

**REGOLAMENTO PER L'ATTIVITA' DI GESTIONE DEI
SINISTRI E PER IL FUNZIONAMENTO DEL CO. VA.SI.
DELL' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
IN REGIME DI AUTORITENZIONE DEL RISCHIO DA
RESPONSABILITA' CIVILE E PROFESSIONALE**



Articolo 1

Oggetto, scopo e finalità

Il presente Regolamento disciplina la composizione e il funzionamento del Comitato Valutazioni Sinistri dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro, descrive le modalità operative, le responsabilità e i riferimenti utili alla gestione delle attività dello stesso e rileva la procedura aziendale di gestione dei sinistri descrivendone l'intero processo.

Le procedure indicate nel seguito della disposizione sono in ogni caso tese ad assicurare:

1. la sollecita istruttoria, valutazione, definizione ed eventuale liquidazione dei sinistri stabilendo, a tal fine, procedure ad hoc delle singole fattispecie, personalizzate in base alla diversa tipologia ed alle caratteristiche della singola fattispecie concreta;
2. l'accurata tracciabilità di tutte le fasi del processo istruttorio, valutativo e decisionale;
3. la maggiore 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 Valutazione Sinistri

E' istituito presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro un Comitato Valutazione Sinistri (in seguito abbrev. Co.Va.Si.).

L'attività di gestione dei sinistri, sebbene implichi un coinvolgimento di diversi soggetti e funzioni aziendali, è coordinata dalla U.O. Affari Generali e Assicurazioni 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 riceve e gestisce tutte le richieste di risarcimento e procede alla trattazione dei sinistri.

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. la figura del Loss Adjuster.

E' istituito in ambito regionale il Comitato Regionale di Valutazione Sinistri (Co.Re.Va.Si).

Articolo 3

Composizione Comitato di Valutazione Sinistri

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.

Il Co.Va.Si., nominato con atto formale della Direzione aziendale che individua tra i seguenti soggetti anche il coordinatore, è composto dal:

- Responsabile dell'UOC Affari Generali e Assicurazioni o suo sostituto /delegato
- Responsabile dell'Avvocatura aziendale o suo sostituto/delegato
- Responsabile U.O. Medicina legale o suo sostituto/delegato
- Responsabile U.O. Rischio Clinico/Risk Management o suo sostituto/delegato
- 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 (ad esaurimento per i sinistri di competenza);
 - Rappresentante Broker (ad esaurimento 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 l'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 questi siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi, potrà essere conferito un incarico di consulenza ad uno specialista esterno, previa autorizzazione della Direzione aziendale e previo parere del 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 delle Aziende;
 - 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;
 - 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;
 - 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 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. esamina e valuta gli elaborati peritali per eventuale chiusura transattiva.

Articolo 6

Convocazione e validità delle sedute

Il Co.Va.Si. è convocato dal Coordinatore a cadenze variabili, in relazione alle necessità, di norma una volta al mese. Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del Co.Va.Si, ai sensi della normativa anticorruzione e trasparenza, ad apertura di ogni seduta, in considerazione dell'ODG, i componenti hanno l'obbligo di dichiarare l'assenza di conflitti o cause di incompatibilità e, in caso contrario, ove sussistono cause di incompatibilità e conflitto, astenersi dal trattare il caso in discussione. A tal fine, ciascun membro sottoscrive un'apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, ai sensi del D.lgs. 39/2013, comprensiva dell'informativa sul trattamento dei dati personali e di riservatezza.

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 ss.mm.ii. e dal GDPR Regolamento UE 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. predispone la convocazione formale della seduta con il relativo ordine del giorno;
3. provvede alla stesura del verbale da sottoporre alla firma dei componenti che dovrà in ogni caso essere redatto e firmato alla fine di ogni singola seduta, non essendo ammessa alcuna forma di stesura o sottoscrizione posticipata. Nel caso in cui alcuno dei componenti abbia partecipato con modalità telematica (non in presenza) la firma autografa sarà sostituita con firma digitale, se in possesso;
4. nel verbale devono essere elencate le professionalità sanitarie coinvolte nell'iter clinico assistenziale oggetto della richiesta risarcitoria.

Articolo 8

Gestione Sinistri

L'iter istruttorio avverrà 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:

- 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; in particolare, può essere utile l'individuazione di una "forbice" tra valore massimo e minimo al fine di facilitare la trattativa da parte del Loss Adjuster, ove presente;
- 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.

L'U.O. Affari Generali e Assicurazioni trasmette ai sanitari coinvolti nel sinistro apposita comunicazione, ai sensi e per gli effetti e con le modalità previste dall'art. 13 della legge 24/17, invitandoli, in caso di richiesta risarcitoria, a prendere parte alle trattative. Le comunicazioni di cui all'art 13 della Legge 24/2017 sarà inviata: 1) nel caso di atto introduttivo del giudizio, non appena acquisiti i nominativi dalla Direzione Medica di Presidio o dalla Macro Articolazione interessata; 2) nel caso di richiesta risarcitoria qualora il Co.Va.Si si sia espresso per la transazione del sinistro.

