

**S.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO
 S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO
 S.C. QUALITA' E RISCHIO CLINICO
 SS. MEDICINA LEGALE**

REGOLAMENTO DI GESTIONE DEI SINISTRI IN AMBITO RCT

1. Oggetto e scopo

Il presente regolamento disciplina il procedimento di gestione dei sinistri verificatisi nelle strutture dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, di seguito ASST, in coerenza con le strategie aziendali e gli indirizzi regionali in materia.

Nel documento vengono descritte le competenze, le responsabilità e le modalità operative cui dovrà essere improntata l'attività dell'ASST nella valutazione ed evasione delle richieste di risarcimento danni, presentate da terzi per eventi avversi.

L'obiettivo principale che si vuole perseguire è rappresentato dalla raccolta e gestione sinergica delle segnalazioni pertinenti e delle richieste di risarcimento, secondo tempi e modalità tali da veicolare l'evoluzione del contenzioso verso le soluzioni più favorevoli e di minore impatto economico per l'ASST.

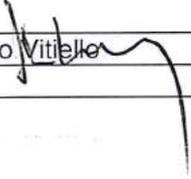
2. Campo di applicazione

La procedura è indirizzata alle seguenti strutture/organismi dell'ASST:

- S.C. Direzione Amministrativa di Presidio;
- S.C. Qualità e Rischio Clinico;
- Risk Manager;
- S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero;
- Comitato Valutazione Sinistri;
- S.S. Medicina Legale;
- S.C. Risorse Finanziarie;
- Direzione Strategica;
- Tutti i sanitari e gli operatori di volta in volta coinvolti.

3. Fonti normative

- Circolare Regionale n. 46/SAN del 27/12/2004, recante gli indirizzi sulla gestione del rischio sanitario;
- Protocollo RLH1.2005.0030204 "Linee guida relative alla circolare 46/SAN" del 03/08/2005;
- Nota DG Sanità RL n. 44309 "Dalla gestione del rischio alle nuove forme di negoziazione per il miglioramento dei servizi assicurativi" del 29/09/2005;
- Delibera VIII/3776 del 13/12/2006 concernente le Regole di Gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'anno 2007, con riferimento a quanto contemplato nell'allegato 10;
- Protocollo RL H1.2011.0007799 "Linee guida sulla mediazione obbligatoria in tema di responsabilità medica" del 11/03/2011;
- Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri allegata alla Circolare Regionale Regione Lombardia prot. H120120036178 del 17/12/2012;
- D.Lgs. n. 28/2010 e D.M. n. 180/2010;

Responsabile del procedimento: dott. Stefano Vitiello 	Rev. n° 1 del 31.01.2019
Pratica trattata da: dott. Stefano Vitiello	Pagina 1 di 12
Deliberazione n. 166 del...201.02/19	

- D.Lgs. n. 81/2008 e s.m.i., attuazione dell'art. 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123, in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- D.Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., recante la disciplina in materia di mediazione civile e commerciale;
- D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- L. 445/2000 e s.m.i., Testo Unico in materia di documentazione amministrativa;
- CCNL Area Dirigenza Medica e Veterinaria del SSN quadriennio 2006 – 2009, stipulato il 17 ottobre 2008, art. 16;
- CCNL Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del SSN quadriennio 2006 – 2009, stipulato il 17 ottobre 2008, art. 18;
- Nota della Corte dei Conti Procura Regionale del 8/05/2013;
- Protocollo RL H1.2013.0014226 "Denunce di danno erariale in materia di responsabilità dei medici operanti presso gli Enti e le Aziende Sanitarie Regionali" del 18.06.2013 in diffusione della nota del Procuratore Generale della Corte dei conti;
- DGR 29/04/2016 n. X/5113 avente ad oggetto "Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute (ATS), delle Aziende Socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU";
- Nota regionale 18/06/2016 prot. H.1.2013.0018017 che trasmette in allegato la circolare del Procuratore capo della Corte dei conti per la Lombardia, in materia di denunce di danno erariale in materia di responsabilità dei medici operanti presso gli enti e le aziende sanitarie regionali";
- Legge Regionale n. 23 del 11/08/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge regionale 30.12.20009 n. 33";
- D.Lgs 26/08/2016 n. 174 "Codice di giustizia contabile, adottato ai sensi dell'art. 20 della Legge 07/08/2015 n. 124";
- Legge n. 24/2017 c.d. Legge Gelli-Bianco;
- DGR 7600/17 (Regole di Sistema 2018);
- Deliberazione del Direttore Generale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda n. 601 del 19/07/2017, recante l'approvazione del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico 2016-2018.

