



REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITA' CIVILE E PROFESSIONALE E PER IL FUNZIONAMENTO DEL CO.VA.SI. DELL'AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

Articolo 1

Oggetto e finalità

Il presente regolamento, in attuazione di quanto disposto con D.C.A. n. 111 del 18/04/2023, disciplina la procedura aziendale di gestione dei sinistri afferente alla responsabilità civile e professionale degli operatori dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone e il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.) dell'Azienda.

Le procedure indicate di seguito sono in ogni caso tese ad assicurare:

1. la sollecita istruttoria, valutazione, definizione ed eventuale liquidazione dei sinistri che tenga conto della tipologia e delle peculiarità della singola fattispecie concreta;
2. l'accurata tracciabilità di tutte le fasi del processo istruttorio, valutativo e decisionale;
3. la collaborazione tra le diverse funzioni aziendali attive nel monitoraggio e nella gestione dei singoli sinistri, avvalendosi in maniera ottimale delle specifiche professionalità necessarie;
4. l'efficacia e l'efficienza gestionale per contenere e minimizzare l'impatto economico in termine di oneri finanziari diretti ed indiretti;
5. la disponibilità di dati e di indicatori utilizzabili nel contesto dei programmi e delle azioni per la prevenzione del contenzioso, per la prevenzione del rischio clinico ed il miglioramento della sicurezza dei percorsi assistenziali dei pazienti.

Articolo 2

Comitato di Valutazione Sinistri

E' operativo presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone Il Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.) ai sensi del D.C.A. n. 111 del 18/04/2023. Il Co.Va.Si. svolge una

funzione strategica, è organismo di primaria importanza nella gestione e liquidazione dei sinistri ed è presieduto da un Coordinatore.

L'attività di gestione dei sinistri, sebbene implichi un coinvolgimento di diversi soggetti e funzioni aziendali, è coordinata dalla U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi che funge, pertanto, anche da promotore e propulsore dell'attività degli altri soggetti, oltre che da raccordo per l'applicazione della presente procedura. Nello specifico la struttura, attraverso tutte le sue articolazioni ivi compreso l'Ufficio legale, riceve e gestisce tutte le richieste di risarcimento e procede alla trattazione dei sinistri con gli utenti. Svolge tutte le attività amministrative legate a tali incombenze, funge da interfaccia con tutte le altre funzioni coinvolte, alimentando, altresì, i database dedicati.

L'Azienda può decidere di affiancare alla predetta U.O.C. la figura del Loss Adjuster.

Articolo 3

Composizione Comitato di Valutazione Sinistri

Il Co.Va.Si., nominato con atto formale della Direzione aziendale, è composto dal:

- ✓ Responsabile dell'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi, che lo coordina, o suo sostituto/delegato
- ✓ Responsabile dell'Avvocatura aziendale o suo sostituto/delegato
- ✓ Responsabile U.O.C. Medicina legale o suo sostituto/delegato
- ✓ Responsabile U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management
- ✓ Direttore Sanitario aziendale o suo delegato

Su decisione del Comitato, per l'esame di specifici casi, possono essere coinvolti i seguenti professionisti:

- ✓ Responsabili delle Strutture coinvolte nell'evento;
- ✓ Personale sanitario o tecnico coinvolto o informato sui fatti;
- ✓ Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;
- ✓ Professionisti dell'area medica, chirurgica o sanità pubblica, anche di altre Aziende sanitarie, con competenze specialistiche inerenti il caso in esame;
- ✓ Rappresentante della Compagnia di Assicurazione (per i sinistri di competenza coperti da polizza);
- ✓ Rappresentante del Broker (per i sinistri di competenza);
- ✓ Professionista esperto in estimo assicurativo e valutazione e liquidazione dei danni (Loss Adjuster) ove presente.

Resta fermo, in ogni caso, che ogni Azienda potrà nominare altri componenti in base alla tipologia del caso trattato.

Articolo 4

Sinistri complessi o di rilevante rischio economico

Per i sinistri di particolare complessità e/o di considerevole rilevanza economica il Co.Va.Si. potrà essere integrato da professionisti di area clinica medica, chirurgica, sanitaria e tecnica con competenze specialistiche inerenti il caso in esame.

