

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

REGOLAMENTO

PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

approvato con deliberazione n. 1124 del 9 giugno 2022

in vigore dal 13 giugno 2022

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

CAPO I – DISPOSIZIONI GENERALI

- Art. 1 – Principi generali e ambito di applicazione
- Art. 2 – Definizioni
- Art. 3 – Collaborazione aziendale e degli esercenti le professioni sanitarie
- Art. 4 – Termini
- Art. 5 – Flussi informativi

CAPO II – COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

- Art. 6 – Comitato Valutazione Sinistri
- Art. 7 – Compiti
- Art. 8 – Funzionamento

CAPO III – GESTIONE DEI SINISTRI

- Art. 9 – Principi generali
- Art. 10 – Ricevimento della richiesta di risarcimento danni e apertura del sinistro
- Art. 11 – Fase istruttoria del sinistro
- Art. 12 – Competenze dell'unità operativa risk management e delle unità operative direzioni mediche ospedaliere
- Art. 13 – Fase istruttoria di sinistri particolari
- Art. 14 – Chiusura della fase istruttoria del sinistro
- Art. 15 – Fase accertativa del sinistro
- Art. 16 – Fase accertativa di sinistri particolari
- Art. 17 – Fase peritale del sinistro
- Art. 18 – Fase propositiva del sinistro
- Art. 19 – Fase propositiva di sinistri particolari
- Art. 20 – Fase conclusiva del sinistro
- Art. 21 – Fase conclusiva di sinistro particolari
- Art. 22 – Comunicazioni agli esercenti le professioni sanitarie
- Art. 23 – Fase liquidativa e di chiusura del sinistro

CAPO IV – GESTIONE PREGIUDIZIALE E GIUDIZIALE DELLE VERTENZE

- Art. 24 – Notificazione di atto introduttivo del giudizio
- Art. 25 – Mediazione, negoziazione assistita e ricorsi ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.
- Art. 26 – Vertenze relative a sinistri gestiti dalla compagnia assicurativa

CAPO V – INCARICHI PROFESSIONALI

- Art. 27 – Perizie medico legali e consulenze specialistiche

CAPO VI – SPESE DI GESTIONE DEI SINISTRI

- Art. 28 – Spese di gestione e fondo rischi
- Art. 29 – Modalità di riservazione e di compilazione dello stato dei sinistri

CAPO VII – RAPPORTI CON LA CORTE DEI CONTI

- Art. 30 – Comunicazioni alla Corte dei Conti
- Art. 31 – Termini e modalità delle comunicazioni alla Corte dei Conti

CAPO VIII – DISPOSIZIONI FINALI

Art. 32 – Norma di rinvio

Art. 33 – Abrogazione di norme

Art. 34 – Entrata in vigore

CAPO I – DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 – Principi generali e ambito di applicazione

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana (di seguito anche Azienda) riconosce la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico quali elementi del governo clinico che contribuiscono ad un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza e a mantenere prestazioni di grado elevato. I predetti ambiti operativi sono considerati strategici anche nella prospettiva di ridurre il contenzioso correlato al danno al paziente.

Per erogare assistenza qualificata e rendere sicuri i percorsi diagnostico terapeutici, assistenziali e riabilitativi, sono necessari la formazione e l'aggiornamento costante del personale, l'attenta applicazione di protocolli, procedure ed istruzioni operative, il corretto uso di presidi e tecnologie. In tale prospettiva l'Azienda supporta i propri operatori nell'elaborazione ed adozione di comportamenti e procedure orientati alla sicurezza del paziente e alla gestione del rischio, incentivando comportamenti e attività che permettano di prevenire, identificare e correggere eventuali criticità potenzialmente pericolose per i pazienti.

Il presente Regolamento disciplina la gestione delle richieste di risarcimento di danno derivanti da responsabilità civile verso terzi mediante la raccolta dei dati, atti e informazioni relative all'attività di risk management e alle valutazioni di ordine strategico-difensivo per prevenire l'evoluzione del contenzioso e valutare gli impatti legali e assicurativi nell'osservanza dei principi stabiliti dalle *"Linee Guida per la gestione stragiudiziale dei sinistri di RCT delle aziende ulss ed ospedaliere del servizio sanitario regionale"*, approvate con DGR n. 573 del 10 maggio 2011 e confermate con successive DGR n. 567 del 21 aprile 2015 e DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016, nonché della procedura operativa per la gestione dei sinistri e rischio clinico di cui alla deliberazione n. 474 del 30.9.2019 di Azienda Zero, in esecuzione delle funzioni di coordinamento in materia assegnate con Legge Regionale n. 19/2016.

L'Azienda provvede a risarcire i danni involontariamente cagionati a terzi nell'espletamento dell'attività istituzionale dai propri dipendenti e dai soggetti di cui debba rispondere a norma di legge o per previsione contrattuale, salvo in ogni caso il diritto di agire per responsabilità amministrativa, nei casi di dolo e colpa grave accertati con sentenza, passata in giudicato, della Corte dei Conti e/o rivalsa.

I criteri seguiti per la liquidazione dei sinistri si ispirano ai principi di responsabilità, proporzionalità ed economicità. In particolare si terranno in considerazione, nelle varie fasi di trattativa, le ipotesi che consentono una definizione stragiudiziale, anche mediante il risarcimento in forma specifica, al fine di contenere le spese correlate a una possibile lite giudiziaria, nell'ottica costante di migliorare il rapporto tra l'Azienda e l'utente, tutelando l'immagine della struttura e dei professionisti da una parte e i diritti dell'utente dall'altra.

Art. 2 – Definizioni

Ai fini del presente regolamento si intende per:

- a) *"Aziende Aggregate"*, l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti (distretti di Belluno e Feltre) e l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana (distretti di Asolo, Pieve di Soligo e Treviso) della Regione del Veneto;
- b) *"Azienda"*, l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti ovvero l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana;
- c) *"Ufficio Sinistri Centrale"* ovvero *"Ufficio Unico Sinistri"*, l'ufficio interaziendale incardinato nell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ai sensi della DGR n. 567/2015, competente a gestire le richieste di risarcimento di responsabilità civile per conto delle Aziende Aggregate e di quanti le stesse devono rispondere, come stabilito dalla deliberazione n. 1867 del 29.10.2020; l'Ufficio Unico Sinistri è posto in staff al Direttore Generale dell'Azienda ULSS n. 2 sotto la responsabilità di un coordinatore;
- d) *"Ufficio Sinistri Aziendale"*, l'articolazione funzionale aziendale incardinata presso l'unità operativa Affari Generali e Legali, incaricata della registrazione e presa in carico del sinistro, dell'istruttoria e della relativa raccolta documentale, dell'inserimento / aggiornamento dati nel gestionale regionale, dell'attività di raccordo tra le strutture interne e l'Ufficio Unico Sinistri di competenza, dell'adozione di atti e provvedimenti di definizione del sinistro, delle comunicazioni periodiche, del contenzioso e di ogni altro adempimento connesso alla gestione dei sinistri;

- e) *“Esercente le professioni sanitarie”*, qualunque operatore sanitario iscritto nel relativo albo o elenco professionale di cui l’Azienda debba rispondere a norma di legge o per previsione contrattuale;
- f) *“Richiesta di risarcimento danni o diffida”*, qualsiasi comunicazione scritta, comprese le domande di attivazione della procedura di mediazione e di negoziazione assistita, il ricorso per la consulenza tecnica preventiva ex art. 696 e art. 696 bis c.p.c. e gli altri atti giudiziari civili, anche in sede penale, con cui per la prima volta viene avanzata la richiesta di risarcimento di danni correlata allo svolgimento dell’attività istituzionale dell’Azienda.
- g) *“Sinistro”*, il fatto/evento per il quale sia stata inoltrata la richiesta di risarcimento, di cui debba rispondere l’Azienda secondo i principi dell’ordinamento giuridico;
- h) *“Controparte o terzo”*, il soggetto che agisce quale titolare diretto o in rappresentanza (*jure proprio o jure hereditatis*) per il risarcimento di danni contro l’Azienda sanitaria, l’esercente le professioni sanitarie e i rispettivi assicuratori;
- i) *“Compagnia assicurativa”*, la società di assicurazione che si obbliga a tenere indenne l’Azienda di quanto questa sia tenuta a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese) quale civilmente responsabile ai sensi di legge di tutti i danni non espressamente esclusi, involontariamente cagionati a terzi per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in considerazione di un fatto verificatosi in relazione all’attività svolta e per gli infortuni sofferti dai prestatori d’opera per i quali è prestata l’assicurazione;
- j) *“Assicurazione”*, qualsiasi polizza sottoscritta dall’Azienda per la responsabilità civile verso terzi ed operatori (RCT/O) con una compagnia assicurativa;
- k) *“Broker assicurativo”*, la società mandataria incaricata dal contraente della polizza assicurativa della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla compagnia assicurativa e dalle coassicuratrici;
- l) *“Self Insurance Retention (SIR)”*, il limite economico che l’Azienda tiene a proprio carico per ciascun sinistro, da intendersi anche in termini di gestione, istruzione e liquidazione dell’evento ove il sinistro rientri integralmente al di sotto del limite predetto;
- m) *“Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS)”* ovvero *“Comitato Valutazione Sinistri (CVS)”*, l’organismo consultivo multidisciplinare con competenze giuridiche, medico-legali e di gestione del rischio clinico, che è incaricato della trattazione del sinistro, anche con finalità di analisi, valutazione e prevenzione del rischio, nonché dell’analisi e valutazione delle proposte di definizione dei sinistri al termine dell’istruttoria avanzate dall’Ufficio Unico Sinistri, dall’Ufficio Sinistri Aziendale, da Azienda Zero o dalla Compagnia di Assicurazione;
- n) *“Software di Gestione Sinistri e Rischio Clinico (GSRC)”*, il programma informatico di riferimento utilizzato dall’Azienda e messo a disposizione dalla Regione del Veneto – Azienda Zero per la gestione del fascicolo informatico delle pratiche risarcitorie, il monitoraggio delle richieste risarcitorie e la riservazione dei sinistri.

