dai regolamenti interni) potrà assumere gli oneri della difesa del sanitario. Nel caso di chiamata in giudizio rivolta sia al sanitario che all'Azienda di appartenenza, verrà, di norma, accordata la tutela legale da parte dello stesso avvocato che patrocina per la Struttura.

Le modalità di gestione delle procedure di mediazione, dei procedimenti ex art. 696 bis c.p.c. e delle procedure contenziose **sono quelle già previste e sopra indicate nelle presenti "Linee Guida" per i sinistri di I fascia**, con le integrazioni di seguito riportate per il raccordo delle altre Aziende del S.S.R. con l'Azienda Capofila e con il CO.GE.SI. Regionale.

Nelle ipotesi in esame l'attività istruttoria aziendale di cui al paragrafo III.1. dovrà essere espletata in tempo utile per fornire al legale incaricato tutti gli elementi valutativi e di difesa necessari per la gestione della procedura conciliativa o contenziosa (nel rispetto dei termini fissati ai sensi di legge

o in base a provvedimento giudiziale o stabiliti dall'Organismo preposto alla mediazione), nonché per consentire la trattazione del sinistro da parte del CO.GE.SI. Regionale.

In relazione a tale ultimo punto si precisa infatti che, pur essendo rimesse le procedure conciliative o contenziose relative ai sinistri di II fascia alla gestione in proprio da parte dell'Azienda interessata, quest'ultima dovrà aver cura di informare la Capofila (con comunicazioni formali trasmesse tramite PEC aziendale) **dell'avvio della procedura, dello stato di avanzamento e degli sviluppi della stessa, nonché di inserire tutta la relativa documentazione nel fascicolo elettronico del "Portale", al fine di mettere a disposizione della Capofila tutti gli elementi per consentire la trattazione del caso all'interno del CO.GE.SI. Regionale, il quale dovrà essere necessariamente interpellato dall'Azienda interessata in tutti casi in cui si prospetti la possibilità di una soluzione conciliativa, al fine di autorizzare l'eventuale ipotesi transattiva, condizione imprescindibile per far ricadere i relativi oneri sul Fondo di Autoritenzione Regionale.**

Infatti – si ribadisce quanto sopra evidenziato al paragrafo IV.1. lett. d) - ogni accordo conciliativo o transattivo per un valore risarcitorio ricadente nella II fascia, e quindi a carico del Fondo di Autoritenzione Regionale, potrà essere definito solo previo parere favorevole del CO.GE.SI. Regionale.

In caso di autonoma gestione dell'accordo transattivo da parte dell'Azienda coinvolta nel sinistro gli oneri risarcitori ricadranno di norma sul proprio bilancio aziendale, salva la possibilità dell'Azienda di presentare alla Giunta Regionale istanza motivata per l'attribuzione dell'onere risarcitorio *de quo* al Fondo Regionale, secondo quanto previsto sopra, al paragrafo IV.1. lett. d) delle presenti "Linee Guida".

In ordine alle procedure giudiziali conciliative (ex art. 696 bis. c.p.c.) o contenziose, la trattazione del sinistro potrà aver luogo all'interno del CO.GE.SI. aziendale per lo studio del caso ai fini dell'individuazione degli elementi e delle strategie di difesa da condividere con il legale fiduciario incaricato, anche a supporto della redazione degli scritti difensivi; mentre qualora nel corso del procedimento giudiziale si profilassero i presupposti per una chiusura conciliativa, la valutazione del caso dovrà essere rimessa al CO.GE.SI. Regionale affinché lo stesso si determini sull'approvazione dell'ipotesi conciliativa e, in caso positivo, stabilisca il *quantum* dell'eventuale offerta transattiva, condizione necessaria per far ricadere i relativi oneri risarcitori sul Fondo Regionale.

Nel caso di specie, qualora il CO.GE.SI. Regionale addivenga alla formulazione di un'offerta transattiva, le trattative con la controparte saranno condotte dal legale incaricato per la gestione del procedimento congiuntamente al *loss adjuster*, il quale, in caso di accordo, provvederà anche alla

formalizzazione degli atti transattivi necessari per la liquidazione del sinistro, di cui sopra al punto 1) del presente paragrafo.

Per quanto concerne le procedure di mediazione, la trattazione del sinistro potrà aver luogo all'interno del CO.GE.SI. aziendale per lo studio del caso al fine di stabilire se addivenire ad una chiusura negativa della mediazione (nei casi in cui il Comitato rilevi l'assenza di criticità nella condotta dei sanitari coinvolti o comunque l'esistenza di elementi difensivi tali da rendere alquanto limitati i rischi di soccombenza in un eventuale giudizio), oppure se partecipare alla conciliazione con la finalità di perseguire una soluzione transattiva della controversia coerente con le risultanze agli atti del fascicolo istruttorio (nei casi in cui il Comitato ravvisi la sussistenza di profili di responsabilità o di elevati rischi di soccombenza in un eventuale giudizio).

Qualora il CO.GE.SI. aziendale, per la particolare complessità del caso sottoposto alla sua valutazione, ravvisasse la sussistenza elementi dubbi di non facile soluzione in merito all'*an* della responsabilità, si potrà optare per l'adesione alla procedura di mediazione e richiedere l'espletamento di una consulenza tecnica esplorativa (detta C.T.M.) da parte di esperto nominato dal mediatore, **non vincolante e non producibile in giudizio.**

Nei casi di particolare complessità l'Azienda di appartenenza del sinistro potrà altresì richiedere, con istanza formale (tramite PEC aziendale) motivata, un parere preliminare del CO.GE.SI. Regionale, il quale potrà dare indicazioni all'Azienda in merito alla gestione della mediazione, anche relativamente all'opportunità di espletamento di una C.T.M.

Qualora nel corso del procedimento di mediazione si profilassero i presupposti per una chiusura conciliativa (anche in base agli esiti della C.T.M.), **la trattazione del caso dovrà essere rimessa al CO.GE.SI. Regionale** affinché lo stesso si determini sull'approvazione dell'ipotesi conciliativa e, in caso positivo, stabilisca il *quantum* dell'eventuale offerta transattiva, procedura questa necessaria per far ricadere i relativi oneri risarcitori sul Fondo Regionale.

Nel caso di specie, qualora il CO.GE.SI. Regionale addivenga alla formulazione di un'offerta transattiva, le trattative con la controparte saranno condotte dal legale incaricato per la gestione della mediazione congiuntamente al *loss adjuster*, il quale, in caso di accordo, provvederà anche alla formalizzazione degli atti transattivi necessari per la liquidazione del sinistro, di cui sopra al punto 1) del presente paragrafo.

In ordine al contegno da tenere da parte delle aziende sanitarie chiamate in mediazione ai fini della migliore difesa possibile dell'Azienda, si rinvia a quanto specificato al precedente paragrafo III.2, in modo da attuare una gestione uniforme sia per i sinistri di I fascia, sia per quelli di II fascia.

In caso di provvedimento giudiziale di condanna al risarcimento per un importo rientrante in II fascia, l'Azienda soccombente dovrà formalmente trasmettere tale atto alla Capofila per la predisposizione degli atti liquidativi e l'imputazione degli oneri risarcitori al Fondo Regionale.

Gli atti del procedimento giudiziario verranno tempestivamente sottoposti dall'Azienda Capofila al CO.GE.SI. Regionale al fine di valutare se vi sono i presupposti per impugnare il provvedimento giudiziale sfavorevole e l'opportunità di proporre istanze di sospensione della condanna al pagamento. Qualora il CO.GE.SI. Regionale ritenga che vi siano valide ragioni per interporre appello, ed eventualmente che sussistano anche ragioni per domandare la sospensione dell'efficacia del provvedimento oggetto di impugnazione, l'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Capofila ne darà immediata comunicazione all'Azienda di riferimento al fine di incaricare il legale per lo svolgimento dell'attività difensiva in sede di appello.

Qualora contemporaneamente all'istanza risarcitoria avanzata nei confronti di un'Azienda Sanitaria in via stragiudiziale o mediante procedura conciliativa o contenziosa, siano pendenti per lo stesso sinistro ulteriori procedimenti conciliativi o contenziosi (in sede civile o penale) rivolti esclusivamente ad uno o più esercenti la professione sanitaria, l'Azienda di riferimento è tenuta ad acquisire gli atti di tali ultimi procedimenti dai sanitari in essi coinvolti ed a valutarne in sede di CO.GE.SI. aziendale gli elementi rilevanti in merito all'opportunità o meno di addivenire ad una chiusura transattiva complessiva della vicenda.

Qualora il CO.GE.SI. aziendale, all'esito delle suddette valutazioni, ravvisasse l'opportunità di addivenire ad una chiusura transattiva per un *quantum* ricadente in II fascia, dovrà richiedere formalmente (tramite PEC aziendale) un pronunciamento del CO.GE.SI. Regionale in tal senso.

Anche nei casi in esame l'autonoma gestione dell'accordo transattivo da parte dell'Azienda coinvolta nel sinistro comporterà che gli oneri risarcitori ricadranno sul proprio bilancio aziendale, salva la possibilità dell'Azienda di presentare alla Giunta Regionale istanza motivata per l'attribuzione dell'onere risarcitorio *de quo* al Fondo Regionale, secondo quanto previsto sopra, al paragrafo IV.1. lett. d) delle presenti "Linee Guida".

3) In tutti i casi di richiesta risarcitoria di cui ai precedenti punti 1) e 2), qualora si addivenga ad una chiusura transattiva della controversia ed il legale del/i danneggiato/i richieda di ricevere direttamente la quota del risarcimento corrispondente agli onorari di propria spettanza, al fine di accertare in maniera inconfutabile la volontà del/i danneggiato/i in tal senso, prima di procedere alla liquidazione separata degli onorari è necessario acquisire una procura speciale all'incasso

appositamente conferita dal/i danneggiato/i al proprio legale - dalla quale risulti espressamente e precisamente l'importo del compenso dovuto all'avvocato - con sottoscrizione autenticata da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato.