Nel caso non fossero disponibili, all'interno dell'Azienda, specialisti nella materia da trattare, o per altri motivi di incompatibilità/opportunità, potrà essere conferito un incarico di consulenza ad uno specialista esterno, previa autorizzazione della Direzione aziendale e previo parere del Comitato Regionale di Valutazione Sinistri (Co.Re.Va.Si.).

Articolo 5

Funzioni Comitato Valutazione Sinistri

Il Comitato Valutazione Sinistri (Co.Va.Si.) è un organismo di natura collegiale, multidisciplinare, consultivo, che svolge le seguenti attività:

1. esamina e valuta le richieste di risarcimento danni in materia di responsabilità sanitaria e di responsabilità civile. Sono, altresì, comprese in tale novero le seguenti funzioni che non hanno carattere tassativo ma meramente esemplificativo:
 - a) le richieste relative a danni provocati nell'ambito dell'attività svolta dai dipendenti dell'Azienda e da altri professionisti che a qualsiasi titolo svolgono attività all'interno della stessa;
 - b) le richieste risarcitorie avanzate nei confronti dell'Azienda e relative a danni provocati nell'ambito dell'attività prestata da tutti i collaboratori dell'Azienda, sia a titolo libero professionale che parasubordinato, ai sensi degli artt. 1228 e 2049 del Codice Civile, salvo il diritto di recupero nelle ipotesi di accertata responsabilità amministrativa e salvo il diritto di regresso dell'Azienda nei confronti dei responsabili ai sensi della normativa vigente;
 - c) le richieste risarcitorie relative a danni provocati nell'ambito dell'attività aziendale cui abbiano partecipato professionisti esterni, anche dipendenti di altre Aziende del SSN, nel rispetto delle clausole del rispettivo contratto d'opera/convenzione, salvo il diritto di recupero nelle ipotesi di accertata responsabilità amministrativa e salvo il diritto di regresso dell'Azienda nei confronti dei responsabili ai sensi della normativa vigente;

- d) le richieste risarcitorie avanzate in riferimento a condotte di professionisti sanitari operanti in regime di convenzione o attraverso la telemedicina, ai sensi della legge n. 24/2017 ove applicabile;
 - e) le richieste risarcitorie avanzate in riferimento a condotte di professionisti sanitari in quiescenza o professionisti stranieri operanti in Italia con il riconoscimento dei titoli.
2. individua una strategia condivisa di gestione del sinistro;
 3. valuta l'impatto economico del sinistro;
 4. valuta le tipologie ed entità di eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali;
 5. formula il parere e/o la proposta di definizione del sinistro;
 6. valuta la partecipazione agli incontri di mediazione, negoziazioni assistite ed accertamento tecnico preventivo ex art. 696-bis c.p.c. ecc.;
 7. esamina le proposte conciliative del giudice ex art. 185 bis c.p.c. nel corso del giudizio;
 8. valuta l'opportunità di proporre appello avverso le sentenze di condanna;
 9. esamina e valuta gli elaborati peritali per eventuale chiusura transattiva;
 10. esamina e valuta ogni altra attività in sede giudiziale per la quale viene richiesto un parere del Comitato.

Articolo 6

Convocazione e validità delle sedute

Il Co.Va.Si. è convocato dal Coordinatore a cadenze variabili, in relazione alla segnalazione dei casi da parte dei soggetti coinvolti nella gestione dei sinistri o a potenziali altre necessità, in ogni caso almeno una volta al mese.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del Co.Va.Si., ai sensi della normativa anticorruzione e trasparenza, preliminarmente all'apertura di ogni seduta, in considerazione dell'O.d.G., i componenti hanno l'obbligo di dichiarare l'assenza di conflitti o cause di incompatibilità e, in caso contrario, ove sussistano cause di incompatibilità e conflitto, devono astenersi dal trattare il caso in discussione. A tal fine ciascun membro sottoscrive, in calce al verbale della seduta o separatamente, apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, ai sensi del D.lgs. n. 39/2013.

Le sedute del Co.Va.Si. potranno svolgersi in videoconferenza o in presenza.

Tutta la documentazione oggetto di valutazione del Co.Va.Si. è da considerarsi dato sensibile e deve essere trattata in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i. e dal GDPR - Regolamento UE n. 679/2016 e s.m.i..

Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al Co.Va.Si., nonché tutta la documentazione ad esse inerenti non potranno né essere divulgate, né trattate, né altrimenti essere riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del Co.Va.Si., né sono generalmente ostensibili su richiesta di parte.

Articolo 7

Attività di segreteria e processo verbale

La Segreteria svolge le attività di carattere amministrativo ed in particolare:

1. provvede all'acquisizione e all'istruttoria dei fascicoli dei sinistri da discutere nel corso delle riunioni del Co.Va.Si.;
2. su indicazione del Coordinatore predispone la convocazione formale della seduta ed il relativo ordine del giorno;
3. provvede alla stesura del verbale, da sottoporre alla firma dei componenti;
4. nel verbale sono sinteticamente indicate per ciascun sinistro le decisioni assunte e le relative motivazioni;
5. nel verbale devono essere elencate le professionalità sanitarie coinvolte nell'iter clinico assistenziale oggetto della richiesta risarcitoria.

Articolo 8

Gestione Sinistri

L'iter istruttorio verrà avviato in caso di ricezione, con qualsiasi modalità (raccomandata, PEC), di una richiesta di risarcimento danni o di atto introduttivo di un giudizio.

In particolare, la decisione del Co.Va.Si. può essere di:

- a) archiviazione del caso per assenza di responsabilità e/o di danno;
- b) riconoscimento di profili di responsabilità (da non aggettivare) e conseguente determinazione economica del giusto risarcimento, alla luce dei parametri applicabili in base alle vigenti disposizioni legislative e ai più recenti orientamenti giurisprudenziali; potrà essere individuata una "forbice" tra valore massimo e minimo al fine di facilitare la trattativa da parte del Loss Adjuster, ove presente, ovvero da parte del delegato individuato dal Co.Va.Si.;
- c) richiesta di ulteriori approfondimenti, sia istruttori documentali sia - se necessario - diagnostico strumentali (convocazione nuova visita a stabilizzazione dei postumi, effettuazione di indagini strumentali a distanza di tempo, acquisizione ulteriore documentazione sanitaria etc.);
- d) eventuali richieste di autorizzazione a definire/rigettare il sinistro proposte dalla Compagnia di Assicurazioni per i sinistri residuali.

Il Comitato ha, inoltre, facoltà di acquisire le relazioni sanitarie e/o di sentire direttamente, per l'esame di specifici casi, i responsabili delle strutture coinvolte e/o il personale coinvolto o informato sui fatti.

L'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi, al ricevimento della richiesta risarcitoria ovvero dell'atto introduttivo del giudizio, trasmette ai sanitari coinvolti nel sinistro apposita comunicazione, ai sensi e per gli effetti e con le modalità previste dall'art. 13 della legge n. 24/17.

Qualora non identificabili i nominativi degli esercenti la professione sanitaria da avvisare, verrà inoltrata specifica richiesta al Responsabile dell'U.O. interessata, da restituire entro 5 giorni dalla sua ricezione.

In caso di ricezione degli atti introduttivi di giudizio (atti di citazione... ecc.) la trasmissione delle generalità dei sanitari coinvolti da parte della struttura sanitaria di riferimento, dovrà pervenire a strettissimo giro ed il mancato riscontro che dovesse precludere i termini dell'informativa ai sensi dell'art 13 L. n. 24/2017, non sarà imputabile all'Ufficio richiedente.

L'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi trasmette all'Avvocatura tutta la documentazione necessaria per la stesura dell'eventuale accordo transattivo.

L'atto transattivo, trasmesso a cura dell'Avvocatura aziendale all' U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi, acquisterà efficacia quando sarà sottoscritto dal Direttore Generale Aziendale e dalle parti e recepito con apposito atto deliberativo.

Per riserve superiori ai 500.000,00 euro necessita il parere consultivo obbligatorio del Comitato Regionale di Valutazione dei Sinistri (CO.RE.VA.SI.).