Art. 3 – Collaborazione aziendale e degli esercenti le professioni sanitarie

Per consentire il rispetto delle tempistiche normative e regolamentari tutti i soggetti coinvolti nella gestione dei sinistri nell’ambito e per le finalità essenziali delle procedure di sicurezza del paziente nonché delle attività di risk management e di valutazione di ordine strategico-difensivo per prevenire l’evoluzione del contenzioso e valutare gli impatti legali e assicurativi garantiscono la massima disponibilità nonché la fattiva e tempestiva collaborazione, compreso il personale la cui condotta lesiva od omissiva sia stata posta in connessione con i fatti denunciati ovvero altri soggetti eventualmente interpellati per fornire un parere o una testimonianza in merito al sinistro.

Nell’ottica di massima collaborazione con il personale coinvolto e di migliore gestione delle vertenze, in caso di richiesta di risarcimento inoltrata esclusivamente all’esercente le professioni sanitarie o al presunto responsabile, lo stesso dovrà darne formale comunicazione all’Ufficio Sinistri Aziendale entro dieci giorni da quando ne ha avuto conoscenza, trasmettendo copia dell’istanza notificata e dichiarando gli estremi della propria polizza assicurativa personale e l’eventuale avvenuta denuncia di sinistro alla compagnia assicurativa.

In caso di omessa o ritardata comunicazione l’esercente le professioni sanitarie o l’interessato sarà direttamente responsabile del pregiudizio che dall’omissione o ritardo possa derivare all’Azienda.

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 10, comma 3, della legge n. 24/2017 ciascun esercente le professioni sanitarie provvede alla stipula, con oneri a proprio carico, di un’adeguata polizza assicurativa per colpa grave.

Art. 4 – Termini

Tutti i termini indicati nel presente Regolamento devono intendersi ordinatori al fine di assicurare la gestione dei sinistri secondo i principi di correttezza, economicità ed efficacia che reggono l'attività amministrativa ai sensi della Legge 7.8.1990, n. 241, fatto salvo quanto specificamente stabilito dal medesimo Regolamento o da specifiche norme di legge, regolamentari o contrattuali.

A tal fine fa fede la data di protocollo apposta dall'Azienda.

Art. 5 – Flussi informativi

L'Ufficio Sinistri aziendale, l'Ufficio Unico Sinistri, le unità operative direzioni mediche ospedaliere, l'unità operativa risk management e l'unità operativa servizio di medicina legale, che collaborano, utilizzano ed aggiornano tempestivamente il GSRC per quanto di rispettiva competenza al fine di consentire la gestione dei sinistri e del rischio clinico e il rispetto dell'adempimento degli obblighi informativi previsti dall'art. 2, comma 3, del D.M. 11 dicembre 2009 in base al quale *“le informazioni relative alla denuncia dei sinistri devono essere trasmesse annualmente dalle Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 gennaio dell'anno successivo al periodo di riferimento”* (Sistema per il monitoraggio degli errori in sanità – SIMES), oltre che un costante monitoraggio circa l'andamento dei sinistri anche da parte della Regione del Veneto.

CAPO II – COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Art. 6 – Comitato Valutazione Sinistri

Per il raggiungimento delle finalità del presente Regolamento è istituito presso l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana il Comitato Valutazione Sinistri per gli ambiti territoriali di competenza delle Aziende Aggregate.

Tale organismo, non avente soggettività giuridica ma dotato di autonomia tecnico – organizzativa e funzionale, di carattere consultivo, è posto in staff alla Direzione Generale di cui ne persegue le direttive, ha natura collegiale e multidisciplinare.

Il Comitato Valutazione Sinistri può essere composto da tre o cinque membri sia interni che esterni con competenze giuridiche, medico-legali e di gestione del rischio clinico.

La composizione e la nomina è demandata ad apposito atto deliberativo del Direttore Generale dell'Azienda ULSS n. 2.

Il Comitato Valutazione Sinistri si rapporta esclusivamente con l'Ufficio Unico Sinistri e con l'Azienda, senza alcun potere rappresentativo e/o di interlocuzione nei confronti di terzi soggetti (danneggiati e/o loro legali).

Art. 7 – Compiti

Il Comitato Valutazione Sinistri persegue le proprie finalità istituzionali nell'ambito delle procedure di sicurezza del paziente nonché delle attività di risk management e di valutazione di ordine strategico-difensivo per prevenire l'evoluzione del contenzioso e valutare gli impatti legali e assicurativi attraverso le seguenti attività principali:

- a) procede alla trattazione del sinistro con finalità di analisi, valutazione e prevenzione del rischio clinico con il coinvolgimento – ove necessario – delle diverse professionalità aziendali;
- b) provvede all'analisi e alla valutazione dei sinistri per individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti ed i conseguenti eventuali profili di responsabilità sulla base delle risultanze istruttorie avanzate dall'Ufficio Unico Sinistri, dall'Azienda, da Azienda Zero o dalla Compagnia Assicurativa;
- c) individua e/o conferma i nominativi degli esercenti le professioni sanitarie o di altri soggetti coinvolti nel sinistro;
- d) provvede a formulare, indicando le proprie valutazioni di ordine strategico-difensivo per prevenire l'evoluzione del contenzioso e valutando gli impatti legali e assicurativi, il proprio parere obbligatorio e non vincolante sulla gestione del sinistro e sulla proposta di definizione del sinistro avanzata

- dall'Ufficio Unico Sinistri, dall'Azienda, da Azienda Zero o dalla Compagnia Assicurativa da sottoporre alla Direzione Aziendale per il seguito di competenza;
- e) persegue le eventuali indicazioni e/o determinazioni emanate da organismi regionali istituiti per analoghe finalità;
 - f) quantifica la riserva del sinistro ai fini contabili di bilancio.

Il Comitato Valutazione Sinistri è competente alla trattazione di tutti i sinistri per responsabilità civile verso terzi e operatori in gestione diretta anche di data anteriore al 1° gennaio 2016, fatta comunque salva ogni diversa determinazione delle Aziende Aggregate.

Art. 8 – Funzionamento

Il Comitato Valutazione Sinistri è convocato dall'Ufficio Unico Sinistri sulla base della pratiche di sinistro istruite da sottoporre al vaglio del Comitato.

Di ogni seduta deve essere redatto un apposito verbale e una scheda riassuntiva per ogni sinistro esaminato, che dovrà includere in forma sintetica con riferimento ai singoli casi trattati:

Elementi e valutazioni di ordine strategico-difensivo per prevenire l'evoluzione del contenzioso e valutare gli impatti legali e assicurativi

- a) descrizione del sinistro / evento (descrizione dell'accaduto, riportando i riferimenti di eventuali verbali precedenti, specificando data, ora, turni – mattina, pomeriggio, sera, notte – luogo, contesto di riferimento, tipo di processo, condizioni del paziente, danno lamentato, richiesta di risarcimento, altro);
- b) ragioni della pretesa (condotte censurate, responsabilità eccepite, altro);
- c) documentazione istruttoria acquisita e stato di gestione della pratica (specificazione di eventuali questioni per l'ammissibilità della richiesta, adempimenti privacy, istruttoria compiuta e inviata dall'Ufficio Unico Sinistri e istruttoria ulteriore eseguita, criticità emerse in ordine a completezza e compilazione della documentazione sanitaria, eventuali riferimenti a precedenti verbali, altro);
- d) sintesi dell'iter logico della valutazione medico legale e quantificazione economica dell'Ufficio Unico Sinistri (qualora sia acquisito il parere medico legale di controparte, l'elaborato consulenziale aziendale dovrà contenere una motivata posizione rispetto alle censure avversarie sia in punto *an* sia in punto *quantum*, evidenziando l'eventuale esposizione al rischio – sia in punto *an* sia in punto *quantum* – in sede di eventuale CTU, altro);
- e) valutazioni giuridiche in punto *an* (sostenibilità della difesa, strategie di trattazione e conciliazione, altro);
- f) valutazioni in punto *quantum*;
- g) valutazioni in merito al rischio di soccombenza in caso di giudizio (circostanze del caso concreto, orientamento giurisprudenziale, del tribunale territorialmente competente o dei CCTTUU usualmente nominati, altro);
- h) valutazioni in merito al *range* di trattazione per la definizione del sinistro;
- i) indicazione degli esercenti le professioni sanitarie;
- j) eventuali soggetti terzi da chiamare in garanzia;

Elementi di rischio clinico

- k) analisi organizzativa (criticità emerse dall'esame dei fattori favorenti – organizzativi, ambientali, dei processi di presa in carico, personali, di equipe, del paziente – del risk manager che incidono sulla responsabilità aziendale, altro);
- l) fattori favorenti (elementi deducibili dall'esame della condotta di professionisti e operatori e dall'esame dei fattori favorenti come riportati nella scheda di analisi di risk management in GSRC, altro);
- m) azioni di miglioramento (descrizione dell'azione proposta e il relativo referente di area / specialità, specificando gli indicatori di processo e di esito per verificare l'implementazione, il rispetto della misura proposta e la sua efficacia, altro).