Il *loss adjuster*, ogniqualvolta in corso di trattative il legale del reclamante domandi la liquidazione separata degli onorari, avrà cura di richiedere la produzione della predetta procura e di formalizzare gli atti di transazione e quietanza facendo espressa menzione della liquidazione separata e della relativa procura.

L'acquisizione della procura di cui sopra può essere omessa in caso di accordo transattivo concluso in pendenza di giudizio ove il legale del danneggiato si sia dichiarato "antistatario" e ciò sia confermato nella procura alle liti con espresso conferimento al legale di mandato all'incasso di somme in conto spese legali.

IV.3. Adempimenti ai sensi di legge e altri adempimenti correlati alla gestione dei sinistri di II fascia

1) Adempimenti ex art. 13 legge n. 24/2017

Per quanto concerne le comunicazioni di cui all'art. 13 legge n. 24/2017, relativamente ai sinistri di II fascia, l'Azienda di appartenenza del sinistro procederà secondo le modalità operative sopra richiamate al punto n. 1) del paragrafo III.3, con le seguenti precisazioni e regole di raccordo tra Capofila e altre Aziende del S.S.R. per gli adempimenti di cui al secondo periodo del richiamato art. 13.

Per quanto riguarda le comunicazioni (di avvio trattative) di cui al secondo periodo dell'art. 13 legge n. 24/2017, per i sinistri di II fascia non afferenti all'A.O. di Perugia rispetto ai quali si sia espresso il competente CO.GE.SI. Sovraziendale, l'Azienda Capofila provvederà a trasmettere i verbali del CO.GE.SI. all'Azienda cui il sinistro si riferisce, rimanendo in capo a quest'ultima Azienda l'onere di individuare i nominativi degli eventuali destinatari delle comunicazioni e di attivarsi per l'invio delle stesse. Tali comunicazioni dovranno essere inviate esclusivamente ai sanitari i cui nominativi siano inequivocabilmente desumibili e specificamente individuati dalla documentazione agli atti, alla luce delle determinazioni del CO.GE.SI.

L'invio delle suddette comunicazioni dovrà avvenire, come già stabilito per i sinistri di I fascia, da parte dell'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Sanitaria coinvolta mediante comunicazione formale di avvio delle trattative ai predetti sanitari, effettuata a mezzo PEC o raccomandata postale a/r o raccomandata a mano a/r, secondo le tempistiche e le modalità stabilite dalla previsione normativa in esame, riportando o allegando estratto del verbale contenente esclusivamente la decisione

conclusiva del Comitato (e non le singole valutazioni medico legali espresse sul caso), accludendo altresì, in caso di attivazione di procedure conciliative o contenziose, copia degli atti di tali procedimenti posti a fondamento del riconoscimento della responsabilità (C.T.U., C.T.M., provvedimenti giudiziari).

Dette comunicazioni, come stabilito dalla norma in esame, dovranno rendere edotto il sanitario sulla possibilità di prender parte alle trattative, con richiesta di manifestazione di interesse in tal senso da comunicare a cura del sanitario stesso entro il termine di 7 gg. dal ricevimento dell'invito, a mezzo PEC o raccomandata postale a/r o raccomandata a mano a/r indirizzata all'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Sanitaria di appartenenza. L'Ufficio Assicurativo avrà cura di mettere in contatto il sanitario che abbia inviato la predetta manifestazione di interesse con il *loss adjuster* incaricato delle trattative.

Qualora all'esito dell'istruttoria stragiudiziale o dagli atti del giudizio o della mediazione emergessero esclusivamente, o in aggiunta a specifiche censure a carico di taluni esercenti la professione sanitaria singolarmente individuati, generiche criticità ascrivibili a trattamenti sanitari considerati nel loro complesso, i competenti Uffici aziendali non sono tenuti, ai fini delle comunicazioni in esame, a porre in essere ricerche per individuare eventuali soggetti cui sia ascrivibile una partecipazione alla causazione dell'evento dannoso o soggetti ulteriori rispetto a quelli inequivocabilmente evincibili dalla documentazione acquisita in istruttoria e sottoposta al CO.GE.SI. Ciò al fine di evitare un inutile ed irragionevole coinvolgimento di una platea di innumerevoli soggetti che comporterebbe un allarmismo ingiustificato negli esercenti le professioni sanitarie, per il solo fatto di essere gli stessi intervenuti nel percorso assistenziale del paziente, con il conseguente accentuarsi di condotte ascrivibili alla c.d. medicina difensiva, in contrasto con la *ratio* della legge n. 24/2017.

2) Adempimenti ex art. 4 legge n. 24/2017 per i sinistri di II fascia

In ordine agli adempimenti relativi alla "Trasparenza dei dati" di cui al comma 3 dell'art. 4 legge n. 24/2017, per quanto concerne i sinistri di II fascia gestiti in regime di autoritenzione del rischio sanitario, l'Ufficio Assicurativo dell'A.O. di Perugia, essendo la stessa preposta in qualità di Capofila all'espletamento delle procedure liquidative di tutti i risarcimenti ricadenti sul Fondo Regionale di Autoritenzione, provvederà per conto di tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale all'inserimento dei dati relativi ai risarcimenti di II fascia erogati nell'ultimo quinquennio nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito aziendale.

Come già stabilito per i risarcimenti di I fascia al punto n. 2) del paragrafo III.3 delle presenti "Linee Guida", detta pubblicazione dovrà aver luogo alla voce della sezione "Amministrazione

Trasparente” denominata “pagamenti dell’amministrazione”, in un’apposita sotto-sezione, intitolata “pubblicazione dati pagamenti sistema assicurativo ex art. 4 comma 3 legge n. 24/2017”.

Alla luce di quanto sopra ciascuna Azienda (ad eccezione della Capofila) pubblicherà nel proprio sito internet il *link* di collegamento alla pagina web del sito dell’A.O. di Perugia in cui sono riportati i risarcimenti erogati relativi ai sinistri di II fascia di propria competenza.

Le pubblicazioni di cui sopra dovranno essere eseguite/aggiornate annualmente in relazione ai risarcimenti di II fascia erogati in regime di autoritenzione negli esercizi precedenti, avendo cura di effettuare l’aggiornamento annuale entro il 30 giugno con l’aggiunta dei risarcimenti erogati nell’ultimo esercizio (dal 01 gennaio al 31 dicembre dell’anno precedente a quello di pubblicazione). Superati i cinque esercizi dall’inizio del progetto regionale di autoassicurazione, si avrà cura, in sede di aggiornamento annuale, di mantenere pubblicati soltanto i dati relativi ai cinque esercizi precedenti.

3) Comunicazioni alla Procura della Corte dei Conti

In conformità a quanto previsto dall’art. 1 comma 3 legge n. 20/1994 e ss. mm. ii. e dall’art. 52 d.lgs n. 174/2016 in merito agli obblighi, incombenti su amministratori e funzionari pubblici, di denuncia alla competente Procura contabile di fatti che possono dare luogo a responsabilità per danno erariale, l’Ufficio Assicurativo dell’Azienda Capofila provvederà ad inviare alla Procura Regionale della Corte dei Conti, con cadenza trimestrale, nota PEC o raccomandata a/r contenente il dettaglio di ciascun risarcimento di valore rientrante nella II fascia di gestione liquidato nel trimestre di riferimento, con i dati identificativi essenziali (n. di pratica e/o di procedimento conciliativo o contenzioso, nominativi dei reclamanti) del sinistro cui la liquidazione si riferisce, accludendo per ciascuna posizione:

- delibera di liquidazione del risarcimento ed allegati atti di transazione e quietanza;
- richiesta risarcitoria stragiudiziale e/o istanza di mediazione e/o atto introduttivo del giudizio;
- verbali di tutti i CO.GE.SI. in cui è stato trattato e definito il sinistro;
- C.T.M. o C.T.U., ove espletate, in caso di mediazione o giudizio;
- verbali di mediazione chiusa con accordo transattivo o provvedimenti giudiziali di accoglimento della richiesta risarcitoria (ove presenti), in caso, rispettivamente, di mediazione o giudizio.

V. SINISTRI DI TERZA FASCIA o “CATASTROFALI”

(valore superiore ad euro 700.000,00 con Polizza Assicurativa con SIR pari ad euro 700.000,00)

Per quanto riguarda le modalità di gestione e trattazione dei sinistri “catastrofali”, cioè i sinistri il cui potenziale risarcimento superi l’importo della *Self Insurance Retention* (SIR) di euro 700.000,00, sottoposti a copertura mediante Polizza assicurativa, si prevede in generale un coordinamento tra Azienda coinvolta nel sinistro, Azienda Capofila, Compagnia Assicuratrice e CO.GE.SI. Regionale in composizione integrata con i rappresentanti della Compagnia (e con i broker quali uditori e consulenti).

Il necessario coordinamento tra funzioni Aziendali, Sovraziendali e la Compagnia Assicurativa verrà garantito dalla procedura di seguito descritta.

L’Azienda Sanitaria interessata dal sinistro, al momento in cui perviene al proprio Ufficio Assicurativo, una richiesta di risarcimento del danno ai sensi delle “Definizioni” delle presenti “Linee Guida”, paragrafo II.1., qualora lo stesso sia quantificabile in un importo superiore ad euro 700.000,00 in base ad una stima del valore del danno derivante da valutazione del proprio *loss adjuster* e dei medici legali interni, o tenendo conto anche dell’ammontare del risarcimento richiesto, ne dà immediata formale comunicazione all’Azienda Capofila e al broker delle aziende sanitarie regionali, tramite PEC istituzionale.

L’Azienda Capofila procederà alla tempestiva denuncia di sinistro alla Compagnia Assicurativa ai sensi dell’art. 29 del contratto di assicurazione.