Articolo 9

Procedure e fasi

Il procedimento per la gestione stragiudiziale e giudiziale dei sinistri è avviato a seguito di:

- A. istanza di risarcimento danni da responsabilità sanitaria inviata da terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali;
- B. istanze di mediazione conciliativa ex D.Lgs. n. 28/2010 e di negoziazione assistita ex L. n. 162/2014;
- C. ogni atto introduttivo di un giudizio, compresi:
 - 1. ricorso per accertamento tecnico preventivo (ATP) ex art. 696-bis c.p.c.;
 - 2. ricorso ex art. 281-undecies c.p.c.;
 - 3. atti di citazione in sede civile e in sede penale quale Responsabile civile;
 - 4. ogni altra comunicazione di dipendenti circa l'avvenuta notifica di verbali di identificazione personale e/o di altri atti riguardanti l'avvio nei propri confronti di indagini giudiziali relative a fatti connessi all'attività

istituzionale in Azienda, nonché comunicazione da parte delle Direzione Medica di Presidio di sequestro di cartelle cliniche.

La richiesta di risarcimento danni presentata dal soggetto danneggiato o suo rappresentante legale o procuratore speciale o generale, o da altri aventi titolo, personalmente o tramite avvocati o altri professionisti all'uopo incaricati, verrà protocollata ed assegnata all'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi.

Qualora la richiesta risarcitoria pervenga direttamente al dipendente/collaboratore interessato, questi dovrà trasmetterla tempestivamente (entro sette giorni dal ricevimento) all'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi per la relativa presa in carico e gestione.

Analogamente dovrà procedersi qualora la richiesta arrivi ad altra Struttura dell'Azienda diversa dall'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi.

Il procedimento si articola nelle tre fasi di seguito indicate:

- ✓ fase istruttoria (art. 10)
- ✓ fase accertativa (art. 11)
- ✓ fase decisoria (art. 12)

Articolo 10

Fase istruttoria

E' volta alla richiesta di acquisizione della documentazione sanitaria, legale e amministrativa e all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante e deve concludersi, di norma, entro 60 giorni dal ricevimento della richiesta.

Al ricevimento della richiesta di risarcimento danni, l'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi provvede:

- ✓ all'analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza (ad esempio: sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc.);
- ✓ alla valutazione formale dell'ammissibilità;
- ✓ alla gestione e presa in carico della richiesta di risarcimento;
- ✓ a contattare le controparti, direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali, sensibilizzandole sulla necessità che producano tutti gli elementi di valutazione al fine di consentire una valutazione completa non solo sulla sussistenza di elementi di colpa, ma anche del danno lamentato, a tal fine richiedendo loro la seguente documentazione:
 - a) eventuale relazione medico legale di parte;
 - b) eventuale ulteriore documentazione sanitaria per prestazioni effettuate in altre strutture sanitarie;
 - c) valutazione in termini percentuali ed economici delle voci di danno richieste con invito a rendere noto ogni elemento utile a

consentire una valutazione completa sull'*an* e sul *quantum* della richiesta;

- ✓ a trasmettere alla controparte il modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e s.m.i. e del GDPR - Regolamento UE n. 679/2016, e ss.mm.ii., - che dovrà essere reinviato debitamente sottoscritto;
- ✓ ad acquisire eventuale procura rilasciata dalla parte al legale.
- ✓ a trasmettere le richieste risarcitorie all'U.O.C. coinvolta e, per conoscenza, alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o Distretto Sanitario interessati, con obbligo di acquisizione di:
 - tutta la documentazione sanitaria necessaria alla trattazione del sinistro (compresa quella iconografica);
 - l'elenco dei professionisti interessati dall'evento con dati di contatto ed eventuali polizze;
 - la relazione concernente l'evento sinistro RCT a firma del Direttore dell'Unità Operativa coinvolta;
- ✓ a trasmettere la pratica all'U.O.C. Medicina Legale, per le attività di competenza. Il Medico Legale incaricato della redazione di consulenza tecnica di parte nell'interesse dell'Azienda, identifica la disciplina dello/degli specialista/i da affiancare in coerenza alle previsioni di cui all'art. 62 del Codice di deontologia medica e all'art. 15 della L. n.24/17 e lo comunica al Direttore Sanitario di Presidio/Distretto Sanitario, che provvede ad identificare lo/gli specialista(i).
- ✓ a trasmettere la pratica all'U.O.S.D. Governo Clinico e Risk Management per l'eventuale attivazione della procedura di gestione eventi clinici avversi e per consentire il monitoraggio del rischio clinico, nonché le correlate e necessarie attività di prevenzione in tutte le articolazioni sanitarie ospedaliere e territoriali dell'ASP di Crotona;
- ✓ a trasmettere la pratica all'Ufficio legale per gli adempimenti di competenza.