Nei casi di particolare complessità e/o rilevanza economica e nell'ottica delle valutazioni di ordine strategico-difensivo il Comitato può chiedere un approfondimento istruttorio, compresa l'acquisizione di pareri di professionisti con competenze specialistiche inerenti il caso in esame.

Al termine della disamina degli atti e della discussione il Comitato formula uno dei seguenti pareri

obbligatoria ma non vincolante per la definizione della strategia difensiva dell'Azienda:

- a) proposta motivata di reiezione del risarcimento dei danni non ammissibili e/o non risarcibili;
- b) proposta motivata di definizione transattiva del danno e delle spese;
- c) proposta motivata dell'opportunità di resistere in giudizio a fronte di richiesta risarcitoria o di controproposta in linea transattiva della controparte ritenuta non equa ed incongrua;
- d) ogni ulteriore valutazione derivante dal riesame della pratica e/o da nuove richieste della controparte.

Le riunioni devono svolgersi, di norma, in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo per i componenti interni dell'Azienda.

Le sedute del Comitato non sono pubbliche, considerato che in tale sede sono trattati dati personali e sensibili. Lo stesso può operare anche in videoconferenza o con qualsiasi altro collegamento da remoto ovvero in modalità mista, ai sensi dell'art. 12 del D.Lgs. 7.3.2005, n. 82.

Le sedute del Comitato sono valide con la partecipazione della maggioranza dei componenti.

Le determinazioni assunte dal Comitato sono espresse collegialmente con il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del Comitato Valutazione Sinistri, in caso di conflitto di interessi, anche potenziale, i componenti devono astenersi.

Alle sedute del Comitato partecipa senza diritto di voto il coordinatore dell'Ufficio Unico Sinistri, che illustra al Comitato stesso le risultanze delle singole istruttorie dei sinistri.

È ammessa la partecipazione alle sedute del Comitato, con funzione uditoria e/o consultiva per l'esame dei singoli casi, dei medici incaricati dell'unità operativa servizio di medicina legale, dei soggetti interessati alla gestione dei sinistri, dei responsabili delle strutture coinvolte nell'evento, del personale coinvolto o informato sui fatti e di altre professionalità specialistiche aziendali.

Il Comitato si avvale di un ufficio di segreteria garantito dal personale assegnato all'Ufficio Unico Sinistri, cui compete la titolarità di conduzione delle attività e degli adempimenti correlati e connessi (quali, a titolo esemplificativo, le convocazioni delle sedute, la fissazione degli ordini del giorno, la verbalizzazione delle sedute, la predisposizione dei fascicoli delle pratiche, la tenuta dell'archivio documentale del Comitato).

L'Ufficio Unico Sinistri predispone per ogni sinistro gestito una scheda riassuntiva delle motivazioni della decisione proposta con descrizione sintetica dell'evento di danno, delle conclusioni dei periti e delle relazioni del personale dipendente e/o collaborante coinvolto e con la precisazione delle ragioni di opportunità della transazione proposta o della resistenza in giudizio o della reiezione della richiesta, nonché di ulteriori indicazioni in tema di eventuali azioni di rivalsa o di compartecipazione al danno degli assicuratori interessati nell'ottica di attuazione della migliore strategia difensiva per l'Azienda interessata.

L'Ufficio Unico Sinistri provvede alla registrazione nel sistema informatico GSRC degli aggiornamenti dello stato dei sinistri.

Il verbale delle sedute e ciascuna scheda riassuntiva dei sinistri, sottoscritta da tutti i componenti, sono custoditi presso l'Ufficio Unico Sinistri e da questi caricati entro 5 giorni dalla relativa seduta nel sistema informatico GSRC.

Tutta la documentazione oggetto di valutazione del Comitato, contenente dati sensibili, deve essere trattata in ottemperanza a quanto previsto dal vigente codice in materia di protezione dei dati personali.

Le schede dei singoli sinistri e tutti gli atti del Comitato, nelle parti contenenti elementi di valutazione e gestione del rischio clinico, insieme alle propedeutiche perizie medico legali e a tutta la documentazione istruttoria – inseriti nell'ambito del procedimento funzionale all'individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria ed includenti valutazioni di ordine strategico-difensivo, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo della dinamica degli eventi o valutativo dei profili medico legali della vicenda – non sono soggetti a pubblicazione né all'accesso agli atti ai sensi dell'art. 1, commi 538 e 539, della legge 28.12.2015, n. 208, della legge 7.8.1990, n. 241 e della regolamentazione aziendale in materia.

CAPO III – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 9 – Principi generali

La gestione dei sinistri deve essere improntata a pervenire, nel congruo e comunque più breve tempo possibile, alla corretta liquidazione del danno, con modalità confacenti alla natura e alla complessità di ciascun evento, nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa.

Gli obiettivi principali da perseguire nell'ambito della gestione del sinistro sono:

- vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento di danno, coinvolgendo le professionalità necessarie nell'analisi del sinistro, al fine di consentire l'identificazione delle cause e delle eventuali responsabilità nonché di permettere una corretta quantificazione del danno;
- favorire la sollecita definizione delle pratiche per prevenire l'evoluzione del contenzioso giudiziario.
- definire la migliore strategia difensiva per l'Azienda interessata.

Art. 10 – Ricevimento della richiesta di risarcimento danni e apertura del sinistro

Le richieste di risarcimento di danni inviate da controparte, personalmente o mediante rappresentante legale, sono protocollate e assegnate entro la giornata ai servizi coinvolti nella gestione dei sinistri:

- a) per competenza:
 - unità operativa affari generali e legali – Ufficio Sinistri Aziendale;
- b) per conoscenza e secondo competenza:
 - unità operative coinvolte nel sinistro;per lo svolgimento delle attività di rispettiva competenza e per l'inserimento e l'aggiornamento dei dati in GSRC, ove autorizzato.

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da una polizza assicurativa all'uopo attivabile, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede direttamente alla denuncia all'Assicuratore competente, attenendosi per la gestione del sinistro a quanto previsto dalla polizza assicurativa applicabile; ove si tratti di sinistro già denunciato, la gestione prosegue secondo quanto previsto nella succitata polizza.

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da polizza regionale all'uopo attivabile, entro 5 giorni dalla protocollazione della richiesta di risarcimento danni, come definita in polizza, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a trasmettere la richiesta al broker assicurativo (ove previsto) o alla Compagnia Assicurativa qualora ricorra una delle condizioni previste dalla predetta polizza per la gestione diretta del sinistro da parte della Compagnia Assicurativa.

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da polizza regionale all'uopo attivabile, entro 30 giorni dalla protocollazione della richiesta di risarcimento danni per RCO, come definita in polizza, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a trasmettere la richiesta al broker assicurativo (ove previsto) o alla Compagnia Assicurativa per la gestione diretta del sinistro da parte di quest'ultima.

Nel caso in cui il sinistro non sia coperto né da una polizza assicurativa precedente né da una polizza regionale e sia inoltre relativo a uno dei seguenti casi:

- importo uguale o superiore ad euro 300.000,00;
- infezioni;
- evento di particolare gravità e complessità – previo confronto informale con Azienda Zero (tramite il Direttore dell'unità operativa Convenzioni e Assicurazioni SSR) – in assenza di indicazioni economiche, con riguardo alla responsabilità (per tipologia, per il numero di soggetti potenzialmente coinvolti) o al danno (per il tipo di pregiudizio lamentato che esula dalle più diffuse e note categorie di danno);

entro 5 giorni dalla protocollazione della richiesta di risarcimento danni, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a comunicare la richiesta ad Azienda Zero.

La tipologia di sinistri, le cui richieste di risarcimento danni devono essere trasmesse ad Azienda Zero, può essere modificata da parte di quest'ultima senza che ciò comporti la necessità di modificare il

presente Regolamento.

Nel caso in cui il sinistro non rientri nelle ipotesi previste dai precedenti commi 2, 3 e 4, l'Ufficio Sinistri Aziendale avvia l'istruttoria di gestione diretta.

Qualora il valore del sinistro sia dubbio o prossimo alla soglia della Self Insurance Retention della polizza regionale all'uopo attivabile, l'Ufficio Sinistri Aziendale invia copia dell'atto al broker assicurativo (ove previsto) o alla Compagnia Assicurativa.

In tutti i casi l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede tempestivamente a creare il fascicolo informatico del sinistro mediante l'inserimento dei dati della richiesta di risarcimento danni in GSRC.