4. Definizioni e abbreviazioni

CVS: Comitato di Valutazione Sinistri

RM: Risk Manager

DITRA: Direzione Infermieristica Tecnica e Riabilitativa Aziendale

RCT/O: Responsabilità civile verso terzi e operatori

UGR: Unità di Gestione del Rischio

URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico

Richiesta di risarcimento

Qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un Organismo di mediazione, nei confronti dell'Azienda e/o nei confronti dei dipendenti sanitari e non.

Richiedente

Soggetto (cittadino/paziente- familiare/erede- dipendente- ente previdenziale- INAIL) che ritenendo di aver subito un danno dall'ASST avanza, direttamente o indirettamente (tramite legale di fiducia, Tribunale per i diritti del malato, associazioni di pubblica tutela), una formale richiesta di risarcimento del danno e/o azione di rivalsa nei confronti dell'ASST.

Parte/Terzi

Persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti.

Danno

Il pregiudizio economico addebitato all'Azienda in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte, lesioni personali o danni a cose.

Danno medical malpractice

Il pregiudizio economico addebitato all'Azienda in conseguenza di un fatto che abbia cagionato lesioni personali, morte, danni a cose, conseguente a prestazione medico sanitaria.

Procedura stragiudiziale

Attività istruttoria, transattiva e di liquidazione sinistri derivanti da RCT per i quali non sia stata avviata un'azione in sede giudiziale.

Mediazione conciliativa

La normativa vigente (D.Lgs. 04/03/2010, n. 28) individua la mediazione conciliativa quale presupposto obbligatorio per poter accedere alla fase giudiziaria.

L'attività è svolta da un terzo imparziale (mediatore) ed è finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, anche con formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.

Consulenza tecnica preventiva ai fini della conciliazione della lite (ATP- art. 696 bis c.p.c.)

L'espletamento di una consulenza tecnica preventiva può essere richiesto ai fini dell'accertamento e della relativa determinazione dei crediti derivanti dalla mancata inesatta esecuzione di obbligazioni contrattuali o da fatti illeciti (art. 696 bis c.p.c.).

Il consulente prima di provvedere al deposito della relazione, tenta ove possibile, la conciliazione delle parti. Se la conciliazione non riesce ciascuna parte può chiedere che la relazione del consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito.

Atto di citazione

Atto del diritto processuale con il quale un soggetto, l'attore, propone una domanda giudiziale nei confronti del convenuto al fine di dare tutela ad una situazione giuridica soggettiva.

Comitato Valutazione Sinistri

Organismo a composizione multidisciplinare, con membri interni ed esterni all'ASST con il compito di analizzare nel dettaglio ogni singolo sinistro e di minimizzare l'impatto economico che potrebbe impegnare l'ASST in futuro, valutando l'opportunità di un equo ristoro, attraverso lo svolgimento delle diverse attività esplicitamente descritte nella presente procedura.

Ascolto e Mediazione dei conflitti

Il Servizio di Ascolto e Mediazione dei conflitti è rivolto ai cittadini ed ai professionisti che hanno vissuto situazioni di elevata conflittualità all'interno dell'ASST.