Articolo 11

Fase accertativa

La fase accertativa deve concludersi, preferibilmente entro i 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria.

Sulla base della documentazione acquisita, il Medico Legale redige, congiuntamente allo/agli specialista/i, specifica relazione; approfondisce sul piano tecnico le singole contestazioni, tramite ricerca di dati di letteratura e, laddove esistenti, linee guida prodotte da società scientifiche accreditate, *evidence based*, buone pratiche.

Il parere medico-legale potrà essere reso, se necessario e previo consenso del presunto danneggiato, a seguito di visita medico-legale. In questa ipotesi il paziente potrà farsi accompagnare, a proprie spese, da consulente ed avvocato di fiducia; verrà invitato a sottoscrivere una dichiarazione liberatoria per la gestione dei dati sanitari e l'autorizzazione a stampare immagini iconografiche diagnostiche o foto degli esiti documentabili.

Nel corso dell'accertamento può essere richiesto al presunto danneggiato eventuale documentazione utile non in possesso dell'Azienda, o la disponibilità a sottoporsi ad ulteriori accertamenti clinico diagnostici non invasivi (con spese a carico dell'amministrazione se eseguiti in strutture e/o da specialisti dell'Azienda).

All'esito di tali adempimenti, di norma entro i successivi 30 giorni dalla visita e dal completamento della produzione documentale eventualmente richiesta, il medico legale redige una relazione di consulenza che deve contenere le seguenti sezioni:

- ✓ FRONTESPIZIO con anagrafica del paziente, data del sinistro e numero di protocollo della pratica, data della visita, tipologia di comportamenti contestati;
- ✓ ESAME DOCUMENTAZIONE SANITARIA con iter clinico pertinente;
- ✓ ANAMNESI con elettivo riferimento allo STATO ATTUALE;
- ✓ ESAME OBIETTIVO quando possibile corredato da iconografia;
- ✓ CONSIDERAZIONI che prevedono il puntuale esame delle contestazioni, confronto dei comportamenti tenuti con i dati desunti dalla letteratura di riferimento;
- ✓ CONCLUSIONI MEDICO LEGALI con parere sintetico, argomentato, rispetto alla sussistenza o meno di responsabilità, punti di forza, punti di debolezza (completezza della documentazione sanitaria, presenza o meno di consenso specifico alla procedura invasiva);
- ✓ VARIE ED EVENTUALI relative alla tipologia di sinistro (incidente stradale, infortunio INAIL) per le necessarie considerazioni del Co.Va.Si. sulla possibile rivalsa nei confronti dell'Azienda e/o dei suoi operatori e per evitare duplicazioni risarcitorie, specifica valutazione secondo i criteri della invalidità civile per la rivalsa INPS e per documentare lo stato anteriore. Le conclusioni con il riconoscimento di danno alla persona devono sempre riportare i riferimenti ai *barêmes* valutativi medico-legali e indicazione sulla eventuale emendabilità chirurgica degli esiti; congruità e pertinenza delle spese sostenute di cui si richiede il rimborso.

Le relazioni di consulenza sono complessivamente prive di riferimenti ai singoli sanitari coinvolti e non debbono contenere alcun riferimento all'aggettivazione dell'eventuale colpa (imperizia, imprudenza, negligenza).

La relazione di consulenza tecnica di parte, firmata dal medico e dallo/dagli specialista/i verrà inviata all'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi che la sottopone al Co.Va.Si.

Nei casi di danno non dipendente da responsabilità sanitaria, l'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi chiede una relazione, a seconda del tipo di responsabilità contestato, all'U.O.C. Gestione Tecnico – Patrimoniale e al Servizio Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro oppure ad altra struttura competente, che entro massimo 30 giorni dalla richiesta, trasmetterà le proprie valutazioni.