Art. 11 – Fase istruttoria del sinistro

Nella fase istruttoria del sinistro l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a:

- a) creare il fascicolo informatico del sinistro;
- b) inserire i dati e i documenti della richiesta di risarcimento e gli altri documenti di competenza nel GSRC;
- c) verificare l'ammissibilità della richiesta di risarcimento in relazione ai termini pregiudiziali, preliminari e prescrizionali nonché in merito alla provenienza della stessa e alla manifesta assenza di legittimazione passiva dell'Azienda sanitaria;
- d) comunicare a controparte:
 - l'avvio del procedimento istruttorio del sinistro ai sensi della Legge n. 241/1990, precisando che non si tratta di avvio di trattative né allo stato di riconoscimento di responsabilità e comunicando le informazioni di legge relative al trattamento dei dati personali per le finalità di gestione del sinistro e del potenziale contenzioso in ogni fase e stato;
 - l'ufficio di riferimento per la gestione della pratica a conclusione della relativa istruttoria per i sinistri di competenza dell'Ufficio Unico Sinistri;
 - l'eventuale necessità di integrare la richiesta di risarcimento danni con la trasmissione di ulteriore documentazione per la valutazione complessiva del caso:
 - copia di documento d'identità ove necessario;
 - (per le diffide inoltrate tramite patrocinatore) copia del mandato o delega, salvo il caso in cui la diffida stessa sia sottoscritta anche dal soggetto danneggiato;
 - documentazione non reperibile in Azienda (cartelle cliniche di altre aziende sanitarie, documentazione sanitaria, documentazione relativa a benefici economici e previdenziali, altre relazioni peritali, altro) per consentire una valutazione completa non solo circa la sussistenza di difetti di assistenza ma anche circa l'evoluzione del danno;
 - la formulazione di riserve, eccezioni, controdeduzioni rispetto alle doglianze ed alle pretese risarcitorie presentate;
- e) richiedere la documentazione, utile ai fini dell'istruttoria, a specifici servizi aziendali diversi da quelli indicati nel successivo articolo interessati dalla richiesta di risarcimento danni;
- f) raccogliere per il tramite dei servizi competenti eventuali dichiarazioni testimoniali, con l'indicazione dei nominativi dei testimoni presenti;
- g) verificare l'eventuale manutenzione effettuata direttamente dall'Azienda o da una ditta esterna (acquisendo in quest'ultimo caso copia del relativo capitolato d'appalto o altra documentazione utile);
- h) tenere la corrispondenza con i dipendenti (o ex dipendenti) interessati al fine dell'acquisizione della documentazione sul caso;
- i) acquisire le dichiarazioni da parte degli esercenti le professioni sanitarie direttamente destinatari della richiesta di risarcimento circa l'operatività di eventuali polizze personali con gli estremi delle medesime e relativo testo;
- j) effettuare l'eventuale chiamata in garanzia e manleva e messa in mora di terzi coinvolti nel sinistro (a titolo esemplificativo ditte produttrici e fornitrici di beni e servizi).
- k) raccogliere ogni ulteriore utile dato e documentazione per la trattazione del sinistro;

Nei casi in cui la richiesta di risarcimento danni abbia carattere eccessivamente generico, tale da impedire l'istruttoria del caso, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a notificare a controparte la necessità di integrare la richiesta originale, specificando i requisiti di imputabilità del danno in capo all'Azienda sanitaria e fornendo la documentazione indicata alla lettera d), con avvertimento che in difetto di riscontro entro 15 giorni, l'istruttoria non potrà avere seguito e si procederà alla chiusura della pratica.

Art. 12 – Competenze dell'unità operativa risk management e delle unità operative direzioni mediche ospedaliere

Dopo l'assegnazione per conoscenza del protocollo relativo alla richiesta di risarcimento di danni, l'unità operativa risk management e le unità operative direzioni mediche ospedaliere secondo competenza provvedono direttamente a:

- a) acquisire d'ufficio le cartelle cliniche e ogni altra documentazione e/o informazione clinico-sanitaria;
- b) acquisire le relazioni dei responsabili delle strutture di riferimento con il contributo tecnico, congiunto o disgiunto, degli esercenti le professioni sanitarie che ebbero in cura il paziente nell'ambito dell'evento contestato, preventivamente identificati dal responsabile della struttura. Le citate relazioni mediche dovranno supportare adeguatamente le valutazioni di competenza del risk manager, del consulente medico legale e del legale di fiducia sotto i diversi profili attinenti rispettivamente alla sicurezza del paziente e alla gestione del rischio clinico nonché all'individuazione della strategia difensiva da adottare da parte dell'Azienda nelle eventuali trattative per la definizione stragiudiziale della controversia o del contenzioso mediante:
 1. informazioni circa lo svolgimento dei fatti;
 2. informazioni circa l'eventuale coinvolgimento di soggetti esterni all'organizzazione aziendale (medici con incarico di prestazione d'opera a regime libero professionale, ditte aggiudicatrici di appositi servizi socio sanitari, volontari, tirocinanti, altri soggetti non strutturati);
 3. una puntuale e motivata posizione rispetto alle ipotesi di responsabilità delineate nella richiesta di risarcimento;
 4. una efficace rappresentazione del processo decisionale e della razionalità della condotta posta in essere, offrendo una valutazione specialistica del caso, corredata dalle evidenze delle Linee Guida e/o Best Practice della comunità scientifica;
 5. una eventuale oggettiva rappresentazione delle difficoltà eventualmente incontrate nel percorso diagnostico-terapeutico;
- c) analizzare l'evento e valutare la documentazione relativa al caso con i responsabili dei servizi coinvolti per la ricostruzione delle relative circostanze fattuali e per lo svolgimento di tutte le attività connesse alla gestione del rischio clinico;
- d) inserire i dati e i documenti raccolti nel GSRC, compilando e aggiornando le relative schede;
- e) comunicare a mezzo mail all'unità operativa affari generali e legali e all'Ufficio Unico Sinistri il completamento delle attività.

La raccolta di tutta la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro deve avvenire di norma entro 20 giorni dalla protocollazione della richiesta di risarcimento danni.

Entro 40 giorni dalla protocollazione della richiesta di risarcimento danni, il risk manager, per tutte le richieste di risarcimento danni a prescindere dall'ammontare quantificato, compila la scheda di risk management in GSRC, volta all'analisi del rischio connesso e all'individuazione delle azioni di miglioramento più adeguate e conformi, indicando:

- a) analisi dei fatti e la metodologia di analisi utilizzata;
- b) ogni osservazione utile per la completezza della perizia medico legale interna;
- c) descrizione di cause/fattori;
- d) misurazione della gravità dell'evento e dei rischi connessi in termini di prevedibilità e ripetibilità;
- e) osservazioni e misure correttive proposte ed eventuali attività intraprese o da intraprendere con l'individuazione degli indicatori per la misurazione ex post dell'efficacia delle azioni adottate;

oppure:

- a) valutazioni di rischio clinico non applicabili al caso, specificandone le motivazioni.

Entro 15 giorni dal caricamento in GSRC della perizia redatta dal medico legale o dalla Compagnia Assicurativa, il risk manager aziendale provvede ad integrare la scheda di risk management con:

- osservazioni, misure correttive proposte ed eventuali attività da intraprendere alla luce della perizia medico legale con l'individuazione degli indicatori per la misurazione ex post dell'efficacia delle azioni adottate;
- ovvero riportando una delle seguenti annotazioni:
 - valutazioni di rischio clinico non applicabili al caso anche alla luce della perizia medico legale, specificandone le motivazioni;
 - valutazioni di rischio clinico in corso alla luce della perizia medico legale, che dovranno essere inserite entro i successivi quindici giorni.

Le valutazioni di rischio clinico effettuate dal risk manager devono essere richiamate nel verbale del Comitato Valutazione Sinistri, che indicherà le motivazioni in caso di assenza.

Nel caso in cui il parere del risk manager non sia stato caricato in GSRC e non vi siano altre annotazioni nella scheda di risk management, l'Ufficio Sinistri Aziendale e/o l'Ufficio Unico Sinistri trasmette segnalazione al risk manager aziendale sollecitando il caricamento delle competenti valutazioni.

Completata la raccolta della documentazione di competenza e il relativo caricamento in GSRC, l'unità operativa di risk management e le unità operative direzioni mediche ospedaliere comunicano all'Ufficio Sinistri Aziendale la conclusione delle operazioni.

Tutta la documentazione, ad esclusione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria relativa alle prestazioni specialistiche erogate al reclamante, predisposta e raccolta dal risk manager aziendale e dalle direzioni mediche di ospedale ovvero dalle altre articolazioni aziendali secondo competenza – inserita nell'ambito del procedimento funzionale all'individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria ed includenti valutazioni sulla gestione del rischio clinico ovvero di ordine strategico-difensivo, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo della dinamica degli eventi o valutativo dei profili medico legali della vicenda – non è soggetta a pubblicazione né all'accesso agli atti ai sensi dell'art. 1, commi 538 e 539, della legge 28.12.2015, n. 208, della legge 7.8.1990, n. 241 e della regolamentazione aziendale in materia.

Art. 13 – Fase istruttoria di sinistri particolari

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da una polizza assicurativa contratta precedentemente dall'Azienda sanitaria, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a denunciare alla Compagnia Assicurativa competente il sinistro, attenendosi per la gestione del medesimo a quanto previsto dalla polizza di riferimento; ove si tratti di sinistro già denunciato la gestione prosegue secondo quanto previsto nella succitata polizza.

Nel caso in cui il sinistro sia coperto dalla polizza regionale l'Ufficio Sinistri Aziendale – attenendosi per la gestione del medesimo a quanto previsto dalla polizza di riferimento – provvede all'istruzione del sinistro e a trasmettere al broker assicurativo (ove previsto) o alla Compagnia Assicurativa tutta la relativa documentazione.

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da polizza regionale per la responsabilità civile verso operatori (RCO) l'Ufficio Sinistri Aziendale – attenendosi per la gestione del medesimo a quanto previsto dalla polizza di riferimento – provvede all'istruzione del sinistro e a trasmettere al broker assicurativo (ove previsto) o alla Compagnia Assicurativa tutta la relativa documentazione, tra cui ove presente:

- denuncia inoltrata all'INAIL;
- inquadramento giuridico ed economico del lavoratore;
- verbali degli ispettori dell'Azienda che abbiano accertato violazioni di norme antinfortunistiche;
- eventuale avviso di garanzia nel procedimento penale;
- altre comunicazioni dell'INAIL.