L’Azienda coinvolta nel sinistro procederà ad effettuare l’istruttoria aziendale di cui al paragrafo III.1. ed all’inserimento di tutta la documentazione nel fascicolo elettronico del “Portale”, dando formale comunicazione alla Capofila (tramite PEC aziendale) del completamento dell’istruttoria.

La trattazione dei sinistri di III fascia avrà luogo in sede di CO.GE.SI. c.d. “catastrofale”, nella composizione di cui al paragrafo II.2.2., costituita dai membri permanenti del CO.GE.SI. Regionale, integrata con i rappresentanti della Compagnia Assicuratrice e con i broker quali uditori e consulenti (salvo l’intervento di ulteriori soggetti in casi particolari).

I rapporti tra i competenti Uffici Aziendali e Sovraziendali e la Compagnia verranno gestiti in base alle procedure previste all’art. 34 della Polizza RCT/O catastrofe, che si riporta qui di seguito.

“Art. 34 - Procedura per la gestione dei sinistri :

1. Una volta ricevuto il sinistro così come definito in Polizza, il Contraente per il tramite del personale preposto, procederà come segue:
 - a) I sinistri la cui richiesta del danno risulti palesemente pari o inferiore all'importo della SIR, saranno direttamente gestiti, definiti e liquidati dalla Contraente, che manterrà a proprio carico i costi di gestione, oltre che i costi legali e peritali connessi alla trattativa stragiudiziale e giudiziale del reclamo, senza necessità che tali sinistri siano comunicati alla Compagnia.
 - b) I sinistri la cui richiesta del danno risulti palesemente superiore all'importo della SIR, saranno denunciati dal Contraente alla Compagnia, nei termini contrattualmente previsti all'art.29.
 - c) I sinistri riguardanti danni collegati a tetraplegia, danni cerebrali, mancata diagnosi di tumore, feti e neonati, decessi, invalidità permanenti gravi (superiori al 60%), e danni in serie, in assenza di altri elementi che facciano desumere una quantificazione al di sotto di euro 700.000,00, saranno denunciati dal Contraente alla Compagnia nei termini contrattualmente previsti all'art.29.

2. Le determinazioni in merito all'attribuzione della fascia di gestione verranno assunte come segue:
 - a) I sinistri per i quali possa esistere un dubbio circa il potenziale economico dello stesso, ovvero se sopra o sotto SIR, si attiverà un confronto, anche telematico, tra il personale preposto del Contraente e i referenti dell'ufficio liquidazione della Compagnia, onde pervenire ad una decisione sull'assegnazione della gestione.
Tale decisione verrà assunta dal CO.GE.SI. nella composizione di cui alle “Definizioni” della presente Polizza.
Qualora in sede di CO.GE.SI. non si pervenga ad un accordo tra il Contraente e la Compagnia in merito all'assegnazione della fascia di gestione per determinati sinistri, il Contraente ha la facoltà di avocare alla propria gestione i casi in cui vi siano elementi oggettivi che consentano di ricondurre con ragionevole probabilità il potenziale valore economico delle relative richieste di risarcimento al di sotto della soglia di euro 700.000,00.

In tal caso, se la Compagnia non intende esporsi per una somma superiore alla SIR per i sinistri avocati dal Contraente, la stessa dovrà far risultare dal verbale della riunione del CO.GE.SI. il proprio intendimento.

In ogni caso, qualora nell'iter gestionale del sinistro emergano elementi inizialmente non valutabili che facciano presumere un importo di definizione del sinistro superiore ad euro 700.000,00, il Contraente procederà al passaggio di gestione della pratica alla Compagnia ai sensi della successiva lett. c) e la Compagnia rimarrà impegnata al risarcimento anche per l'importo eccedente il valore della S.I.R.

b) In sede di CO.GE.SI. l'Ufficio Sinistri della Compagnia dovrà segnalare al Comitato se vi siano sinistri che, seppur denunciati e presi in carico dall'Assicuratore in quanto inizialmente valutati in importo superiore ad euro 700.000,00, nel corso della relativa trattazione sia apparsa probabile la definizione per somme inferiori. Qualora le risultanze presentate dall'Ufficio Sinistri della Compagnia siano condivise dal CO.GE.SI. verrà verbalizzato il passaggio di gestione al Contraente, fermo restando che il CO.GE.SI. potrà decidere in accordo con l'Ufficio Sinistri della Compagnia se lasciare a quest'ultimo la gestione/definizione di quei sinistri che per motivi di opportunità sia conveniente chiudere tempestivamente. In tale ultimo caso, il CO.GE.SI. autorizzerà il range di importo entro il quale l'Ufficio Sinistri della Compagnia potrà presentare offerta risarcitoria alla controparte, fermo l'impegno dell'Ufficio Sinistri della Compagnia a fornire preventiva comunicazione/informazione al CO.GE.SI. del raggiunto accordo transattivo prima di procedere alla sua definizione.

c) Allo stesso modo in sede di CO.GE.SI. saranno segnalati all'Ufficio Sinistri della Compagnia i sinistri, inizialmente non denunciati o avocati a sé dal Contraente (secondo le modalità di cui alla precedente lett. a), in quanto ritenuti di importo inferiore ad euro 700.000,00, per i quali nel corso dell'iter gestionale dovessero emergere elementi che facciano presumere un probabile importo di definizione superiore ad euro 700.000,00, per il passaggio degli stessi alla gestione/definizione dell'Ufficio Sinistri della Compagnia.

Quest'ultimo si impegna a non eccipire il mancato rispetto dei termini di denuncia del sinistro previsti in Polizza, nonché i termini della prescrizione di legge, che si intendono in ogni caso entrambi decorrenti dalla data del primo CO.GE.SI. utile nel quale si stabilisca concordemente il passaggio di gestione.

Per tali sinistri il Contraente si impegna a mettere a disposizione l'importo della S.I.R., fermo l'impegno dell'Ufficio Sinistri della Compagnia a fornire preventiva

comunicazione/informazione al CO.GE.SI. del raggiunto accordo transattivo prima di procedere alla sua definizione.

3. Per la presa in carico e l'istruttoria dei sinistri catastrofali si procederà nel modo che segue:

a) Una volta ricevuta la denuncia, l'Ufficio Sinistri della Compagnia comunica (con le modalità di cui all'art. 14) entro 30 gg al Contraente e all'Assicurato/i (qualora diverso/i dal Contraente) cui sia rivolta la richiesta di risarcimento, la presa in carico del sinistro, indicando altresì il relativo numero di pratica assegnato e formulando richiesta di trasmissione della documentazione istruttoria che verrà evasa a cura della/e Azienda/e Assicurata/e coinvolta/e nel sinistro, previa acquisizione, per le pratiche aperte in via stragiudiziale, del consenso al trattamento dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003.

Tutta la documentazione istruttoria dovrà altresì essere trasmessa al Contraente a cura dell'Assicurato/i (qualora diverso/i dal Contraente) coinvolto/i nel sinistro.

Entro lo stesso termine di 30 gg dal ricevimento della denuncia l'Ufficio Sinistri della Compagnia dovrà comunicare anche le eventuali eccezioni di inoperatività della garanzia, ai sensi dell'art. 29.

Qualora per un medesimo evento dannoso e/o le complicità dello stesso venisse avanzata richiesta di risarcimento nei confronti di due o più Assicurati, la Compagnia procederà alla rubricazione di un unico sinistro cui verranno ricondotte le posizioni di tutti gli Assicurati nello stesso coinvolti, assegnando un unico numero di pratica ed applicando un'unica S.I.R. pari ad euro 700.000,00.

b) All'atto rubricazione di un sinistro la Compagnia, oltre a darne comunicazione al Contraente e allo/agli Assicurato/i coinvolto/i, inoltrerà comunicazione di presa in carico (con le modalità di cui all'art. 14) al presunto danneggiato o, qualora la richiesta di risarcimento sia stata avanzata tramite un legale, al legale dallo stesso incaricato. Contestualmente, per i casi in cui la richiesta di risarcimento sia avanzata in via stragiudiziale, la Compagnia trasmetterà al presunto danneggiato o al legale dallo stesso incaricato il modulo per il consenso al trattamento dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 da restituire debitamente sottoscritto, e richiedendo la documentazione medica facente riferimento a strutture diverse dagli Assicurati di cui alla presente Polizza.

c) L'Azienda o le Aziende coinvolte nel sinistro, oltre a trasmettere all'Ufficio Sinistri della Compagnia e al Contraente tutta la documentazione istruttoria in proprio possesso, provvederanno ad inviare al medesimo Ufficio ed al Contraente, una volta completata l'istruttoria, una relazione tecnica redatta da un medico legale afferente all'Azienda.

d) *La Compagnia si impegna a trasmettere al Contraente relazione medico legale del proprio fiduciario e parere in merito all'opportunità della transazione.*

4. *Per la trattazione dei sinistri gestiti in fascia catastrofale si procederà nel modo che segue:*

a) *L'organo incaricato per la trattazione è il CO.GE.SI. nella composizione di cui alle "Definizioni" della presente Polizza, il cui funzionamento è disciplinato da apposito regolamento emanato con atto deliberativo del Contraente.*

Il Comitato Gestione Sinistri con cadenza periodica bimestrale, salvi i casi di particolare necessità, si riunisce per valutare collegialmente:

- *l'appartenenza o meno dei sinistri di dubbia quantificazione alla terza fascia secondo le modalità di cui al punto 2. lett. a) e b);*
- *la situazione sullo stato delle pratiche aperte;*
- *le proposte di gestione del sinistro, sia in sede stragiudiziale che giudiziale*
- *le eventuali problematiche emerse nella gestione dei sinistri ed eventuali problematiche applicative ed interpretative del presente contratto al fine di individuare le possibili soluzioni.*

Potranno essere stabilite riunioni straordinarie del CO.GE.SI., da tenersi anche in videoconferenza o con altro sistema telematico, in casi di particolare urgenza che necessitino di una celere valutazione in ordine all'attribuzione della fascia di gestione o in ordine alla sussistenza della responsabilità ed alle iniziative da intraprendere per la trattazione del sinistro.