I mediatori, appositamente formati, offrono un contributo rilevante in ambito aziendale in quanto costituiscono un "filtro" all'evoluzione del contenzioso sanitario, coadiuvano gli operatori aziendali nella conduzione e gestione del rapporto con i pazienti, facilitando la risoluzione di criticità comunicative fra operatori e pazienti.

Software di gestione sinistri

Programma informatico gestionale di riferimento per l'imputazione dei dati riferiti ai singoli sinistri.

5. Compiti e responsabilità delle strutture coinvolte

La tabella seguente sintetizza le principali attività di gestione del contenzioso e le rispettive responsabilità delle Strutture/Organismi coinvolti:

ATTIVITA'	ATTORI							
	DAP	Qualità e Rischio Clinico	Risk Manager	DMP	CVS	Medicina Legale	Risorse Finanziarie	Direzione Strategica
Acquisizione richiesta risarcimento	R	C		C		C		
Apertura del sinistro, numerazione, formazione fascicolo e valutazione richiesta risarcimento	R							

ATTORI	ATTIVITA'							
	DAP	Qualità e Rischio Clinico	Risk Manager	DMP	CVS	Medicina Legale	Risorse Finanziarie	Direzione Strategica
Acquisizione informazioni sanitarie estratte dai data base aziendali	C	R		C		C		
Acquisizione documentazione sanitaria e relazioni sanitarie	C	C		R		C		
Istruttoria legale	R							
Valutazione medico legale	C					R		
Quantificazione danno	C				R	C		
Valutazione richieste risarcimento, proposta di definizione del sinistro	C				R			C
Quantificazione delle Riserve	C				R			
Mediazione Conciliativa, ATP, Giudizio (partecipazione)	R					C		
Segnalazione evento sentinella			R					
Avvio percorsi di audit			R			C		
Transazione stragiudiziale	R				C			C
Pagamenti	C						R	
Rivalsa colpa grave	C				C			R
Segnalazione semestrale alla Corte dei Conti	C							R

ATTIVITA'	ATTORI							
	DAP	Qualità e Rischio Clinico	Risk Manager	DMP	CVS	Medicina Legale	Risorse Finanziarie	Direzione Strategica
Chiusura ed Archiviazione Fascicolo	R							
Flussi informativi e reportistica, ciascuno per la rispettiva competenza	R	R					R	
Contabilizzazione dell'esposizione	C						R	

Legenda: R = responsabile C = coinvolto I = informato

6. Contenuto

6.1 - S.C. Direzione Amministrativa di Presidio

Apertura del sinistro

La S.C. Direzione Amministrativa di Presidio (di seguito DAP) avvia il procedimento per la gestione dei sinistri a seguito di ricezione di richiesta di risarcimento del danno, che a titolo esemplificativo e non esaustivo, può aver luogo secondo una delle seguenti modalità:

- istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente, tramite URP o attraverso rappresentanti legali;
- istanza di Associazioni di pubblica tutela;
- istanza di mediazione da parte di terzi avanti agli Organismi di conciliazione;
- ricorso per consulenza tecnica preventiva ai fini della conciliazione della lite (ATP - art. 696 bis c.p.c.);
- atto di Citazione e Ricorso ex art. 702 c.p.c. in giudizio notificato all'Azienda e/o ai dipendenti/collaboratori per il risarcimento dei danni avanti al Giudice.

Istruttoria

Esame e valutazione della richiesta di risarcimento danni pervenuta.

Per i casi di responsabilità professionale medica (*malpractice*), la S.C. DAP:

- provvede all'apertura del fascicolo cartaceo e del fascicolo informatico, nonché all'aggiornamento del database aziendale, nei quali verrà raccolta tutta la documentazione di pertinenza (documentazione legale/amministrativa, sanitaria, peritale);
- trasmette copia della richiesta di risarcimento danni con mail all'indirizzo di posta elettronica "gestionisinistri@ospedaleniguarda.it", che comprende lo Staff Operativo del Comitato Valutazione Sinistri (v. articoli specifici in seguito);
- invia all'interessato copia dell'atto introduttivo del giudizio o della richiesta di risarcimento ricevuta e chiede, entro 10 giorni e con PEC o raccomandata A.R., che venga attivata la copertura assicurativa personale (laddove esistente), ove la richiesta sia espressamente indirizzata ad un Sanitario (ovvero si accerti dall'esame della documentazione il coinvolgimento di un Sanitario), e apre l'eventuale sinistro assicurativo laddove ci sia una polizza ancora applicabile;
- acquisisce la documentazione clinica e medico legale della parte istante e la sottopone alla valutazione del medico legale dell'ASST;
- acquisisce la valutazione del medico legale dell'ASST sul caso;

- informa con PEC, o raccomandata A.R. il Sanitario coinvolto nell'evento della volontà di definire in via transattiva la posizione, entro 10 giorni dalla decisione stessa;
- aggiorna il database per tutti i casi gestiti dal CVS;
- avvia, parallelamente alla valutazione e trattazione della richiesta di risarcimento del danno, il Servizio di ascolto e mediazione dell'Azienda, se ritenuto utile per la gestione della posizione.

Il direttore della DAP coordina le attività del CVS e dello Staff Operativo, convoca e presiede le riunioni del CVS e garantisce la tempestività delle istruttorie medico legali.

Informa il richiedente dell'impossibilità di trattare la posizione se la richiesta danni è priva di elementi utili ad inquadrare il caso.

Invia riscontro all'utente, di norma entro 30 giorni dalla ricezione della richiesta di risarcimento, confermando la presa in carico della posizione, invitandolo a trasmettere eventuale perizia medico legale di parte, se in suo possesso, e ogni altra documentazione sanitaria relativa a prestazioni rese presso altre strutture, nonché copia della documentazione comprovante le eventuali spese sostenute e quantificazione del danno lamentato.

Per i Sinistri da eventi accidentali:

nei casi di cadute, danneggiamenti di beni aziendali, furti e/o smarrimenti, la DAP avvia un'indagine interna per acquisire presso le Strutture interessate (Ufficio tecnico, S.C. DMPO e S.C. DITRA) tutti gli elementi utili alla ricostruzione dell'evento (relazione tecnica sullo stato dei luoghi, fotografie, preventivi, fatture, dichiarazioni e testimonianze, indicazioni sulla relativa competenza – se dell'ASST o, ad esempio, se di una ditta esterna).

In caso di smarrimenti e furti, dopo la denuncia all'Autorità Giudiziaria da parte del Direttore/Responsabile delle SS.CC. o dei Dipartimenti interessati, chiede di regola agli interessati eventuali dichiarazioni testimoniali e acquisisce le procedure e i protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali).

6.2 - S.S. MEDICINA LEGALE

La S.S. Medicina Legale analizza le richieste di risarcimento e/o istanze di mediazione, i ricorsi 696 bis c.p.c., gli atti di citazione inviati dalla DAP e, laddove non espressamente indicato, fornisce alla DAP, di regola entro 30 giorni dal ricevimento, una valutazione medico-legale sul caso, evidenziando le percentuali di danno, le eventuali responsabilità e il rischio di soccombenza nonché tutti gli elementi utili per minimizzare l'impatto economico e in generale per concordare la scelta delle strategie.

Se ritiene necessaria una visita medico legale, invita la DAP a contattare il paziente o il legale che lo rappresenta.

Acquisisce ogni atto che riterrà necessario ai fini dell'inquadramento medico legale.

La S.S. Medicina Legale, previa informazione alla S.C. DMPO, procede a rapportarsi con il personale sanitario direttamente coinvolto, per approfondire aspetti emersi nella relazione sanitaria o correlati a specifiche contestazioni mosse da controparte. Se del caso, i necessari chiarimenti o approfondimenti possono essere richiesti anche al Direttore/Responsabile della struttura coinvolta.

6.3 - RISK MANAGER

Il Risk Manager verifica l'eventuale presenza degli estremi necessari alla segnalazione di evento sentinella.