Nel caso in cui il sinistro sia relativo a una delle ipotesi di competenza di Azienda Zero, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede direttamente all'istruzione del sinistro.

Qualora all'esito dell'istruttoria o a seguito di successiva quantificazione di controparte emerga che il sinistro sia coperto da polizza regionale all'uopo attivabile l'Ufficio Sinistri Aziendale denuncerà al broker assicurativo (ove previsto) o alla Compagnia Assicurativa la necessità di prendere in carico la gestione del sinistro, trasmettendo tutta la documentazione istruttoria sino ad allora acquisita.

Parimenti, qualora l'Azienda sanitaria/Assicurato dovesse ricevere, successivamente, la notifica di un invito alla partecipazione alla mediazione o di un atto giudiziario contenenti una domanda quantificata per un importo pari o superiore alla SIR prevista da polizza regionale, l'Azienda sanitaria provvederà a trasferire il sinistro alla Compagnia Assicurativa per la presa in carico della gestione.

Qualora nel corso o in esito alla gestione del sinistro dovesse risultare che lo stesso abbia un valore complessivo contenuto nella soglia della SIR stabilita dalla polizza regionale, la Compagnia Assicurativa provvederà a trasmetterlo all'Azienda unitamente a tutta la documentazione medico legale e peritale acquisita ovvero ad Azienda Zero secondo competenza.

Tutta la documentazione predisposta e raccolta dalla Compagnia Assicurativa o da Azienda Zero o da terzi soggetti in relazione al sinistro e successivamente trasmessa all'Azienda per la gestione della controversia – inserita nell'ambito del procedimento funzionale all'individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria ed includenti valutazioni sulla gestione del rischio clinico ovvero di ordine strategico-difensivo, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo della dinamica degli eventi o valutativo dei profili medico legali della vicenda – non è soggetta a pubblicazione né all'accesso agli atti ai sensi dell'art. 1, commi 538 e 539, della legge 28.12.2015, n. 208, della legge 7.8.1990, n. 241 e della regolamentazione aziendale in materia.

Art. 14 – Chiusura della fase istruttoria del sinistro

La raccolta di tutta la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro deve avvenire di norma entro 20 giorni dalla protocollazione della richiesta di risarcimento danni.

Entro il termine predetto l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a sollecitare i servizi aziendali interessati qualora non abbiamo trasmesso o caricato in GSRC la documentazione di competenza necessaria alla valutazione del sinistro.

Completata l'istruttoria e il caricamento della relativa documentazione in GSRC, l'Ufficio Sinistri Aziendale comunica al servizio di medicina legale e all'Ufficio Unico Sinistri la conclusione della fase istruttoria del sinistro.

Art. 15 – Fase accertativa del sinistro

Ricevuta la comunicazione da parte dell'Ufficio Sinistri Aziendale di chiusura della fase istruttoria, l'Ufficio Unico Sinistri provvede a:

- a) verificare se la documentazione ricevuta necessita di ulteriori chiarimenti, approfondimenti e/o supplementi istruttori;
- b) interfacciarsi direttamente con la controparte e/o con l'Ufficio Sinistri Aziendale chiedendo le opportune integrazioni, che dovranno pervenire entro i successivi 30 giorni;
- c) incaricare – laddove non ricorrano i presupposti per un'immediata valutazione del danno e/o la raccolta della documentazione clinica acquisita risulti conclusa – il medico legale / specialista, all'uopo individuati dall'Azienda, di eseguire e formalizzare una valutazione medico legale della richiesta di risarcimento di danni, che dovrà pervenire entro i successivi 60 giorni;
- d) inviare a controparte la convocazione a visita medico legale oppure, ove ritenuto opportuno, dare comunicazione dell'avvenuta presa in carico del sinistro per la valutazione medico legale sugli atti;
- e) inserire i dati e i documenti di competenza nel GSRC.

Qualora all'esito della fase accertativa emerga che il valore del sinistro superi la soglia della SIR stabilita nella polizza regionale all'uopo attivabile, l'Ufficio Unico Sinistri provvede a darne comunicazione all'Ufficio Sinistri Aziendale che provvederà a notificare il medesimo sinistro al broker assicurativo (ove previsto) o alla Compagnia Assicurativa per la presa in carico e successiva gestione, trasmettendo tutta la documentazione istruttoria sino ad allora acquisita. La gestione del sinistro proseguirà secondo la procedura prevista per la gestione dei sinistri sopra SIR come definita dalla polizza regionale.

Qualora all'esito della fase accertativa emerga che il sinistro rientri nei casi di competenza di Azienda Zero per valore o materia, l'Ufficio Unico Sinistri provvede a darne comunicazione all'Ufficio Sinistri Aziendale che provvederà a notificare il medesimo sinistro ad Azienda Zero per la presa in carico e successiva gestione.

Art. 16 – Fase accertativa di sinistri particolari

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da una polizza assicurativa contratta precedentemente dall'Azienda sanitaria, la fase accertativa del sinistro è svolta dalla Compagnia Assicurativa sulla base di quanto stabilito dalla relativa polizza.

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da polizza regionale, la fase accertativa del sinistro è svolta dalla Compagnia Assicurativa sulla base di quanto stabilito dalla relativa polizza. In tale ipotesi:

- a) qualora a seguito degli accertamenti il valore complessivo del sinistro sia contenuto nella soglia della

- SIR stabilita dalla polizza regionale, la Compagnia Assicurativa provvederà a trasmetterlo all'Azienda unitamente a tutta la documentazione medico legale e peritale acquisita;
- b) qualora, successivamente, l'Azienda dovesse ricevere la notifica di una domanda di mediazione, o di atto giudiziario contenente una richiesta di risarcimento danni quantificata per un importo superiore alla predetta SIR, l'Azienda provvederà a trasmettere nuovamente il sinistro al broker assicurativo (ove previsto) o alla compagnia Assicurativa per la ripresa in carico e la gestione.

Nel caso in cui il sinistro sia relativo a una delle ipotesi di competenza di Azienda Zero, l'Ufficio Unico Sinistri comunicherà all'Ufficio Sinistri Aziendale l'avvenuta conclusione della fase peritale. Quest'ultimo darà comunicazione ad Azienda Zero dell'avvenuta conclusione della fase istruttoria e peritale al fine di consentire la disamina e la proposta di definizione del sinistro.

Art. 17 – Fase peritale del sinistro

Entro 60 giorni dalla comunicazione della conclusione della fase istruttoria del sinistro da parte dell'Ufficio Sinistri Aziendale, l'unità operativa servizio di medicina legale provvede ad eseguire e formalizzare la valutazione medico legale del sinistro.

Il termine di 60 giorni può essere prorogato, su richiesta motivata del perito incaricato e per un tempo determinato e comunque non superiore ad ulteriori 60 giorni, per casi di particolare complessità o per necessità di acquisire ulteriori valutazioni specialistiche o ulteriore documentazione sanitaria.

L'unità operativa servizio di medicina legale segnala, per i casi di particolare complessità, all'Ufficio Sinistri Aziendale l'esigenza di avvalersi di un ausiliario specialistico per l'adozione dei necessari provvedimenti di conferimento dell'incarico al predetto ausiliario.

Nella disamina dei fatti in contestazione il medico legale deve tenere conto dell'analisi, eventualmente effettuata in precedenza dal risk manager aziendale, di tutte le circostanze e dei fattori intervenuti nel verificarsi dell'evento, del processo assistenziale e di cura, del setting organizzativo di riferimento, che possono aver determinato o condizionato il processo decisionale sotteso alla condotta contestata. In tal senso la consultazione del GSRC, in particolare della scheda di risk management contenente anche le considerazioni del risk manager, può fornire importanti descrizioni ed elementi di valutazione peritale, oltre che di un'eventuale responsabilità amministrativa-organizzativa, da inserire nell'elaborato peritale, evidenziando l'eventuale criticità organizzativa.

Le informazioni rilevanti sono ordinariamente desunte dalla documentazione sanitaria raccolta e resa disponibile attraverso il gestionale GSRC.

Si può procedere a visita medico-legale anche al fine di acquisire la documentazione sanitaria in possesso del reclamante nonché per consentire al medico legale di intendere il vissuto, di comprendere le motivazioni dello stesso reclamante o qualsiasi altra informazione utile per la definizione del vicenda.

Laddove ritenuto necessario o comunque opportuno per giungere rapidamente ad assumere convincimenti utili alla definizione del sinistro, il medico legale deve attivare un contatto diretto con i professionisti coinvolti al fine di acquisire ulteriori chiarimenti o elementi di valutazione.

Qualora sia acquisito il parere medico legale di controparte, l'elaborato consulenziale aziendale deve contenere una motivata posizione rispetto alle censure avversarie sia in punto *an* sia in punto *quantum*, evidenziando l'eventuale esposizione di rischio di soccombenza (sia in punto *an* che *quantum*) in sede di eventuale CTU.

Nel caso si assuma impegnata la responsabilità dell'Azienda, la consulenza medico legale deve contenere l'indicazione dei sanitari coinvolti nella condotta lesiva od omissiva. Qualora non sia possibile risalire ai nominativi dalla documentazione medica, con il contributo analitico effettuato dal risk manager, l'elaborato deve indicare in modo puntuale le circostanze in cui si è verificata la criticità che ha dato origine all'evento e al conseguente danno.