L'Ufficio Sinistri della Compagnia si impegna a garantire la propria presenza a riunioni periodiche del Comitato anche successivamente alla data di scadenza del contratto di riferimento, al fine di portare a compimento la gestione di quei sinistri che alla scadenza della Polizza non abbiano trovato una compiuta definizione.

Tale partecipazione avrà luogo finché non saranno definiti tutti i sinistri gestiti dalla Compagnia sulla presente Polizza.

Resta fermo che per tale ulteriore attività la Compagnia Assicuratrice non potrà impegnare il Contraente a pagamenti per somme eccedenti quelle approvate dalla Contraente stessa.

b) *L'Ufficio Sinistri della Compagnia dovrà proporre al Contraente, mediante corrispondenza da intrattenersi nelle forme di cui all'art. 14, con almeno 30 giorni di anticipo rispetto alla data fissata per la successiva seduta del Comitato, l'elenco dei sinistri da inserire all'ordine del giorno, allegando contestualmente per tutti i casi proposti le relazioni medico legali e specialistiche dei propri fiduciari.*

Rispetto a tali sinistri il Contraente avrà cura di acquisire in tempo utile un parere da parte di medici legali interni all'Azienda e/o membri del CO.GE.SI., al fine di poter realizzare un proficuo confronto in sede di Comitato tra le valutazioni medico legali prodotte dalla Compagnia e quelle prodotte dal Contraente stesso.

c) In sede di CO.GE.SI., verrà attivato un confronto basato sui suddetti pareri acquisiti dalla Compagnia e dal Contraente e verranno formulate le necessarie valutazioni medico-legali e legali-assicurative, assumendo espressa determinazione sulla sussistenza della responsabilità e, in caso di accertata fondatezza della richiesta, sulla messa a disposizione del valore della SIR.

d) Qualora in sede di CO.GE.SI. emerga una discordanza tra le valutazioni medico legali prodotte dalla Compagnia e quelle prodotte dal Contraente e non si riesca a pervenire ad una determinazione univoca in merito alla sussistenza della responsabilità e/o rispetto alla quantificazione del danno risarcibile, sarà rinviata ogni determinazione ad una successiva seduta del Comitato in composizione integrata dai medici legali fiduciari della Compagnia. Ciò al fine di aprire un confronto tra questi ultimi e i medici legali dell'Azienda Contraente per un'analisi collegiale degli elementi di divergenza e l'individuazione di una possibile soluzione condivisa del sinistro o, in mancanza, per addivenire congiuntamente alla nomina di un consulente tecnico terzo cui rimettere la valutazione del caso.

e) Una volta elaborata la proposta di definizione amichevole, la trattativa per la chiusura della vertenza sarà gestita dalla Compagnia Assicuratrice, tenendo conto di quanto emerso dalla valutazione in sede di CO.GE.SI.

f) La Compagnia è tenuta ad acquisire da parte del Contraente, il preventivo consenso prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo.

g) Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, il Contraente dovrà inviare entro 45 giorni dal ricevimento della proposta transattiva da parte della Compagnia proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Compagnia dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati.

h) Acquisito il benestare da parte del Contraente, la Compagnia provvederà alla definizione del sinistro e comunicherà al Contraente il pagamento da effettuare. Qualora il Contraente comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla Compagnia, quest'ultima resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta qualora il sinistro sia definito successivamente per un importo maggiore, mentre la differenza resterà a carico del Contraente.

i) La Compagnia comunicherà al Contraente i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta, tenendo anche conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni. Ogni pagamento dovrà essere effettuato dal Contraente quanto prima possibile, e comunque non oltre i 45 (quarantacinque) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Gli eventuali maggiori costi dovuti al mancato o tardivo pagamento dei sinistri, resteranno ad esclusivo carico del Contraente.

La Compagnia in fase di liquidazione dei sinistri, provvederà a liquidare l'importo eccedente il valore della SIR, mentre sarà erogato direttamente dal Contraente al terzo il valore della SIR.

l) Si precisa che la Compagnia, fermi restando i propri spazi (come descritti nel presente articolo) di autonomia nella gestione dei sinistri a proprio carico, è tenuta ad aggiornare il Contraente in occasione delle sedute del CO.GE.SI., su eventuali sviluppi significativi inerenti all'istruttoria ed alle trattative delle posizioni di propria competenza.

5. Per la gestione dei sinistri in mediazione e/o in contenzioso, ferme restando, in quanto compatibili, le modalità di trattazione all'interno del CO.GE.SI. di cui al punto n. 4 del presente articolo, dovrà procedersi come segue:

a) La Compagnia si avvarrà di legali e consulenti tecnici condivisi con il Contraente e l'Assicurato coinvolto nel sinistro, di reciproca fiducia. Dovrà trattarsi di professionisti che non abbiano a nessun titolo cause di incompatibilità per l'esercizio dell'attività di rappresentanza e difesa delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'Umbria nel pieno rispetto delle regole deontologiche.

Ogni Assicurato e la Compagnia individueranno ciascuno tre nominativi di legali benevisi ai quali verranno conferiti gli incarichi con le seguenti modalità:

- per mediazioni e contenziosi la cui richiesta di risarcimento non ecceda il valore del doppio della S.I.R. verrà incaricato dall'Ufficio Sinistri della Compagnia il Legale designato dall'Azienda assicurata;*
- per mediazioni e contenziosi la cui richiesta sia maggiore del doppio della S.I.R., il legale verrà individuato e incaricato direttamente dall'Ufficio sinistri della Compagnia; fermo restando in ogni caso che potranno essere nominati legali e/o consulenti tecnici anche in deroga a quanto sopra, purché vi sia accordo tra le parti.*

In caso di mancato accordo sulla scelta del legale, si procederà comunque secondo quanto sin qui previsto, fermo restando che l'Azienda o l'Ufficio Sinistri della Compagnia potranno

sempre affiancare al legale incaricato propri legali interni od esterni, mantenendo a proprio carico le relative spese eventualmente sostenute. L'individuazione e/o la modifica della terna di legali fiduciari delle parti viene effettuata con scambio di corrispondenza.

- b) *Quando le Aziende Assicurate vengono chiamate in mediazione obbligatoria per un sinistro preso in carico dalla Compagnia, considerando che i tempi intercorrenti tra il ricevimento dell'istanza e la data di fissazione del primo incontro sono solitamente talmente ristretti da rendere difficoltosa o addirittura impossibile l'istruttoria della pratica, l'Azienda stessa chiamata in mediazione si impegna a richiedere un rinvio della prima seduta, al fine di disporre dei tempi minimi necessari all'istruttoria. Il rinvio non sarà richiesto per i sinistri aperti tramite richiesta danni stragiudiziale per i quali l'istruttoria sia già completa o in fase di completamento al momento del ricevimento dell'istanza di mediazione.*

Qualora la prima seduta, prorogata o meno, fosse compatibile in termini temporali con una data già fissata di un CO.GE.SI., il sinistro sarà valutato in tale sede, ivi compresa l'opportunità di proseguire nella procedura di mediazione o di chiudere la stessa con esito negativo.

In caso contrario l'Assicurato chiamato in mediazione richiederà all'Ufficio Sinistri della Compagnia il nominativo del legale da incaricare per la gestione della procedura di mediazione, all'interno della rosa dei fiduciari preventivamente condivisa tra l'Azienda e la Compagnia.

L'Ufficio sinistri della Compagnia dovrà fornire risposta in tempi compatibili con la data prevista per la mediazione e comunque almeno 10 giorni prima di tale data.

In mancanza, l'Azienda Assicurata è autorizzata a procedere autonomamente alla nomina del legale, scegliendolo all'interno della rosa dei fiduciari preventivamente condivisa con la Compagnia, fermo restando che se la richiesta fosse maggiore del doppio della S.I.R. la scelta potrà avvenire tra i tre legali benevisi preventivamente individuati dall'Ufficio Sinistri della Compagnia. Di tale nomina dovrà essere data tempestiva comunicazione all'Ufficio Sinistri della Compagnia, il quale, a sua volta, al massimo entro 2 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, formalizzerà al Contraente e all'Assicurato la ratifica della nomina del Legale assumendo contestualmente la gestione della mediazione facendosi carico delle relative spese legali.

L'Ufficio Sinistri della Compagnia potrà formulare eccezioni rispetto alla nomina del Legale effettuata in autonomia dall'Assicurato soltanto in caso di mancato rispetto delle modalità procedurali sopra indicate.

- c) *Quando le Aziende Assicurate vengono chiamate in mediazione obbligatoria per un sinistro*

denunciato e non ancora preso in carico dalla Compagnia, oppure per un sinistro con potenziale economico superiore ad euro 700.000,00 - secondo i criteri enunciati al presente articolo, punto n. 1, lettere b) e c) - aperto direttamente mediante istanza di mediazione, si seguiranno, previa denuncia in quest'ultimo caso, le modalità procedurali di cui alla precedente lettera b) cui integralmente si fa rinvio, con la precisazione che la Compagnia dovrà fornire tempestivo riscontro sia in ordine alla presa in carico che in ordine alla nomina del legale.

Qualora l'Ufficio Sinistri della Compagnia non abbia fornito riscontro con anticipo di almeno 10 giorni rispetto alla data fissata per il primo incontro di mediazione e l'Assicurato abbia proceduto in autonomia alla nomina del Legale secondo le modalità suindicate alla lettera b), dandone idonea comunicazione alla Compagnia, si procederà come segue.