Attiva dei percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti.

Trasmette alla Direzione Strategica con periodicità semestrale ovvero, ove occorra, nell'immediato, un report sintetico descrittivo dell'andamento dei sinistri.

6.4 - S.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO

La S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero provvede, entro 7 giorni dalla conoscenza dell'evento, a chiedere agli operatori coinvolti una relazione scritta sul caso.

Trasmette alla S.S. Medicina Legale e alla DAP, entro 15 giorni dalla richiesta, la relazione clinica dell'operatore/i coinvolti e la documentazione sanitaria/cartella clinica relativa al/i ricovero/i del paziente e ogni ulteriore utile documentazione per una compiuta istruttoria del caso.

6.5 - S.C. QUALITÀ E RISCHIO CLINICO

La S.C. Qualità e Rischio Clinico trasmette alla DAP e alla S.S. Medicina Legale, entro 5 giorni o entro il diverso termine stabilito dalle Autorità competenti, tutte le informazioni estratte dai database aziendali necessarie ad una prima valutazione del caso (lettere di dimissione, file delle schede di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso e referti di visite specialistiche e se necessario copia della cartella clinica).

Cura i flussi informativi e la reportistica degli eventi di sua competenza.

6.6 - SANITARI COINVOLTI

I Sanitari coinvolti in una vicenda di presunta responsabilità medica (in caso di mancata identificazione, il Direttore della Struttura di riferimento), ricevuta la richiesta di relazionare in merito all'evento, provvedono:

- a redigere una dettagliata relazione sui fatti contestati, entro 7 giorni dalla ricezione della richiesta della S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero;

- a segnalare il caso alla propria Compagnia Assicuratrice, ex art. 1913 Cod. Civ., e trasmettere copia della predetta comunicazione alla DAP con tutti i riferimenti utili (riferimenti della Compagnia, copia della polizza e n. di sinistro), entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

Il Sanitario, raggiunto direttamente da richiesta di risarcimento/istanza di mediazione/ATP/atto giudiziario o avvio di inchieste da parte delle autorità competenti, dovrà, entro 7 giorni dal ricevimento, darne avviso scritto alla DAP e alla S.C. DMPO per le determinazioni e gli atti conseguenti, nonché denunciare il sinistro alla propria Compagnia Assicuratrice, laddove esistente, e fornirne copia alla DAP. Il personale che omette di adempiere all'obbligo di avviso incorre nelle conseguenze che derivano dall'esercizio del diritto di rivalsa nei suoi confronti.

6.7 IL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) è un organismo a composizione multidisciplinare formato dai membri interni dell'Azienda specificati nel presente Regolamento.

Il compito di tale Organismo è quello di analizzare nel dettaglio ogni singolo sinistro al fine di minimizzare l'impatto economico dei sinistri sul bilancio aziendale e valutare l'opportunità di un equo ristoro del danno. La relazione medico-legale sarà la base della presentazione di un quadro generale al CVS sul rischio di soccombenza.

All'interno del CVS vengono valutati con il supporto di tutti i componenti, ciascuno secondo le specifiche competenze:

A) le strategie di gestione del sinistro che, in funzione del caso, possono essere:

- necessità di acquisire ulteriore documentazione e/o relazioni, interne o esterne;
- necessità di sottoporre il paziente a visita medico-legale, se non è stata ancora effettuata;
- necessità di consulenza specialistica interna ovvero richiesta al paziente di effettuare ulteriori esami, anche presso le strutture dell'Azienda, per analizzarne le condizioni;
- avvio di un percorso di mediazione e ascolto interno alla Struttura;
- attesa degli sviluppi dell'eventuale procedimento penale e/o civile in corso.

In tali casi il sinistro verrà valutato in una seduta successiva non appena acquisite le informazioni/documentazione richieste.

B) gli aspetti relativi alle responsabilità, al nesso di causa e alla valutazione dei danni patrimoniali e non patrimoniali.