Nell'effettuazione delle attività di competenza e del relativo ruolo il medico legale incaricato deve segnalare al risk manager aziendale le eventuali criticità organizzative/funzionali e/o condotte di professionisti sanitarie che possono causare il ripetersi di eventi avversi con possibile danno al paziente,

emerse dall'analisi del caso concreto, ancorché non rilevanti ai fini della valutazione circa la responsabilità impegnata nel caso specifico.

A completamento dell'elaborato, il medico legale provvede alla consegna della perizia mediante la compilazione della relativa scheda di perizia del GSRC e il caricamento del relativo file e dei dati necessari per l'immediata evidenza all'Ufficio Unico Sinistri degli elementi utili per la valorizzazione monetaria del sinistro esaminato.

Completata la propria attività, il servizio di medicina legale comunica all'Ufficio Unico Sinistri la conclusione delle operazioni.

L'elaborato peritale e tutta la documentazione istruttoria – inseriti nell'ambito del procedimento funzionale all'individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria e includenti valutazioni di ordine strategico-difensivo, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo della dinamica degli eventi o valutativo dei profili medico legali della vicenda – non sono soggetti a pubblicazione né all'accesso agli atti ai sensi dell'art. 1, commi 538 e 539, della legge 28.12.2015, n. 208, della legge 7.8.1990, n. 241 e della regolamentazione aziendale in materia.

L'attività del medico legale nella fase peritale del sinistro e nell'eventuale successiva fase contenziosa, essendo riconducibile alla qualifica dallo stesso assunta nell'articolazione organizzativa e funzionale dell'Azienda, costituisce un'attività rientrante nel contesto dei compiti istituzionali, in quanto connessa in maniera diretta o indiretta al rapporto organico tra il dirigente medesimo e l'amministrazione della quale lo stesso cura l'interesse, retribuita secondo le disposizioni stabilite dalla contrattazione collettiva nazionale e aziendale.

Art. 18 – Fase propositiva del sinistro

Entro 30 giorni dal ricevimento dell'elaborato peritale l'Ufficio Unico Sinistri provvede a:

- a) formulare la proposta di definizione del sinistro da sottoporre al Comitato Valutazione Sinistri;
- b) trasmettere i report dei singoli sinistri ai componenti del Comitato per la successiva seduta;
- c) convocare il Comitato Valutazione Sinistri.

Nella seduta il Comitato Valutazione Sinistri effettua le valutazioni opportune sulle proposte di definizione dei sinistri ricevute dall'Ufficio Unico Sinistri, dall'Azienda, da Azienda Zero e dalla Compagnia Assicurativa.

L'originale di ciascun verbale e di ciascuna scheda riassuntiva dei sinistri, archiviato in ordine cronologico, è custodito presso l'Ufficio Unico Sinistri, che provvede tempestivamente a comunicarne il caricamento in GSRC all'Ufficio Sinistri Aziendale per i seguiti di competenza.

Tutta la documentazione istruttoria e la reportistica dell'Ufficio Unico Sinistri – inserite nell'ambito del procedimento funzionale all'individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria e includenti valutazioni di ordine strategico-difensivo, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo della dinamica degli eventi o valutativo dei profili medico legali della vicenda – non sono soggette a pubblicazione né all'accesso agli atti ai sensi dell'art. 1, commi 538 e 539, della legge 28.12.2015, n. 208, della legge 7.8.1990, n. 241 e della regolamentazione aziendale in materia.

Art. 19 – Fase propositiva di sinistri particolari

Nel caso in cui il sinistro sia coperto dalla polizza regionale la Compagnia Assicurativa – a conclusione delle proprie valutazioni istruttorie – provvede a trasmettere all'Azienda il relativo report contenente:

- descrizione dell'analisi e delle valutazioni effettuate del caso;
- indicazione delle motivazioni, in punto di diritto e medico legale, che rendono preferibile la chiusura bonaria del sinistro con relativi conteggi (*an* e *quantum*) o la reiezione dello stesso;
- indicazione dei nominativi dei sanitari che si assumono potenzialmente coinvolti nel sinistro (ai fini della comunicazione ex art. 13 della legge n. 24/2017);
- copia delle relazioni medico legali e delle /relazioni sanitarie acquisite nel corso dell'istruttoria.

Nel caso in cui il sinistro sia relativo a una delle ipotesi di competenza di Azienda Zero, quest'ultima – a conclusione delle proprie valutazioni – provvede a trasmettere all'Azienda il relativo report di cui al

precedente comma.

Entro 5 giorni dal ricevimento l'Ufficio Sinistri Aziendale comunica all'Ufficio Unico Sinistri i report dei sinistri ricevuti dalla Compagnia Assicurativa o da Azienda Zero per l'inserimento nella prima seduta utile del Comitato Valutazione Sinistri.

Tutta la documentazione istruttoria e la reportistica della Compagnia Assicurativa e di Azienda Zero – inserite nell'ambito del procedimento funzionale all'individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria e includenti valutazioni di ordine strategico-difensivo, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo della dinamica degli eventi o valutativo dei profili medico legali della vicenda – non sono soggette a pubblicazione né all'accesso agli atti ai sensi dell'art. 1, commi 538 e 539, della legge 28.12.2015, n. 208, della legge 7.8.1990, n. 241 e della regolamentazione aziendale in materia.

Art. 20 – Fase conclusiva del sinistro

Entro 10 giorni dalla comunicazione del caricamento in GSRC del verbale della riunione del Comitato Valutazione Sinistri e delle relative schede riassuntive dei sinistri l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede alla predisposizione del provvedimento per la presa d'atto da parte della Direzione Aziendale dei pareri espressi dal medesimo Comitato, nonché per l'autorizzazione a procedere alla reiezione della richiesta di risarcimento o alle trattative.

Entro 5 giorni dalla pubblicazione del provvedimento in materia l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a:

- a) dare comunicazione all'Ufficio Unico Sinistri o ad Azienda Zero o alla Compagnia Assicurativa;
- b) notificare – a mezzo PEC (se conosciuta o reperita in elenchi ufficiali quali INI-PEC o altri elenchi simili con sgravio di responsabilità), raccomandata a/r (con indirizzo reperito nella banca dati del personale dipendente e/o convenzionato con sgravio di responsabilità) o raccomandata a mani – agli esercenti le professioni sanitarie, che risultino coinvolti nel caso, la determinazione dell'Azienda di avviare le trattative con la controparte per la composizione bonaria della vertenza, indicando un termine ordinario di 15 giorni entro i quali gli interessati possono manifestare l'interesse a partecipare alla trattativa, ai sensi degli artt. 9 e 13 della legge n. 24/2017;
- c) aggiornare le relative riserve dei sinistri in GSRC sulla base delle determinazioni del CVS.

Ricevuta la comunicazione da parte dell'Ufficio Sinistri Aziendale in merito alle determinazioni dell'Azienda, l'Ufficio Unico Sinistri provvede a:

- a) formalizzare alla controparte il rigetto della domanda risarcitoria, dandone notizia all'Ufficio Sinistri Aziendale;
- b) avviare una trattativa con la controparte finalizzata a verificare le condizioni per una definizione bonaria della controversia sulla base delle condizioni autorizzate dall'Azienda;
- c) redigere e trasmettere a controparte – nel caso in cui la trattativa abbia successo – l'atto di transazione, che sarà restituito all'Ufficio Sinistri Aziendale;
- d) concordare – nel caso in cui la trattativa preveda un risarcimento in forma specifica – con l'Azienda le modalità per l'erogazione delle prestazioni necessarie;
- e) formulare – nel caso in cui la trattativa non giunga a definizione ma permangano margini di negoziazione – una nuova proposta di definizione del sinistro da sottoporre al Comitato Valutazione Sinistri, dandone comunicazione preventiva all'Ufficio Sinistri Aziendale. La nuova proposta di definizione del sinistro terrà criticamente conto dei nuovi elementi emersi nel corso della trattativa con la controparte;
- f) redigere – nel caso in cui l'accordo non sia raggiunto – una nota conclusiva di sintesi, da comunicare all'Ufficio Sinistri Aziendale, nella quale sia dato adeguatamente conto dell'attività svolta e delle motivazioni per le quali non è stato raggiunto l'accordo.

Qualora siano stati individuati gli esercenti le professioni sanitarie o altri soggetti coinvolti nella condotta lesiva od omissiva, l'Ufficio Unico Sinistri prima di avviare le trattative con la controparte attende la scadenza del termine indicato nella comunicazione prevista dalla legge n. 24/2017, fatte salve le situazioni di urgenza collegate ad adempimenti entro termini perentori di procedura processuale civile e/o penale.

Se l'esercente le professioni sanitarie o altro soggetto interessato ha manifestato la volontà di partecipare alle trattative nel termine assegnato, l'Ufficio Unico Sinistri concorda con il medesimo i profili principali della trattativa.

Art. 21 – Fase conclusiva di sinistri particolari

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da polizza regionale, ricevuta la comunicazione del provvedimento per la presa d'atto da parte della Direzione Aziendale dei pareri espressi dal CVS, la Compagnia Assicurativa provvede a:

- a) formalizzare alla controparte il rigetto della domanda risarcitoria, dandone notizia all'Ufficio Sinistri Aziendale;
- b) avviare una trattativa con la controparte finalizzata a verificare le condizioni per una definizione bonaria della controversia sulla base delle condizioni autorizzate dall'Azienda;
- c) redigere e trasmettere a controparte – nel caso in cui la trattativa abbia successo – l'atto di transazione, che sarà restituito all'Ufficio Sinistri Aziendale.