Alla conclusione della fase accertativa, sulla base delle indicazioni fornite dal Co.Va.Si., il Loss Adjuster, qualora presente, ovvero l'Avvocatura aziendale, quantifica il danno in termini di "riserva sinistro" per l'accantonamento del relativo fondo in bilancio.

Articolo 12

Fase decisoria

Il Co.Va.Si. procede alla discussione ed alla valutazione del caso, indicando a verbale la prognosi di "soccumbenza" in ipotesi di giudizio (elevata, probabile, possibile, remota).

In caso ritenga insussistente la responsabilità propone la rieiezione del caso, in attesa delle decisioni di controparte.

Laddove fossero identificati profili di responsabilità, con l'ausilio del Loss Adjuster ove presente o del Legale aziendale designato, procederà alla quantificazione economica del danno, condivisa nel corso della riunione del Co.Va.Si., e proporrà nel verbale la definizione del sinistro con la transazione o con la gestione della controversia in sede giudiziale.

La quantificazione economica del danno, individuata nell'ambito del Co.Va.Si., dovrà essere puntualmente indicata nel verbale della seduta per le successive comunicazioni periodiche all' U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, dell'ammontare delle riserve tecniche per l'accantonamento del relativo fondo in bilancio.

Per la determinazione e l'ammontare della liquidazione del danno si assumono come criteri di riferimento i coefficienti delle vigenti tabelle.

La proposta del Co.Va.Si. di definire bonariamente la lite, effettuata in base alla valutazione della ragionevolezza, logicità e razionalità della proposta rispetto alla richiesta avanzata dall'interessato, nonché in base alla valutazione della convenienza economica della transazione che si intende definire rispetto al rischio di soccombenza e di relativa condanna in giudizio - tenuto conto anche dell'ulteriore eventuale aggravio di oneri per interessi e spese legali - sarà curata dal legale aziendale designato.

Articolo 13

Attività conclusiva

A seguito ed in esecuzione delle decisioni del Co.Va.Si., si potranno verificare le seguenti situazioni:

1. Rigetto della richiesta risarcitoria, con comunicazione della decisione, a cura dell'Avvocatura aziendale, a mezzo raccomandata A/R o PEC al richiedente e/o al suo legale, a firma del Direttore Generale.
2. Inizio trattative di composizione della lite con il richiedente o il suo legale rappresentante, a cura dell'Avvocatura aziendale con il supporto del Loss Adjuster, ove presente, previa comunicazione da parte dell'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi agli esercenti la professione sanitaria interessati, dell'avvio di trattative stragiudiziali (ex art. 13 Legge 24/17), con invito a prendervi parte.
3. In caso di raggiungimento di un accordo tra le parti, l'Avvocatura aziendale procede alla predisposizione dell'accordo transattivo e all'acquisizione di quietanza liberatoria e della documentazione originale delle eventuali spese da rimborsare.
L'atto di Transazione e Quietanza verrà trasmesso dall'Avvocatura aziendale all'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi per il relativo recepimento con apposito atto deliberativo e per la liquidazione dell'importo indicato nell'atto transattivo. L'Avvocatura aziendale procederà alla quantificazione delle spese e degli onorari legali per la successiva liquidazione.
4. Nel caso in cui risulti evidente la responsabilità aziendale e non sia stato possibile raggiungere un accordo transattivo, la pratica verrà nuovamente riportata all'esame del Comitato per valutare l'opportunità di formalizzare l'offerta per iscritto o di proporre differente offerta.

Ove possibile, la reiezione della richiesta ovvero, in caso di acclarata responsabilità, la proposta risarcitoria, deve essere formulata, anche informalmente, entro 6 mesi dalla presa in carico del sinistro. Per i casi complessi tale termine può arrivare a dodici mesi.

I termini sono sospesi:

- ✓ nel caso in cui non sia possibile chiudere l'istruttoria per mancanza della stabilizzazione dei postumi o per necessità di acquisire il referto di accertamenti diagnostici richiesti dalla medicina legale, nonché in caso indisponibilità della documentazione sanitaria (per es. per sequestro giudiziario);
- ✓ nel caso in cui sia stato richiesto il parere del Co.Re.Va.Si.;
- ✓ nel caso in cui il terzo danneggiato o il suo legale non diano positivo riscontro alle richieste avanzate da parte dell'Azienda (per es. mancata produzione di

documentazione in possesso del danneggiato, mancato accoglimento della proposta di visita medico legale senza giustificato motivo, ecc.).