Successivamente, l'U.O. AA.GG. e Assicurazioni trasmetterà all'Avvocatura tutta la documentazione necessaria per la stesura dell'accordo transattivo. 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'atto transattivo acquisterà efficacia quando sarà sottoscritto dal Direttore Generale Aziendale e dalle parti.

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, come di consueto, 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. 28/2010 e di negoziazione assistita ex L. 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. 702 c.p.c.;

3) Atti di citazione in sede civile e in sede penale quale Responsabile civile, ricorso per A.T.P.;

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 della 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 in conformità al Regolamento Aziendale in materia di protocollo e gestione della corrispondenza ed assegnata agli uffici preposti.

Qualora la richiesta risarcitoria pervenga direttamente al dipendente/collaboratore non interessato, questi dovrà trasmetterla tempestivamente (entro sette giorni dal ricevimento) agli uffici preposti per la relativa presa in carico e gestione.

Analogamente dovrà procedersi qualora la richiesta arrivi ad altra Struttura dell'Azienda.

Il procedimento si articola nelle fasi di seguito indicate: fase istruttoria (art. 10) fase accertativa (art. 11) e 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. AA.GG. e Assicurazioni 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;
 - d) 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 679/2016, e ss.mm.ii., - che dovrà essere rinviato debitamente sottoscritto;
 - e) eventuale procura rilasciata dalla parte al legale;
- a trasmettere le richieste risarcitorie 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 degli esercenti le professioni sanitarie interessati dall'evento con dati di contatto ed eventuali polizze;
 - ✓ la relazione relativa all'evento sinistro RCT a firma del Direttore dell'Unità Operativa coinvolta.
- a trasmettere la pratica completa all'U.O. Medico 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. 24/17 e lo comunica al Direttore Sanitario di Presidio/Distretto Sanitario, che provvede ad identificare lo/gli specialista(i).

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, specificare la 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'Ufficio preposto che la sottopone al Co.Va.Si.

Nei casi di danno non dipendente da responsabilità sanitaria, l'Ufficio preposto chiede una relazione, a seconda del tipo di responsabilità contestato, al Dipartimento Tecnico e/o 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 "soccombenza" in ipotesi di giudizio (bassa, media, elevata), proponendo:

- in caso si ritenga insussistente la responsabilità, la reiezione del caso;
- laddove fossero identificati profili di responsabilità, si procederà alla quantificazione economica del danno condivisa nel corso della riunione del Co.Va.Si.;
- 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.);
- eventuali richieste di autorizzazione a definire/rigettare il sinistro proposte dalla Compagnia di Assicurazioni per i sinistri residuali.

L' Ufficio preposto avrà cura di comunicare periodicamente alla U.O. Contabilità e Bilancio l'ammontare delle riserve tecniche, individuate nell'ambito del CVS.

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- seguirà l'iter indicato nelle presenti linee guida.

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.
3. In caso di raggiungimento di un accordo tra le parti, l'Avvocatura aziendale procede alla predisposizione dell'accordo transattivo. L'U.O.AA.GG. e Assicurazioni procederà alla liquidazione della somma indicata nell'atto

transattivo, al fine di pervenire al pagamento della stessa, che verrà effettuato previa acquisizione di quietanza liberatoria e della documentazione originale delle eventuali spese da rimborsare.

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 quando:

- 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 si avvarrà dell'assistenza dell'Ufficio Affari Generali e Assicurazioni o altro Ufficio preposto.

E' suggerito, in ogni caso, partecipare attivamente alla procedura di mediazione.

Al ricevimento di un'istanza di mediazione, la pratica viene assegnata all'U.O. Medicina Legale unitamente alla documentazione relativa al caso.

Nel caso in cui risulti impossibile acquisire la relazione medico legale entro il termine fissato per la mediazione, 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, verrà protocollato ed assegnato all'Avvocatura aziendale, che ne darà immediata comunicazione all'Ufficio preposto, cui trasmetterà copia dell'atto, acquisendo, una volta costituito, il fascicolo stragiudiziale. Qualora l'atto introduttivo del giudizio rappresenti anche la prima richiesta risarcitoria nei confronti dell'Azienda, l'Ufficio preposto inserisce i dati nel sistema informatico regionale, ove esistente, e procede alla creazione dell'apposito fascicolo ed all'assegnazione del numero di protocollo della pratica, determinando una riserva preliminare 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'Ufficio preposto, anche al fine del relativo inserimento nel sistema informatico.

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.

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 risarcitorie 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 immediatamente trasmetterne copia all'Ufficio preposto che provvede all'istruttoria e alla gestione della pratica.

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

Articolo 16

Obbligo di collaborazione

Le singole Aziende qualora abbiano contezza che un proprio operatore sanitario dipendente abbia preso parte quale Consulente in una questione contro la medesima Azienda, dovranno segnalare l'accaduto all'Ordine Professionale nonché all'Ufficio di Responsabilità 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.

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.

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" stanziata 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.

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. 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. 174/2016, secondo le indicazioni contenute nella nota 2 agosto 2007 (N. prot. PG 9434/2007/P) della Procura Generale della Corte dei Conti e della nota del 08 maggio 2013 del Procuratore Regionale della Corte dei Conti.