Nel caso in cui il sinistro sia relativo a una delle ipotesi di competenza di Azienda Zero, ricevuta la comunicazione del provvedimento per la presa d'atto da parte della Direzione Aziendale dei pareri espressi dal CVS da parte dell'Ufficio Sinistri Aziendale, Azienda Zero provvede a:

- a) avviare una trattativa con la controparte finalizzata a verificare le condizioni per una definizione bonaria della controversia sulla base delle condizioni autorizzate dall'Azienda;
- b) richiedere all'Ufficio Unico Sinistri – nel caso in cui la trattativa abbia successo – l'atto di transazione, che sarà poi inviato a controparte per la sottoscrizione;
- c) trasmettere all'Ufficio Sinistri Aziendale – nel caso in cui la trattativa non giunga a definizione, ma permangano margini di negoziazione – una nuova proposta di definizione del sinistro con richiesta di discuterla nel Comitato Valutazione Sinistri. La nuova proposta di definizione del sinistro terrà criticamente conto dei nuovi elementi emersi nel corso della trattativa con la controparte.

Art. 22 – Comunicazioni agli esercenti le professioni sanitarie

Nelle comunicazioni agli esercenti le professioni sanitarie interessati al sinistro deve essere specificato che si tratta di comunicazioni obbligatorie ai sensi della legge n. 24/2017, con invito a mantenere riservate le informazioni ricevute, e che la stessa comunicazione non implica un giudizio di responsabilità nei confronti dei destinatari.

Nel caso di sinistro non completamente istruito la comunicazione relativa all'instaurazione del giudizio promosso da controparte deve essere trasmessa ai sanitari individuati dalle unità operative direzioni mediche ospedaliere, che potranno avvalersi della collaborazione del risk manager e del medico legale aziendale.

Nel caso di sinistro istruito la comunicazione relativa all'instaurazione del giudizio promosso da controparte o all'avvio delle trattative deve essere trasmessa ai sanitari indicati nella scheda riassuntiva del sinistro del Comitato Valutazione Sinistri.

Art. 23 – Fase liquidativa e di chiusura del sinistro

Entro 60 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza ovvero nel diverso termine nello stesso stabilito l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede a:

- a) predisporre quanto necessario per l'impegno, la liquidazione, l'ordinazione e il mandato di pagamento dell'importo stabilito;
- b) impartire – nel caso sia stato concordato un risarcimento in forma specifica – le opportune indicazioni per l'erogazione delle prestazioni necessarie;
- c) aggiornare la riserva del sinistro e aggiornare i dati e la relativa documentazione in GSRC;
- d) chiudere il sinistro nel GSRC.

Nel caso in cui il sinistro sia coperto da polizza regionale l'Azienda e la Compagnia Assicurativa provvedono al pagamento di quanto stabilito complessivamente ciascuna per la propria parte.

CAPO IV – GESTIONE PREGIUDIZIALE E GIUDIZIALE DELLE VERTENZE

Art. 24 – Notificazione di atto introduttivo del giudizio

Nel caso di notificazione all'Azienda di un atto introduttivo del giudizio, ricorso per la consulenza tecnica preventiva ex art. 696 e art. 696 bis c.p.c. e altri atti giudiziari civili, domande di attivazione della procedura di mediazione e di negoziazione assistita, relativo ad un sinistro già aperto e per il quale il Comitato Valutazione Sinistri abbia o non abbia ancora formulato il proprio parere, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede tempestivamente a:

- a) verificare la completezza dell'istruttoria del sinistro;
- b) aggiornare il GSRC con l'inserimento dell'atto notificato;
- c) dare comunicazione all'Ufficio Unico Sinistri, ad Azienda Zero e alla Compagnia Assicurativa per l'eventuale seguito di competenza, in particolare per l'acquisizione dell'elaborato medico legale e per la formulazione della proposta di definizione del sinistro da sottoporre al Comitato Valutazione Sinistri, fino agli adempimenti indicati nella fase conclusiva del sinistro;
- d) comunicare, entro 45 giorni dalla ricezione, a mezzo PEC, raccomandata a/r o raccomandata a mani agli esercenti le professioni sanitarie, che risultino coinvolti nel caso, l'atto introduttivo del giudizio, allegando copia del medesimo, ai sensi dell'art. 13 della legge n. 24/2017;
- e) predisporre la deliberazione di incarico al legale per la costituzione in giudizio dell'ente nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Nel caso di notificazione all'Azienda di un atto introduttivo del giudizio relativo ad un sinistro non ancora aperto, l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede tempestivamente a:

- a) creare il fascicolo informatico del sinistro;
- b) effettuare le attività di competenza descritte nella fase istruttoria del sinistro ed eventualmente in quelle successive;
- c) dare comunicazione all'Ufficio Unico Sinistri, ad Azienda Zero e alla Compagnia Assicurativa per l'avvio delle attività di competenza descritte nella fase accertativa del sinistro, nonché per l'acquisizione dell'elaborato medico legale e per la formulazione della proposta di definizione del sinistro da sottoporre al Comitato Valutazione Sinistri, fino agli adempimenti indicati nella fase conclusiva del sinistro;
- d) comunicare, entro 45 giorni dalla ricezione, a mezzo PEC, raccomandata a/r o raccomandata a mani agli esercenti le professioni sanitarie o agli altri soggetti, che risultino coinvolti nel caso, l'atto introduttivo del giudizio, allegando copia del medesimo, ai sensi dell'art. 13 della legge n. 24/2017;
- e) predisporre la deliberazione di incarico al legale per la costituzione in giudizio dell'ente nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Art. 25 – Mediazione, negoziazione assistita e ricorsi ex artt. 696 e 696 bis c.p.c.

Qualora sia notificata all'Azienda un'istanza di mediazione ai sensi del D.Lgs. 4.3.2010, n. 28 o un'istanza di negoziazione assistita ai sensi del D.L. 12.9.2014, n. 132 o un ricorso ex artt. 696 e 696 bis c.p.c. si osservano le disposizioni del precedente articolo in quanto applicabili per analogia.

Art. 26 – Vertenze relative a sinistri gestiti dalla compagnia assicurativa

Nel caso di notificazione all'Azienda di un atto introduttivo del giudizio, ricorso per la consulenza tecnica preventiva ex art. 696 e art. 696 bis c.p.c. e altri atti giudiziari civili, domande di attivazione della procedura di mediazione e di negoziazione assistita, relativamente ad un sinistro gestito dalla Compagnia Assicurativa titolare della polizza precedentemente contratta, l'Azienda provvede a comunicarlo alla Compagnia Assicurativa interessata dal sinistro in osservanza di quanto stabilito nei rispettivi contratti assicurativi.

L'Ufficio Sinistri Aziendale predisporre la deliberazione di incarico al legale fiduciario individuato dalla stessa Compagnia Assicurativa d'intesa con l'Azienda per la costituzione in giudizio dell'ente nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

CAPO V – INCARICHI PROFESSIONALI

Art. 27 – Perizie medico legali e consulenze specialistiche

Nell'ambito del procedimento funzionale all'individuazione di una soluzione compositiva della potenziale controversia risarcitoria, l'unità operativa servizio di medicina legale dell'Azienda provvede all'assegnazione dei singoli sinistri ad un medico legale per l'acquisizione delle competenti valutazioni di

ordine strategico-difensivo, ulteriori rispetto a quelle di carattere strettamente ricognitivo della dinamica degli eventi o valutativo dei profili medico legali della vicenda.

Il medico legale assegnatario si avvale di norma per le consulenze specialistiche delle professionalità interne dell'Azienda.

L'Azienda, su richiesta del medico legale assegnatario, affida gli incarichi a medici legali e/o specialisti esterni all'Azienda stessa per la redazione di perizie in sede stragiudiziale nelle seguenti ipotesi a titolo esemplificativo:

- a) acquisire un secondo parere;
- b) procedere a visita medico legale o specialistica al di fuori dell'ambito territoriale aziendale;
- c) ridurre i carichi di lavoro in rapporto al numero di sinistri da trattare, anche al fine di assicurare la ragionevole durata del procedimento risarcitorio in sede stragiudiziale;
- d) mancanza di figure professionali specialistiche, anche rispetto alla struttura organizzativa aziendale interessata al sinistro.

La redazione delle perizie e/o delle consulenze specialistiche da parte del personale dipendente rientra nell'attività istituzionale, viene effettuata in orario di servizio e per essa non è dovuto alcun compenso al dipendente che ha reso la prestazione.

Se la prestazione è resa da un soggetto non dipendente dell'Azienda il compenso dovuto sarà versato direttamente all'interessato ovvero all'ente pubblico datore di lavoro, nel caso sia applicabile il regime di libera professione intramuraria, secondo la vigente normativa in materia.

Nei procedimenti giudiziari per responsabilità civile o penale o amministrativo-contabile, nonché ove necessario nei procedimenti costituenti condizioni di procedibilità dei giudizi di responsabilità, gli incarichi di consulente tecnico di parte a favore dell'Azienda ovvero del personale beneficiario della tutela legale e peritale ai sensi della contrattazione collettiva sul lavoro sono assegnati, di norma, al personale dipendente e convenzionato.