L'Ufficio Sinistri della Compagnia, una volta ricevuta la comunicazione della nomina del legale effettuata in autonomia dall'Assicurato, dovrà comunque comunicare al Contraente e all'Assicurato, al massimo entro 2 giorni, se intende assumere la gestione del sinistro e, in caso di presa in carico, ratificare formalmente la nomina del Legale effettuata dall'Assicurato e la contestuale assunzione della gestione della mediazione facendosi carico delle relative spese legali.

In caso di dubbio sulla quantificazione del danno la decisione sarà rinviata al primo CO.GE.SI. utile.

- d) Nei casi previsti alle lettere b) e c), qualora e per il periodo in cui la partecipazione alla mediazione sia gestita autonomamente dall'Azienda Assicurata, non potranno essere stipulati accordi transattivi per importi superiori alla S.I.R. ”.*

Al punto n. 5, da ultimo richiamato, della procedura per la gestione dei sinistri ex art. 34 Polizza RCT/O catastrofale, si aggiunge la seguente lettera e) quale ulteriore indicazione operativa:

e) In ordine alla gestione dei procedimenti ex art. 696 bis c.p.c. e dei contenziosi giudiziali in genere, ferme restando le modalità per il conferimento degli incarichi legali di cui alle precedenti lett. a) e b), qualora la Compagnia non fornisca riscontro sul nominativo del legale da incaricare in tempo utile per la costituzione in giudizio, l'Azienda di riferimento è tenuta a procedere autonomamente alla nomina del legale individuandolo all'interno della rosa dei fiduciari preventivamente condivisa tra l'Azienda e la Compagnia.

Di tale nomina dovrà essere data tempestiva comunicazione all'Ufficio Sinistri della Compagnia per la ratifica e l'accollo delle spese legali da parte della Compagnia stessa.

Al fine di gestire al meglio i rapporti tra i competenti Uffici Aziendali e Sovraziendali e la Compagnia nell'espletamento delle attività istruttorie e nella programmazione dei CO.GE.SI. catastrofali, si applicheranno le seguenti modalità procedurali.

- L'Ufficio Assicurativo della Capofila interagirà con la Compagnia nella programmazione delle sedute del CO.GE.SI. catastrofale, e a tal fine provvederà ad effettuare le opportune integrazioni istruttorie per i casi che di volta in volta verranno posti all'ordine del giorno e ad acquisire dalla Compagnia eventuale documentazione istruttoria di cui la stessa sia venuta in possesso e che non sia presente agli atti del fascicolo interno.
- Al fine di effettuare le opportune integrazioni istruttorie ed acquisire tutti gli elementi utili per la trattazione dei sinistri di III fascia, per ogni seduta del CO.GE.SI. catastrofale, una volta stabilito l'ordine del giorno, qualora lo stesso comprendesse casi afferenti alle altre aziende sanitarie, la Capofila provvederà a darne tempestiva comunicazione formale alla/e azienda/e interessata/e.
- Per poter dar seguito alle determinazioni del CO.GE.SI. catastrofale relativamente agli adempimenti di competenza dell'Azienda coinvolta nel sinistro, verrà trasmesso tempestivamente all'Azienda stessa dalla Capofila il relativo verbale del Comitato di III fascia.

V.1. Adempimenti ai sensi di legge e altri adempimenti correlati alla gestione dei sinistri di III fascia

1) Adempimenti ex art. 13 legge n. 24/2017

Per quanto concerne le comunicazioni di cui all'art. 13, primo e secondo periodo, legge n. 24/2017, relativamente ai sinistri di III fascia, l'Azienda di appartenenza del sinistro procederà secondo le modalità operative sopra indicate nei paragrafi III.3. e IV.3.

Nello specifico, l'invio delle suddette comunicazioni dovrà avvenire, come già stabilito per i sinistri di I e II fascia, da parte dell'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Sanitaria coinvolta nel sinistro secondo le procedure sopra richiamate ai paragrafi III.3. e IV.3., avendo cura di coordinarsi, ove possibile, anche con la Compagnia Assicuratrice per l'individuazione dei sanitari cui indirizzare le comunicazioni, essendo tale adempimento, ai sensi del richiamato art. 13, anche di competenza degli Assicuratori.

Per quanto riguarda gli adempimenti di cui al secondo periodo dell'art. 13 legge n. 24/2017 (comunicazioni avvio trattative), per i sinistri di III fascia non afferenti all'A.O. di Perugia rispetto

ai quali si sia espresso il competente CO.GE.SI. catastrofale, la Capofila provvederà a trasmettere i verbali del CO.GE.SI. all'Azienda cui il sinistro si riferisce, rimanendo in capo a quest'ultima Azienda l'onere di attivarsi per l'invio delle comunicazioni ai sanitari secondo le procedure sopra indicate.

2) Adempimenti ex art. 4 legge n. 24/2017 per i sinistri di III fascia

In ordine agli adempimenti relativi alla "Trasparenza dei dati" di cui al comma 3 dell'art. 4, per quanto concerne i sinistri di III fascia gestiti in regime di autorizzazione del rischio sanitario, l'Ufficio Assicurativo dell'A.O. di Perugia, essendo la stessa preposta in qualità di Capofila all'espletamento delle procedure liquidative di tutti i risarcimenti ricadenti sul Fondo Regionale di Autorizzazione, ivi compresa la liquidazione della S.I.R. per i sinistri catastrofali ammessi a risarcimento, provvederà per conto di tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale all'inserimento dei dati relativi ai risarcimenti di III fascia erogati nell'ultimo quinquennio nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito aziendale secondo le modalità stabilite per i sinistri di II fascia e sopra richiamate al punto n. 2) del paragrafo IV.3.

3) Comunicazioni alla Procura della Corte dei Conti

In conformità a quanto previsto dall'art. 1 comma 3 legge n. 20/1994 e ss. mm. ii. e dall'art. 52 d.lgs n. 174/2016 in merito agli obblighi, incombenti su amministratori e funzionari pubblici, di denuncia alla competente Procura contabile di fatti che possono dare luogo a responsabilità per danno erariale, l'Ufficio Assicurativo dell'Azienda Capofila provvederà ad inviare alla Procura Regionale della Corte dei Conti, con cadenza trimestrale, nota PEC o raccomandata a/r contenente il dettaglio di ciascun risarcimento di valore rientrante nella III fascia di gestione liquidato nel trimestre di riferimento, con i dati identificativi essenziali (n. di pratica e/o di procedimento conciliativo o contenzioso, nominativi dei reclamanti) del sinistro cui la liquidazione si riferisce, accludendo per ciascuna posizione:

- delibera di liquidazione del risarcimento ed allegati atti di transazione e quietanza;
- richiesta risarcitoria stragiudiziale e/o istanza di mediazione e/o atto introduttivo del giudizio (citazione, ricorso);
- verbali di tutti i CO.GE.SI. in cui è stato trattato e definito il sinistro;
- C.T.M. o C.T.U., ove espletate, in caso di mediazione o giudizio;
- verbali di mediazione chiusa con accordo transattivo o provvedimenti giudiziali di accoglimento della richiesta risarcitoria (ove presenti), in caso, rispettivamente, di mediazione o giudizio.

4) Adempimenti ex art. 10 legge n. 24/2017

Il comma 4 dell'art. 10 legge n. 24/2017, riguardante l' "Obbligo di Assicurazione" stabilisce:

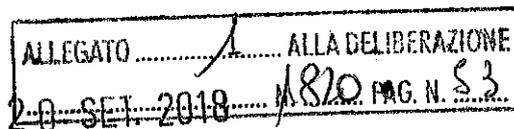
"Le strutture di cui al comma 1 rendono nota, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa della responsabilità civile verso i terzi e verso i prestatori d'opera di cui al comma 1, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa".

Pertanto ciascuna azienda dovrà provvedere alla pubblicazione nel proprio sito internet della Polizza RCT-O che assicura il rischio catastrofale, nei termini stabiliti dalla richiamata disposizione normativa.

In particolare dovrà essere creata un'apposita sezione sotto la voce "bandi di gara e contratti", denominata "contratti e coperture assicurative in vigore per la responsabilità sanitaria".

Tale pubblicazione dovrà essere corredata da una breve descrizione del sistema di autoritenzione del rischio sanitario vigente nella Regione Umbria come riportata nell'allegato denominato "ALL. F" alle presenti "Linee Guida".

ALL. A



MODELLO PER LA RICHIESTA DI RELAZIONE SANITARIA

Prot. n. _____ del _____

Al Responsabile
S.C. di _____
S E D E

Al Dott. _____
(sanitario coinvolto se individuato nella
richiesta risarcitoria)

OGGETTO: Richiesta Risarcimento danni Sig. _____ - Richiesta di relazione sanitaria.

Con riferimento alla richiesta di risarcimento in oggetto, si chiede di rimettere allo scrivente Ufficio **entro il termine massimo di gg. 20** dal ricevimento della presente una relazione in merito a quanto esposto dal Sig. _____ / dall'Avv. _____ in nome e per conto del Sig./Sig.ra _____ con nota/istanza di mediazione/atto (citazione, ricorso, ... etc.) che si allega in copia alla presente unitamente (*se prodotta*) alla perizia medico legale di parte.

La relazione dovrà contenere la narrazione dei fatti contestati, da incentrare sull'*iter* assistenziale diagnostico-terapeutico e, se del caso, sulla motivazione tecnica delle scelte adottate anche in rapporto alle contestazioni formulate da controparte nella richiesta risarcitoria, richiamando, ove possibile, le Linee Guida della materia e/o le buone pratiche clinico assistenziali ai sensi della legge n. 24/2017, nonché la letteratura scientifica accreditata (che dovrà essere allegata).

Si dovranno altresì indicare eventuali testimoni ed eventuali circostanze indipendenti dalla condotta degli operatori coinvolti che possono aver condizionato l'evento dannoso lamentato (condizioni cliniche del paziente, circostanze di tempo e di luogo, situazioni organizzative particolari, etc.).