C) la definizione dell'*an* e del *quantum debeatur* (se e quanto pagare per il sinistro di riferimento).

Composizione del CVS:

Coordinatore responsabile: Direttore S.C. Direzione Amministrativa di Presidio	
Staff Operativo: uno o più delegati della S.C. Direzione Amministrativa di Presidio, Risk Manager, uno o più componenti della S.S. Medicina Legale, il Direttore della S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero o suo delegato	
Membri del comitato	Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero Direttore S.C. Qualità e Rischio Clinico
	Responsabile URP
	Tre Rappresentanti espressi dal Collegio di Direzione individuati fra i componenti della rete dei Referenti del rischio clinico
	Direttore S.C. DITRA
	Responsabile S.S. Medicina Legale Medico Legale S.S. Medicina Legale

Modalità Operative del CVS

Il CVS si riunisce collegialmente, almeno una volta al mese, previa convocazione del Coordinatore, nelle date stabilite di volta in volta. La convocazione dei componenti avviene mediante mail contenente l'ordine del giorno dei casi da trattare, trasmessa almeno 7 giorni prima della data fissata per la riunione.

Il Coordinatore può invitare a sua discrezione uno o più specialisti esperti nelle materie oggetto di discussione.

Il Comitato si avvale di uno Staff Operativo che gestisce l'attività preparatoria e quella conseguente ai lavori del CVS. Lo Staff, che si riunisce di regola ogni 15 giorni, individua ove possibile i soggetti coinvolti nell'evento e formula una prima ipotesi di gestione del caso. Lo Staff partecipa a tutte le riunioni del Comitato.

Per ogni segnalazione presa in carico, lo Staff Operativo del CVS provvede all'inserimento dei dati secondo il format del database Regionale integrato con i dati rilevanti ai fini del rischio clinico se presenti.

Linee di indirizzo regionali e strumenti per il raggiungimento degli obiettivi:

Il CVS, nello svolgimento della sua attività, segue le vigenti Linee di indirizzo di Regione Lombardia, adottando gli strumenti riepilogati nella seguente tabella:

Linee di indirizzo regionali	Strumenti
Prevenzione del contenzioso e del relativo impatto economico	Sviluppo di politiche di informazione, dialogo e conciliazione tra operatori sanitari ed utenza che prevengano il reclamo e il contenzioso
Organizzazione della raccolta di informazioni, indispensabili alla gestione dei sinistri,	- Individuazione delle informazioni utili - Raccolta dei dati

<p>garantendo il rispetto degli obiettivi di mappatura riportati nella circolare 46/san del 27/12/2004</p> <p>Integrazione delle procedure di rilevazione e raccolta dei dati necessari ad una efficace gestione dei sinistri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimento ed aggiornamento del flusso "Mappatura dei rischi RCT/O" - Monitoraggio degli eventi - Centralizzazione delle segnalazioni e dei reclami, categorizzati secondo criteri prestabiliti, meritevoli di attenzione per analisi e tempestiva gestione - Integrazione del flusso informativo con tutte le altre informazioni considerate necessarie al caso - Definizione di tempi, modalità e responsabilità per la raccolta della documentazione sanitaria relativa al sinistro
<p>Pronta valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità, che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare nel contenzioso giudiziario</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione dell'evento con rispetto dei tempi e delle modalità previste. - Scelta della procedura per la gestione del singolo evento
<p>Valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni (in termini di responsabilità e impatto economico) arrecati a terzi con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri (anche in un'ottica preventiva)</p>	<p>Istruttoria dell'evento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Categorizzazione delle tipologie di eventi - Categorizzazione delle tipologie di danno - Definizione di tempi, attori e modalità del processo di valutazione
<p>Verifica dei database esistenti ed eventuale proposta di integrazione, al fine di renderli efficaci per la gestione delle statistiche sinistri necessarie al mercato assicurativo o ad altri soggetti che gestiranno in futuro i rapporti con i pazienti danneggiati</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione con tempi e modalità da definire delle informazione del database - Costruzione di un report - Mantenimento ed aggiornamento del flusso "Mappatura dei rischi RCT/O" - Monitoraggio degli eventi e dei sinistri - Integrazione del flusso informativo
<p>Gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali per una composizione stragiudiziale della vertenza, al fine di</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione di un percorso di comunicazioni periodiche agli interessati