Conformemente al principio secondo cui il divieto di percepire compensi, stabilito per i pubblici dipendenti assoggettati al regime dell'onnicomprensività del trattamento retributivo, opera inderogabilmente in tutti i casi in cui l'attività svolta dal dipendente sia riconducibile a funzioni e poteri connessi alla di lui qualifica e all'ufficio ricoperto, corrispondenti a mansioni cui egli non possa sottrarsi perché rientranti nei normali compiti di servizio, fermo restando che siffatto principio non esclude che gli stessi dipendenti possano espletare incarichi retribuiti a titolo professionale dall'Amministrazione, ove, però, ne ricorrano i presupposti legali e sempre che non costituiscano comunque espletamento di compiti d'istituto, l'Azienda provvede a stabilire con apposito atto i compensi forfettari da riconoscere al personale dipendente o convenzionato per lo svolgimento dell'incarico conferito.

Nel caso di incarico retribuito l'attività deve essere prestata al di fuori dell'orario di servizio.

È altresì riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per l'espletamento dell'incarico professionale.

Fermo quanto disposto al precedente art. 17 con riferimento al medico legale, per quanto non precisato si rinvia al regolamento aziendale di disciplina degli incarichi legali e peritali.

CAPO VI – SPESE DI GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 28 – Spese di gestione e fondo rischi

Tutte le spese necessarie per la gestione dei sinistri che ricadono nella gestione diretta dell'Azienda (c.d. autoritenzione) costituiscono il costo complessivo del sinistro.

Per costo complessivo del sinistro si intende l'insieme delle spese di natura amministrativa, tecnica e medico legale, relative alla fase stragiudiziale ed alle eventuali fasi pregiudiziale (mediazione) e giudiziale.

La consistenza del fondo per la gestione diretta dei sinistri deve essere calcolata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale, alla SIR e alla eventuale franchigia.

Qualora alla chiusura dell'esercizio sia pervenuta la richiesta di risarcimento danni con conseguente apertura del sinistro, ma esso non sia stato ancora liquidato, è necessario accantonare per ogni esercizio quote destinate a coprire i rischi ancora in corso, da considerare "riserve tecniche" vincolate al soddisfacimento dei risarcimenti per danni denunciati ma non ancora liquidati.

Il fondo da appostare in bilancio dovrà essere calcolato applicando il principio contabile della competenza, in adempimento a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 118/2011, ed essere periodicamente aggiornato in occasione della redazione del bilancio di esercizio.

Art. 29 – Modalità di riservazione e di compilazione dello stato dei sinistri

Ai fini di riservazione e di compilazione dello stato dei sinistri in GSRC devono essere rispettate le seguenti indicazioni funzionali:

- Prima stima

È una stima preliminare della richiesta di risarcimento, utile ad inquadrare il sinistro in attesa di elementi più precisi della perizia medico legale. Pertanto, la Prima stima è esclusivamente un indicatore di massima.

La formulazione della Prima stima è espressa sulla base di valori standard elaborati secondo i dati evinti dal GSRC.

La Prima stima è mantenuta per un massimo di 3 mesi dal ricevimento della richiesta di risarcimento.

L'unità operativa risk management e/o le unità operative direzioni mediche ospedaliere provvedono alla compilazione in GSRC della scheda sinistro – tipologia di danno e conseguentemente l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede alla formulazione della prima stima nella scheda importi.

- Prima riserva

Al termine dei tre mesi, qualora ancora non sia perfezionata la perizia medico legale, si procede con la rideterminazione della prima stima con appostazione della Prima riserva sulla base di una sommaria valutazione medico legale da effettuarsi sugli atti disponibili al momento della valutazione, ivi compresa la relazione del risk manager aziendale.

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

L'unità operativa servizio di medicina legale comunica all'Ufficio Sinistri Aziendale, che potrà avvalersi dell'Ufficio Unico Sinistri, le sommarie valutazioni medico legali per la quantificazione della Prima riserva.

- Riserva

Completata l'istruttoria della richiesta di risarcimento danni e/o all'esito della più approfondita valutazione medico legale si deve procedere all'aggiornamento della Prima riserva, trasformandola in Riserva.

La Riserva rappresenta la valutazione economico quantitativa della richiesta di risarcimento quale risultante all'esito di un processo decisionale, alla luce dei dati istruttori e delle risultanze medico legali ponderando adeguatamente variabili biologiche e giuridiche.

Il CAVS quantifica la riserva del sinistro e l'Ufficio Sinistri Aziendale provvede all'aggiornamento in GSRC.

- Durata massima delle riserve

Nel caso di impossibilità di addivenire alla stipula di una transazione, la Prima Riserva o la Riserva sono confermate per due anni. Decorso tale periodo, in difetto di atti formali del reclamante (istanza di mediazione, atto di citazione, altro), il sinistro andrà considerato senza seguito e la relativa riserva azzerata.

- Sinistro respinto

Qualora, espletata l'istruttoria, sia stata accertata l'assenza di responsabilità nel sinistro, il valore apposto a riserva è azzerato e il sinistro rimane in stato aperto (stato "sinistro respinto") per un anno decorso il quale, in difetto di atti formali del reclamante, sarà indicato come sinistro definitivamente respinto e chiuso.

Diversamente, se espletata l'istruttoria persistono dubbi o residuali ipotesi di responsabilità e sia stato

deciso di respingere il sinistro, la riserva apposta è mantenuta per due anni; a tal fine il sinistro rimane in stato aperto (stato “sinistro respinto”) per un anno decorso il quale, in difetto di atti formali del reclamante, sarà indicato come sinistro “dormiente”; trascorso un ulteriore anno in difetto di atti formali del reclamante, il sinistro verrà indicato come “senza seguito” e chiuso e la riserva azzerata.

- **Sinistro senza seguito**
Sinistro per il quale, completate tutte le attività istruttorie aziendali e/o giudiziali, non è stato effettuato alcun pagamento al terzo a titolo risarcitorio.
- **Sinistro dormiente**
Qualora, dopo l’iniziale richiesta di risarcimento da parte del terzo e la conseguente risposta dell’Azienda o della Compagnia Assicurativa, da almeno 12 mesi dall’invio dell’ultima risposta dell’Azienda o della Compagnia Assicurativa non risulti ricevuta da controparte nessuna nuova comunicazione, lo stato interno del sinistro è da considerarsi dormiente.

CAPO VII – RAPPORTI CON LA CORTE DEI CONTI

Art. 30 – Comunicazioni alla Corte dei Conti

L’Azienda mette a disposizioni della Corte dei Conti tutta la documentazione in proprio possesso che sia utile alla comprensione dei singoli casi di sinistro.

L’obbligo di segnalazione alla competente Procura Regionale presso la Corte dei Conti dei fatti che possano dare luogo a responsabilità è un adempimento inderogabile, che trova il fondamento nelle seguenti fonti normative:

- art. 1 della legge 14 gennaio 1994 n. 20;
- artt. 81 - 86 del R.D. 18 novembre 1923, n. 2440;
- artt. 51 - 56 del R.D. 12 luglio 1934, n. 1214;
- art. 23, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (finanziaria 2003);
- D.Lgs. 26.8.2016, n. 174 (codice di giustizia contabile).

Quest’ultima norma prevede che *“i provvedimenti di riconoscimento di debito posti in essere dalle amministrazioni pubbliche di cui all’art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, sono trasmessi agli organi di controllo ed alla competente procura della Corte dei Conti”*.

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

Alla luce delle suddette fonti normative e giurisprudenziali si dà atto che tutto ciò che attiene alla valutazione degli eventuali profili di colpa grave rientra nella competenza esclusiva del giudice contabile.

Art. 31 – Termini e modalità delle comunicazioni alla Corte dei Conti

Secondo le direttive regionali in materia, l’Ufficio Sinistri Aziendale provvede a trasmettere alla Corte dei Conti, con cadenza quadrimestrale (aprile – agosto – dicembre), le informazioni relative a tutti i risarcimenti pagati per un valore superiore ad euro 5.000,00 con le conclusioni istruttorie, seppur non ravvisanti a giudizio dell’Azienda profili di responsabilità per colpa grave.

Le informazioni relative ai risarcimenti pagati per un importo da euro 1.000,00 ad euro 5.000,00 devono essere inviate alla Procura contabile solo qualora siano state ravvisate, in sede istruttoria, condotte per le quali possano astrattamente ipotizzarsi profili di grave negligenza, imprudenza, imperizia (nota regionale prot. n.119197 del 23.3.2017).

Tutte le comunicazioni indirizzate alla Procura contabile devono essere esclusivamente in formato digitale (preferibilmente in formato .pdf) e inviate all’indirizzo di posta elettronica certificata veneto.procura@corteconticert.it.

La comunicazione si compone di:

- a) un elenco dei sinistri pagati con i seguenti elementi:
 - numero identificativo del sinistro;
 - nome e cognome del danneggiato;
 - descrizione del danno;
 - data del sinistro;
 - data della denuncia;
 - estremi della deliberazione di pagamento;
 - importo liquidato e pagato;
 - data di pagamento bonifico desunta dal CRO – codice riferimento operazione.
- b) scheda riassuntiva dei singoli sinistri sottoscritta dal CAVS;
- c) eventuale relazione medico legale del sinistro;
- d) eventuali sentenze di condanna;
- e) eventuali relazioni di CTU.

CAPO VIII – DISPOSIZIONI FINALI

Art. 32 – Norma di rinvio

Per tutto quanto non previsto dal presente Regolamento si rinvia alla normativa statale e regionale di riferimento.

Art. 33 – Abrogazione di norme

Dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento sono abrogate tutte le precedenti disposizioni in materia emanate dalle ex aziende sanitarie n. 7 di Pieve di Soligo, n. 8 di Asolo, n. 9 di Treviso e dall'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana.

Art. 34 – Entrata in vigore

Il presente Regolamento entra in vigore il 13 giugno 2022.