Tale relazione dovrà essere sottoscritta dal Responsabile della Struttura e, qualora specificamente individuato nell'istanza risarcitoria (stragiudiziale o giudiziale), dal/i sanitario/i coinvolto/i o interessato/i nelle condotte sanitarie contestate nella richiesta risarcitoria.

I sanitari che predispongono e sottoscrivono la relazione, se individuati nella richiesta risarcitoria, avranno cura altresì di comunicare, in allegato alla relazione stessa, la presenza di eventuali polizze assicurative individuali a copertura dei rischi professionali.

Si allega modulo contenente indicazioni per la redazione della relazione.

In attesa di riscontro, si porgono
Distinti saluti.

Il Responsabile Ufficio /Direzione

Dott. _____

Allegati: copia di c.s.

ALL. B

MODELLO (SCHEMA, INDICAZIONI) PER LA REDAZIONE DELLA RELAZIONE SANITARIA

Intestazione Struttura

1) Descrizione dell'evento, indicando la data ed il luogo di accadimento dello stesso, le condizioni cliniche del paziente al momento della presa in carico, le conseguenze, gli eventuali provvedimenti (diagnostici e/o terapeutici) praticati, l'evoluzione delle condizioni cliniche della persona ed il possibile danno subito dalla stessa, tenendo conto delle contestazioni avanzate da controparte (desumibili dalla richiesta di risarcimento stragiudiziale o giudiziale e/o dalla consulenza medico legale di parte, se disponibile).

Nei seguenti casi particolari occorre:

- a) IN CASO DI PRESUNTA INFEZIONE NOSOCOMIALE indicare:
 - profilassi antibiotica eseguita prima/durante la procedura, se dovuta
 - misure di asepsi adottate (dati relativi alla sterilità ambientale e strumentale)
 - terapia antibiotica attuata
 - esami diagnostici mirati eseguiti
 - ulteriori trattamenti effettuati

- b) IN CASO DI ASSERTITO DANNO TRASFUSIONALE: dati trasfusionali relativi all'evento contestato ed eventuale verbale della CMO;

- c) IN CASO DI ASSERTITA CADUTA DI PAZIENTE/VISITATORE IN AREA DI PERTINENZA DELLA STRUTTURA OSPEDALIERA, specificare in aggiunta a quanto indicato al punto sub 1):
 - luogo preciso dell'evento: interno alla struttura (camera di degenza, corridoio ecc.) o esterno
 - circostanze della caduta (anche eventuale presenza di testimoni)
 - eventuale scheda segnalazione cadute, secondo il modello ministeriale

- d) IN CASO DI MALFUNZIONAMENTO DI APPARECCHIATURE/PRESIDI/DISPOSITIVI indicare anche:
 - eventuali difetti tecnici di fabbricazione/funzionamento
 - dati relativi alla manutenzione
 - dati tecnici dell'apparecchiatura/presidio e della ditta produttrice
 - se disponibile, eventuale documentazione relativa alle "conformità" del prodotto alle vigenti normative

2) Descrizione del contesto che può aver condizionato l'evento dannoso lamentato (condizioni cliniche del paziente, circostanze di tempo e di luogo, situazioni organizzative particolari, etc.):

.....
.....
.....

3) Provvedimenti diagnostici e/o terapeutici eventualmente praticati

.....
.....

4) Descrizione della successiva evoluzione delle condizioni cliniche del paziente

.....
.....

5) Prescrizioni/indicazioni fornite al paziente alla dimissione

.....
.....

6) Descrizione dell'eventuale danno derivato al paziente

.....
.....
.....

Osservazioni sul caso, tenendo anche conto delle contestazioni avanzate da controparte nella richiesta risarcitoria e nella relazione medico legale -se presente-, con riferimenti alle Linee Guida specifiche, se presenti, e alla letteratura della materia (da allegare alla relazione)

.....
.....
.....

Data

Firma del Responsabile della Struttura
(e dei sanitari eventualmente indicati nella richiesta risarcitoria e/o nell'atto
introduttivo del giudizio)

ALL. C

MODELLO COMUNICAZIONE DI PRESA IN CARICO DEL SINISTRO

Versione 1) - richiesta risarcitoria avanzata a mezzo di avvocato

Prot. n. ____ del ____

Indirizzo del Legale del richiedente

Oggetto: Sua nota del _____ - Richiesta risarcimento danni Sig./Sig.ra

Si fa riferimento alla richiesta di risarcimento redatta dalla S.V. in nome e per conto del/i Sig./Sig.ra _____, inviata a questa Azienda in data _____ registrata al Protocollo Generale n. _____ per far presente che la stessa è stata presa in carico dalla scrivente Direzione _____, che ne ha già attivato la relativa istruttoria.

Formula opzionale da inserire solo in caso di assoluta genericità della richiesta risarcitoria:
(In primo luogo si rappresenta che lo scrivente Ufficio non si trova al momento in condizione di attivare l'istruttoria del sinistro in oggetto, data la genericità della richiesta risarcitoria. Si richiede pertanto alla S.V. di produrre nota integrativa - eventualmente corredata da documentazione a supporto - contenente l'allegazione delle condotte sanitarie contestate e una descrizione circostanziata del danno lamentato e posto in correlazione a tali condotte, evidenziando che in mancanza di tali precisazioni e/o integrazioni l'Ufficio si troverà impossibilitato a proseguire nell'istruttoria del sinistro che pertanto sarà posto in quiescenza).

La S.V. è invitata a trasmettere l'eventuale ulteriore documentazione sanitaria in possesso del/i reclamante/i relativa a strutture diverse da quelle dell'Azienda e ogni ulteriore documentazione utile per la definizione dell'istruttoria, nonché, ove possibile, una perizia medico-legale, e di indicare, in termini economici, l'importo complessivo presunto del danno reclamato, al fine di un puntuale e corretto avvio della procedura istruttoria, per giungere in tempi rapidi alla definizione in termini positivi o negativi della richiesta risarcitoria.

Infatti, a partire dal 27.10.2013 la Regione Umbria ha attivato un regime di autoritenzione del rischio sanitario ripartito in tre fasce di gestione in relazione al valore stimato del sinistro, e pertanto in base alla fascia di riferimento la gestione del sinistro è affidata a diversi soggetti (Azienda sanitaria interessata al sinistro fino ad un valore di € 70.000,00; Struttura Sovraziendale Regionale fino ad un valore di € 700.000,00; Compagnia Assicuratrice oltre il valore di € 700.000,00).

Quindi, per poter collocare il sinistro nella corretta fascia di riferimento e per l'assegnazione al soggetto deputato alla relativa gestione, è sicuramente utile una motivata quantificazione della richiesta risarcitoria che, congiuntamente alla ulteriore documentazione richiesta, consentirà di velocizzare notevolmente i tempi della procedura.

Inoltre, con espresso riguardo al trattamento dei dati personali e sensibili, si trasmette, in allegato, apposito modello informativa/consenso al trattamento dati personali, che ciascuno dei suoi assistiti dovrà compilare, sottoscrivere e restituire allo scrivente Ufficio (anche per il tramite della

S.V.) accludendo copia di un documento di identità in corso di validità. Qualora la richiesta risarcimento danni riguardi soggetti di minore età si evidenzia che è necessario acquisire, ove possibile, il consenso di entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale (o di chi ne fa le veci).

La S.V., pertanto, potrà far pervenire tutto quanto sopra richiesto alla scrivente Direzione _____ presso la sede _____ al fine consentire l'istruttoria della pratica.

Nel precisare, infine, che responsabile del procedimento è _____ (tel. n. _____ - indirizzo e-mail: _____) si rappresenta che i tempi di definizione della pratica - individuati indicativamente in un termine massimo di 270 gg. lavorativi - sono anche legati a quelli di ricezione della eventuale ulteriore documentazione in possesso del/i reclamante/i utile per la definizione dell'istruttoria e del modello di consenso al trattamento dati personali come sopra richiesto.

Ea S.V. sarà tempestivamente resa edotta dei futuri sviluppi del caso.

Distinti saluti.

Il Responsabile Ufficio/Direzione

Allegati: copia modulo trattamento dati personali

ALL. C

MODELLO COMUNICAZIONE DI PRESA IN CARICO DEL SINISTRO

Versione 2) - richiesta risarcitoria avanzata direttamente dal presunto danneggiato senza l'intervento di un legale

Prot. n. ____ del ____

Indirizzo del richiedente

Oggetto: Sua nota del _____ - Richiesta risarcimento danni Sig./Sig.ra

Si fa riferimento alla richiesta di risarcimento redatta dalla S.V. _____, inviata a questa Azienda in data _____ registrata al Protocollo Generale n. _____ per far presente che la stessa è stata presa in carico dalla scrivente Direzione _____, che ne ha già attivato la relativa istruttoria.

Formula opzionale da inserire solo in caso di assoluta genericità della richiesta risarcitoria:
(In primo luogo si rappresenta che lo scrivente Ufficio non si trova al momento in condizione di attivare l'istruttoria del sinistro in oggetto, data la genericità della richiesta risarcitoria. Si richiede pertanto alla S.V. di produrre nota integrativa - eventualmente corredata da documentazione a supporto - contenente l'allegazione delle condotte sanitarie contestate e una descrizione circostanziata del danno lamentato e posto in correlazione a tali condotte, evidenziando che in mancanza di tali precisazioni e/o integrazioni l'Ufficio si troverà impossibilitato a proseguire nell'istruttoria del sinistro che pertanto sarà posto in quiescenza).