La formale richiesta di visita medica del danneggiato è riportata nel verbale del Comitato e qualora il danneggiato non si presenti senza comunicazioni giustificative a due convocazioni, da effettuarsi con PEC al soggetto e/o al rappresentante legale, impedendo in tal modo la definizione della pratica, la stessa viene archiviata come "senza seguito", riaprendosi in caso di successiva, ulteriore richiesta da parte dell'interessato.

Ad ogni passaggio le strutture aziendali coinvolte procedono all'aggiornamento dei dati di rispettiva competenza su database regionale dedicato, ove esistente.

Articolo 14

Gestione Vertenze e mediazioni

In caso di attivazione della procedura di mediazione il procedimento resta in carico all'Avvocatura aziendale che potrà valutare se aderire o meno alla procedura di mediazione; ove ritenuto necessario è acquisito il parere del Comitato Valutazione Sinistri. E' suggerito, in ogni caso, partecipare attivamente alla procedura di mediazione.

L'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi istruisce il fascicolo e lo trasmette all'Avvocatura aziendale.

Al ricevimento di un'istanza di mediazione, la pratica viene inoltrata all'U.O.C. Medicina Legale unitamente alla documentazione relativa al caso. La relazione medico-legale dovrà essere consegnata di regola prima dell'eventuale riunione del Co.Va.Si. che precede l'incontro di mediazione, al fine di consentire al Comitato di decidere in merito e, comunque, prima dell'incontro di mediazione.

Nel caso in cui risulti impossibile il deposito della relazione medico legale entro i termini di cui sopra o nel caso in cui risulti impossibile per il Co.Va.Si. condividere collegialmente la valutazione del sinistro, si procederà a chiedere il rinvio dell'incontro di mediazione.

In caso di contenzioso giudiziario, l'atto introduttivo del procedimento, ivi compresi quelli sommari e cautelari, di accertamento e istruzione preventiva, anche qualora l'atto introduttivo del giudizio rappresenti la prima richiesta risarcitoria nei confronti dell'Azienda, verrà protocollato ed assegnato all'Avvocatura aziendale che trasmetterà copia dell'atto all'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi, per la predisposizione del fascicolo stragiudiziale.

L'Avvocatura aziendale inserisce i dati nel sistema informatico regionale, ove esistente, determinando una riserva preliminare per l'accantonamento del relativo fondo in bilancio, d'intesa con il Loss Adjuster, ove presente.

In caso di contenzioso giudiziale l'Avvocatura provvede agli ulteriori adempimenti.

Qualora nel corso del giudizio emergano elementi che suggeriscano l'opportunità di revisione della preventivata riserva, l'Avvocatura ne dà tempestiva comunicazione all'U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie e provvede al relativo inserimento nel sistema informatico, ove esistente.

Eventuali proposte conciliative o ipotesi transattive in corso di causa verranno definite a cura del Loss Adjuster, se presente, su proposta dell'Avvocato incaricato, o da questi in caso di assenza del Loss Adjuster, previa acquisizione del parere del Co.Va.Si.

Nel caso in cui venga disposta una Consulenza Tecnica d'Ufficio, sia in corso di giudizio sia in corso di mediazione, tutti i dipendenti hanno l'obbligo di prestare la propria opera come consulente di parte dell'Azienda, qualora siano stati all'uopo identificati.

I Consulenti tecnici di parte (Medico Legale e specialista/i nella disciplina) partecipano alle operazioni di consulenza tecnica d'Ufficio, con diritto al trattamento di missione qualora ne ricorrano le condizioni; al termine delle operazioni di consulenza tecnica, nel rispetto dei termini processuali previsti, redigono le osservazioni alla bozza dell'elaborato d'ufficio e provvedono al loro inoltro all'Avvocato dell'Azienda incaricato della difesa, che le trasmetterà al CTU.

Articolo 15

Richieste risarcitoria avanzate direttamente nei confronti del professionista

L'Azienda provvede anche alla gestione delle richieste risarcitorie avanzate direttamente dal presunto danneggiato nei confronti dei lavoratori, dipendenti o convenzionati, che siano stati citati per fatti di servizio.

A tal fine il lavoratore, che riceva una richiesta risarcitoria o una citazione in giudizio o un avviso di garanzia per atti e/o fatti legati all'attività di servizio, deve tempestivamente (entro sette giorni dal ricevimento) trasmetterne copia all'Azienda, attraverso il protocollo generale, che provvede all'istruttoria e alla gestione della pratica.

L'Azienda non risponderà di trattative gestite direttamente dal lavoratore.

Articolo 16

Obbligo di collaborazione

L'Azienda, qualora abbia contezza che un proprio operatore sanitario dipendente abbia preso parte quale Consulente in una questione contro la medesima Azienda, segnalerà l'accaduto all'Ordine Professionale nonché al competente Ufficio per l'avvio del procedimento disciplinare.

Gli esercenti la professione sanitaria, nella fase istruttoria e in tutti i momenti successivi, con particolare riferimento anche all'eventuale contenzioso giudiziale, sono tenuti a comunicare al Co.Va.Si. tutte le informazioni e le notizie utili per una corretta valutazione dell'evento ed a fornire eventuale documentazione in loro possesso.

Le dichiarazioni reticenti o non veritiere del personale che determinino un'errata valutazione del sinistro possono comportare il diritto a specifica azione di rivalsa da parte dell'Azienda.

La mancanza della richiesta collaborazione da parte dei soggetti interpellati configura un "rifiuto" di atti dovuti e qualora abbia determinato l'impossibilità per l'Azienda e/o per il Co.Va.Si. di determinarsi sui fatti e/o di individuare con precisione tutti gli esercenti la professione sanitaria potenzialmente interessati, comporta la conseguente esposizione a responsabilità amministrativa e disciplinare; potrà, inoltre, essere oggetto di valutazione negativa da parte del dirigente e di segnalazione alla Procura della Corte dei Conti per quanto attiene presumibili profili di responsabilità erariale che dovessero derivare dall'omesso, tardivo o incompleto invio delle comunicazioni ex art. 13 L. n. 24/2017.8

Articolo 17

Riservatezza e istanza di accesso

È fatto obbligo a tutti coloro che intervengono nelle diverse fasi del procedimento di mantenere la massima riservatezza sui casi trattati e sull'esito del procedimento stesso, sia per il rispetto del segreto professionale che a tutela dell'immagine dell'Azienda e dei suoi operatori.

Articolo 18

Accantonamento fondi

L'Azienda deve costituire apposito Fondo destinato alla copertura diretta dei rischi, secondo il piano dei conti, secondo quanto stabilito dal D.lgs n. 118/2011 e le indicazioni fornite dalla Regione.

La consistenza del fondo, in osservanza anche delle linee guida per l'approvazione del bilancio delle riserve sinistri stragiudiziali e giudiziali da responsabilità professionale medica e civile (adottate con Deliberazione aziendale), deve essere dimensionata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale ed alla franchigia nel caso il sinistro ne superi l'importo.

Il fondo da appostare in bilancio viene calcolato applicando il principio contabile della "competenza" e non della "cassa", in adempimento a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 118/11.

Essendo difficile quantificare l'esatto importo del fondo rischi, il quale non potrà che variare in funzione del numero di richieste di risarcimento e di atti giudiziari ricevuti nell'anno di riferimento, in funzione dell'andamento processuale del contenzioso, nonché della relativa quantificazione economica, il fondo stesso andrà rivalutato periodicamente.

Il fondo, comunque, deve essere aggiornato in occasione della redazione del bilancio di esercizio.

Nello Stato Patrimoniale del bilancio di esercizio viene, altresì, previsto uno specifico accantonamento relativo al "fondo rischi per risarcimento danni" nel quale far confluire le "riserve tecniche" stanziare per tutti i sinistri che sono sorti nell'anno e che si definiranno in anni successivi. Si precisa che per la costituzione delle riserve tecniche, l'Azienda potrà avvalersi della figura del Loss Adjuster, ove presente.

Articolo 19

Segnalazione alla Corte dei Conti

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

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

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

I provvedimenti di liquidazione e pagamento saranno trasmessi alla Corte dei Conti a cura dell'U.O.C. Affari Generali, Legali e Assicurativi.