La S.V. è invitata a trasmettere l'eventuale ulteriore documentazione medica in proprio possesso relativa a strutture diverse da quelle dell'Azienda e ogni ulteriore documentazione utile per la definizione dell'istruttoria, nonché, ove possibile, una perizia medico-legale, e di indicare, in termini economici, l'importo complessivo presunto del danno reclamato, al fine di un puntuale e corretto avvio della procedura istruttoria, per giungere in tempi rapidi alla definizione in termini positivi o negativi della richiesta risarcitoria.

Infatti, a partire dal 27.10.2013 la Regione Umbria ha attivato un regime di autorizzazione del rischio sanitario ripartito in tre fasce di gestione in relazione al valore stimato del sinistro, e pertanto in base alla fascia di riferimento la gestione del sinistro è affidata a diversi soggetti (Azienda sanitaria interessata al sinistro fino ad un valore di € 70.000,00; Struttura Sovraziendale Regionale fino ad un valore di € 700.000,00; Compagnia Assicuratrice oltre il valore di € 700.000,00).

Quindi, per poter collocare il sinistro nella corretta fascia di riferimento e per l'assegnazione al soggetto deputato alla relativa gestione, è sicuramente utile una motivata quantificazione della

richiesta risarcitoria che, congiuntamente alla ulteriore documentazione richiesta, consentirà di velocizzare notevolmente i tempi della procedura.

Inoltre, con espresso riguardo al trattamento dei dati personali e sensibili, si trasmette, in allegato, apposito modello informativa/consenso al trattamento dati personali, che la S.V. dovrà restituire allo scrivente Ufficio debitamente compilato e sottoscritto accludendo copia di un documento di identità in corso di validità. Qualora la richiesta risarcimento danni riguardi soggetti di minore età si evidenzia che è necessario acquisire, ove possibile, il consenso di entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale (o di chi ne fa le veci).

La S.V., pertanto, potrà far pervenire tutto quanto sopra richiesto alla scrivente Direzione _____ presso la sede _____ al fine consentire l'istruttoria della pratica.

Nel precisare, infine, che responsabile del procedimento è _____ (tel. n. _____ - indirizzo e-mail: _____) si rappresenta che i tempi di definizione della pratica - individuati indicativamente in un termine massimo di 270 gg. lavorativi - sono anche legati a quelli di ricezione della eventuale ulteriore documentazione in possesso della S.V. utile per la definizione dell'istruttoria e del modello di consenso al trattamento dati personali come sopra richiesto.

La S.V. sarà tempestivamente resa edotta dei futuri sviluppi del caso.

Distinti saluti.

Il Responsabile Ufficio/Direzione

Allegati: copia modulo trattamento dati personali

ALL. D

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO RESA ALL'INTERESSATO ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016

Gentile Signore/a, avendo Lei aperto la procedura di sinistro nei nostri confronti, questa Azienda _____, in qualità di titolare del trattamento, dovendo trattare i dati per le finalità sotto specificate, come previsto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali di cui al Regolamento Europeo n. 679/2016 (c.d. GDPR) ed in particolare ai sensi degli artt. 13 e 14 di tale Regolamento, Le fornisce le informazioni che seguono:

1. Titolare/Responsabile del Trattamento

Il Titolare/Responsabile del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è l'Azienda _____ rappresentata dal Direttore Generale pro-tempore - con sede in _____ CF/P.IVA _____ - tel _____

PEC : _____;

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali).

I dati di contatto del nostro responsabile per la protezione dei dati personali sono: Dott./Avv./Soc. _____ -- Tel. _____ - email _____ - PEC : _____

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali da noi già detenuti e gli altri eventuali che lei ci fornirà e/o che saranno raccolti anche presso altri Enti/soggetti (di seguito meglio specificati) a vario titolo coinvolti nel trattamento assicurativo in oggetto ai fini della gestione del sinistro, saranno trattati esclusivamente e limitatamente per le finalità e secondo le basi giuridiche appresso indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
<p>Per gestire la denuncia di sinistro da Lei avanzata, secondo le procedure Regionali del sistema di autorizzazione del rischio sanitario ed in conformità ai contratti/accordi in essere con le Compagnie Assicuratrici, utilizzando i sistemi cartacei ed informatizzati (a titolo esemplificativo, strumenti di corrispondenza elettronica, Portale Regionale Sinistri, data base Loss Adjuster, etc.) in uso negli Uffici addetti.</p> <p>Per estrarre informazioni da comunicare, per finalità istruttorie e/o di tutela dei diritti dell'Ente oppure di carattere statistico alle Compagnie Assicuratrici e/o ad altri Enti e/o soggetti istituzionali (a titolo esemplificativo: Aziende del Servizio Sanitario Regionale, Regione, Ministero della Salute, Enti previdenziali o assistenziali).</p>	<p>- Per quanto riguarda i dati personali comuni: <u>Art. 6 Par. 1, Lett. a) GDPR</u>, per il trattamento è necessario acquisire il consenso dell'interessato.</p> <p>- Per quanto riguarda le categorie di dati particolari: <u>Art. 9, Par. 2, Lett. a) GDPR</u>, per il trattamento è necessario acquisire il consenso dell'interessato.</p>	<p>In caso di mancata prestazione del consenso non si procederà al trattamento dei dati.</p>
<p>Per accertare, esercitare o difendere in sede giudiziaria i diritti dell'Ente o ogniqualvolta le autorità giurisdizionali esercitino le loro funzioni giurisdizionali rispetto alla vicenda del sinistro.</p> <p>Per ottemperare ad obblighi di comunicazione (ai sensi di legge) e/o alle richieste delle competenti autorità giurisdizionali (es. Corte dei Conti) al fine di consentire l'esercizio delle loro funzioni giurisdizionali rispetto alla vicenda del sinistro.</p>	<p>- Per quanto riguarda i dati personali comuni: <u>Art. 6, Par. 1, Lett. f) e c) GDPR</u> "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare"; "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare"</p> <p>- Per quanto riguarda le categorie di dati particolari: <u>Art. 9, Par. 2, Lett. f) GDPR</u>, "il trattamento è necessario per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria o ogniqualvolta le autorità giurisdizionali esercitino le loro funzioni giurisdizionali".</p>	<p>Non occorre il consenso.</p>

Il trattamento dei dati avviene attraverso strumenti manuali, cartacei, elettronici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la riservatezza e sicurezza dei dati con presidi e modalità conformi alle previsioni del GDPR e della normativa vigente.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali da Lei già forniti o acquisiti nel corso della gestione del sinistro saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato o da responsabili del trattamento all'uopo designati.

I Suoi dati potranno essere comunicati alle categorie di destinatari che seguono:

CATEGORIE DI DESTINATARI	CATEGORIE DI DATI
Loss Adjuster, Brokers, Compagnie Assicurative, IVASS	Identificativi, dati sanitari relativi alla vicenda oggetto di denuncia di sinistro, dati bancari, ulteriori dati contenuti nel fascicolo istruttorio del sinistro
Avvocati, Consulenti di Parte, Medici Legali	Identificativi, dati sanitari relativi alla vicenda oggetto di denuncia di sinistro, dati bancari, ulteriori dati contenuti nel fascicolo istruttorio del sinistro
Enti Pubblici (a titolo esemplificativo: Aziende del Servizio Sanitario Regionale, Regione Umbria, Ministero Salute), Enti previdenziali o assistenziali, competenti Autorità Giurisdizionali	Identificativi, dati sanitari relativi alla vicenda oggetto di denuncia di sinistro, dati bancari, ulteriori dati contenuti nel fascicolo istruttorio del sinistro

5. Trasferimento all'estero

I suoi dati personali, di norma, non saranno trasferiti al di fuori dell'Unione Europea, con la seguente eccezione.

Il trasferimento dei suoi dati personali al di fuori dell'Unione Europea potrebbe rendersi necessario per le attività istruttorie e gestorie proprie delle Compagnie Assicurative, alle quali è rimessa l'adozione di misure idonee affinché il trasferimento dei dati avvenga nel rispetto dei livelli di protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dal GDPR e dalla normativa vigente.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

DOCUMENTO	DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione del sinistro (richiesta risarcitoria, documentazione sanitaria, fascicolo di causa, atti transattivi, etc.) e connessa (p.es. ricevute, quietanze, fatture, etc.).	Dieci anni dalla data di chiusura definitiva della vicenda del sinistro, salvo eventuali interruzioni/sospensioni di termini.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento le riconosce i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun contitolare.

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- **Diritto di accesso:** L'art. 15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
- **Diritto di rettifica:** L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- **Diritto di cancellazione:** L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
- **Diritto di limitazione:** L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
- **Diritto di opposizione:** L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
- **Diritto alla portabilità:** L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma.
- **Diritto di revoca del consenso:** l'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
- **Diritto di reclamo:** L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8 . Consenso dell' interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni di cui alla presente informativa; esprimo quindi il mio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali per le finalità sopra illustrate.

L'INTERESSATO (nome e cognome) _____

IL SOGGETTO LEGITTIMATO PER CONTO DELL'INTERESSATO - da indicare nel caso in cui l'interessato sia minore o si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il consenso - (nome e cognome) _____

IN QUALITA' DI (specificare: es. genitore esercente la responsabilità genitoriale, tutore, ... etc.) _____

luogo e data _____

Firma _____ (firma autografa dell'interessato oppure di chi per lui legittimato)

ALL. E

COMPENSI PROFESSIONALI AVVOCATI

Di seguito si indicano i compensi professionali stabiliti per fasce di valore e tipologia del contenzioso (secondo i parametri adottati dalla Compagnia Assicuratrice) da applicarsi di norma, salvo casi di particolare complessità, agli incarichi legali conferiti per la gestione del contenzioso oggetto del sistema regionale di autoritenzione del rischio sanitario.

I compensi professionali sono i seguenti:

- **Cause promosse dinanzi al Giudice di Pace e/o con valore di causa fino ad € 5.300,00 (cinquemilatrecento):** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 1.200,00 (milleduecento)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) con valore di causa variabile da € 5.301,00 a € 25.000,00:** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 2.400,00 (duemilaquattrocento)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) con valore di causa variabile da € 25.001,00 a € 50.000,00:** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 3.200,00 (tremiladuecento)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) con valore di causa variabile da € 50.001,00 a € 100.000,00:** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 4.400,00 (quattromilaquattrocento)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) con valore di causa variabile da € 100.001,00 a € 250.000,00:** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 5.600,00 (cinquemilaseicento)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) con valore di causa variabile da € 250.001,00 a € 500.000,00:** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 8.500,00 (ottomilacinquecento)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) con valore di causa variabile da € 500.001,00 a € 1.000.000,00:** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 12.000,00 (dodicimila)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) con valore di causa oltre € 1.000.000,00:** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre cpa ed iva, di **€ 15.000,00 (quindicimila)**
- **Cause promosse dinanzi al Giudice Unico (competenza Tribunale) di valore indeterminato,** compenso parametrato sui minimi tariffari previsti per lo scaglione di riferimento "indeterminabile" dalle vigenti tariffe forensi, tenuto conto della complessità della controversia. In caso di condanna si farà riferimento allo scaglione in cui rientra la somma complessiva da pagare a parte attorea.

- **Cause non iscritte a ruolo** o transatte/abbandonate prima della prima udienza, indipendentemente dal Giudice competente e dal Valore: compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre iva e cpa, di **€ 200,00**
- **Cause non riassunte dopo rilevata incompetenza per materia o territorio:** il compenso previsto per ciascuno scaglione sarà decurtato del 60%
- **Cause transatte dai liquidatori dopo l'udienza di prima comparizione** e prima del deposito delle memorie ex art.183 VI comma: il compenso previsto per ciascuno scaglione sarà decurtato del 60%
- **Cause transatte dai liquidatori dopo le memorie ex art.183 VI comma** e prima del deposito della CTU (ove disposta): il compenso previsto per ciascuno scaglione sarà decurtato del 35%
- **Cause transatte dai liquidatori dopo il deposito della CTU** e prima della precisazione delle conclusioni: il compenso previsto per ciascuno scaglione sarà decurtato del 25%
- **Il compenso per la fase d'appello sarà calcolato sulla base degli importi previsti per il primo grado di giudizio**
- **ATP – Accertamento Tecnico Preventivo (art. 696 c.p.c.):** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre iva e cpa, di **€ 1.500,00**
- **Consulenza Tecnica Preventiva (art. 696 bis c.p.c.):** compenso forfettario, comprensivo di spese generali, ma oltre iva e cpa, di **€ 1.500,00**
- **Procedimento sommario di cognizione (art. 702 bis c.p.c.):** compenso previsto dallo scaglione di riferimento della domanda attorea decurtato del 50%; qualora la domanda sia di **valore indeterminato**, si farà riferimento alle modalità di determinazione del compenso sopra indicate per il rito ordinario con domanda di valore indeterminato con decurtazione del 50%. In caso di mutamento del rito in ordinario, saranno applicati i compensi integrali.

Compensi per la partecipazione alla Mediazione

Primo incontro con verbale negativo: €150

Due incontri: €300 in caso di insuccesso - €500 in caso di successo

Tre incontri: €450 in caso di insuccesso - €1.000 in caso di successo

Per ogni incontro successivo al terzo: €150 sino ad un massimo di €750 in caso di insuccesso – €150 sino ad un massimo di €1.000 in caso di successo.

I compensi si intendono al netto di spese vive, IVA e CPA. In essi, sono incluse le attività prodromiche, correlate e successive alla mediazione stessa.

ALL. F

BREVE ILLUSTRAZIONE DEL SISTEMA DI AUTORITENZIONE DEL RISCHIO SANITARIO VIGENTE NELLA REGIONE UMBRIA (in ottemperanza agli adempimenti previsti dall'art. 10, comma 4, legge n. 24/2017)

“A partire dal 27.10.2013, sulla base di uno studio di fattibilità elaborato dall’A.O. di Perugia e recepito dalla Giunta Regionale con D.G.R.U. 27 dicembre 2012 n. 1775, è in vigore nella Regione Umbria un progetto sperimentale di “Gestione unitaria del sistema assicurativo ed amministrativo dei sinistri e del contenzioso delle Aziende Sanitarie Regionali” attivato mediante atti normativi Regionali, quali, oltre alla predetta D.G.R.U. n. 1775, la Legge Regionale Umbria 9 aprile 2013, n. 8, e la D.G.R.U. 13 maggio 2013 n. 438. Di tale progetto l’Azienda Ospedaliera di Perugia è stata designata come Capofila. Sulla base dei suddetti atti normativi la durata del progetto de quo era stata inizialmente stabilita in un triennio (dal 27.10.2013 al 27.10.2016), all’esito del quale è intervenuta una proroga sino al 27.10.2020.

Nella sostanza, la predetta normativa ha introdotto un sistema di autoritenzione o autoassicurazione del rischio sanitario “allo scopo di mantenere un corretto rapporto di fiducia fra gli utenti e le istituzioni sanitarie pubbliche, per migliorare l’efficienza e la trasparenza dei relativi procedimenti, per ottimizzare la gestione delle risorse per tale tipo di rischio, nonché per conoscere le cause degli errori e ridurre gli eventi avversi prevenibili” (art. 3 legge regionale Umbria n. 8/2013) ed altresì allo scopo di contenere i costi assicurativi, divenuti negli ultimi anni non più sostenibili dal SSN a causa dell’eccessiva onerosità delle polizze assicurative per la copertura integrale dei rischi in campo di responsabilità medica e sanitaria.

Si è giunti così all’attuazione di un sistema di autoritenzione del rischio sanitario ripartito in tre fasce che, sulla base della Polizza RCT-O attualmente vigente, risultano determinate e gestite come segue.

In relazione al valore stimato del sinistro e in base alla fascia di riferimento, la gestione della controversia e la corresponsione del risarcimento eventualmente dovuto è affidata a diversi soggetti: Azienda sanitaria cui è rivolta la richiesta risarcitoria fino ad un valore di euro 70.000,00; Struttura Sovraziendale regionale fino ad un valore di euro 700.000,00; Compagnia assicuratrice oltre il valore di euro 700.000,00.

Conseguentemente, gli oneri risarcitori inerenti alla prima fascia rientrano nel bilancio di ciascuna Azienda sanitaria, la seconda fascia è a carico del “Fondo di Autoritenzione Regionale per il Risarcimento danni da responsabilità sanitaria in ambito sovraziendale” che copre anche i

risarcimenti di terza fascia fino ad un ammontare di euro 700.000,00 (soglia c.d. di S.I.R. – self insurance retention), valore oltre il quale è prevista la copertura della Compagnia Assicuratrice (tale valore di S.I.R. era stato inizialmente determinato in euro 800.000,00 sulla base della Polizza RCT-O catastrofale vigente nel primo triennio di sperimentazione).

Come detto, il primo triennio di sperimentazione del sistema di autoritenzione del rischio sanitario nella Regione Umbria si è concluso in data 27.10.2016. Tuttavia, tale sperimentazione è attualmente in corso di prosecuzione in quanto con Legge Regionale 11 aprile 2016 n. 5 si è stabilito che “Il sistema di gestione dei rischi di responsabilità civile sanitaria delle aziende sanitarie regionali, in regime di autoritenzione dei rischi e gestione assicurativa ..., è previsto in via sperimentale per un massimo di sette esercizi finanziari con decorrenza dall’ esercizio finanziario anno 2013”. Pertanto, la Regione Umbria ha così disposto una proroga quadriennale del progetto sperimentale di autoritenzione del rischio sanitario sino al 27.10.2020”.

In virtù di tale proroga, all’esito di apposita procedura di gara attivata dall’Azienda Capofila, si è stipulata con la Compagnia AmTrust la Polizza RCT-O catastrofale come pubblicata nel presente sito internet”.



Stemmi dell'Ospedale di S. Maria della Misericordia di Perugia

Azienda Ospedaliera di Perugia

Dir. Gen. e Sede Amm.va: Piazzale G. Menghini n. 8/9- 06129 PERUGIA
Sede Legale: S. Maria della Misericordia in S. Andrea delle Fratte 06156PERUGIA
Partita IVA 02101050546 Tel. 075 5781 - Sito Internet: www.ospedale.perugia.it

UFFICIO DELIBERAZIONI

ATTESTAZIONI RELATIVE ALLA DELIBERA N. 1820 DEL 20 SET. 2018

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato

CONSTA DI FOGLI 10 incluso il presente ed inclusi gli allegati

Perugia,

20 SET. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

E' ESECUTIVA IMMEDIATAMENTE, non essendo soggetta a controllo

HA CONSEGUITO ESECUTIVITA' IL _____

PER PROVVEDIMENTO POSITIVO DELLA GIUNTA REGIONALE N. _____ DEL _____
CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

PER DECORRENZA DEL TERMINE DI LEGGE PER IL CONTROLLO SENZA RILIEVI DA PARTE
DELLA GIUNTA REGIONALE, CHE HA RICEVUTO LA DELIBERA IL _____

ALTRO (esecutività dopo richiesta di chiarimenti, parziale annullamento dell'atto,
annullamento integrale, ecc.. - Specificare gli estremi dei provvedimenti)

Perugia,

20 SET. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

La deliberazione sopra indicata, alla quale questo documento è allegato,

VIENE PUBBLICATA all'albo pretorio dell'Azienda Ospedaliera di Perugia il _____

per la durata di 15 giorni.

Perugia,

20 SET. 2018

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI

Questa copia della delibera sopra indicata è conforme al suo originale esistente presso questo ufficio e consta di n. _____ pagine inclusa la presente

Perugia,

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DELIBERATIVO
DOTT.SSA SERENA ZENZERI