addivenire ad un accordo diretto Azienda – danneggiato	- Condivisione con le Direzioni degli avanzamenti delle trattative in corso
Contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale o di altri strumenti di gestione delle richieste di risarcimento danni	- Formulazione di proposte per la politica della copertura assicurativa aziendale o predisposizione di altri strumenti di gestione delle richieste di risarcimento

Esito della valutazione del CVS

Il CVS, in relazione alle risultanze istruttorie:

- respinge la domanda risarcitoria nelle ipotesi in cui non venga riscontrata la responsabilità dell'ASST Niguarda o nel caso in cui ci sia responsabilità, ma nessun danno riscontrato;
- può decidere di restare in passiva attesa;
- discute la definizione dei casi da punto di vista della sussistenza della responsabilità e delle ricadute economiche;
- propone la definizione del sinistro con la transazione o con la gestione della controversia giudiziale;
- quantifica il danno e gli importi delle riserve;
- chiude il sinistro senza seguito per inattività di controparte per più di 18 mesi dalla prima richiesta;
- individua – di norma e salvo i casi di urgenza – i nominativi degli esercenti la professione sanitaria a cui indirizzare la comunicazione di cui all'art. 13 della Legge n. 24/2017;
- chiude il sinistro previa ricezione dall'Autorità Giudiziaria della notizia di archiviazione del procedimento penale;
- acquisisce ulteriori approfondimenti del caso;
- condivide e approva anche *ex post* la nomina del consulente tecnico clinico-specialista (scelto, se possibile tra le risorse interne all'azienda, nell'ambito della disciplina cui si riferisce l'evento di danno) che affianca il consulente medico legale interno ogniqualvolta il caso lo richieda, qualora sia stato avviato un procedimento giudiziale civile in cui risulti convenuta l'Azienda.

Di ciascun incontro viene redatto apposito verbale, firmato da tutti i componenti del CVS, con l'evidenza delle decisioni assunte per ogni sinistro esaminato.

Ogni decisione del CVS che comporti una spesa per l'ASST viene sottoposta alla valutazione e autorizzazione del Direttore Generale.

Qualora la definizione di un sinistro non venga autorizzata, il Direttore Generale ha la facoltà di proporre al CVS un ulteriore approfondimento del caso.

Integrazione con le attività dell'Unità Gestione del Rischio (UGR)

Attraverso una funzione di coordinamento tra le attività del CVS e dell'UGR, i dati gestiti dal CVS relativi alle richieste di risarcimento saranno resi disponibili e integrati con le informazioni e i dati provenienti da altre fonti, al fine di ottimizzare il lavoro di valutazione dei rischi a livello aziendale, e consentire all'UGR di sviluppare idonee ed efficaci azioni di miglioramento e riduzione dei rischi.

7. Pagamenti

La DAP, previa autorizzazione al pagamento sottoscritta dal Direttore Generale, liquida nel sistema amministrativo contabile i documenti di spesa per il pagamento da parte della S.C. Risorse Finanziarie dei risarcimenti entro i termini previsti nella sentenza dell'Autorità Giudiziaria o nell'atto di transazione.

8. Chiusura e archiviazione fascicolo

Saranno a carico della DAP l'archiviazione e la responsabilità della tenuta del fascicolo.

9. Acquisizione delle polizze personali di RCT

La DAP provvederà a richiedere gli estremi delle polizze personali nei seguenti casi:

- ogni qualvolta il nominativo di un operatore sia specificatamente indicato nella richiesta di risarcimento o in un atto giudiziario;
- nel caso in cui, in corso di istruttoria o a definizione del sinistro, emerga una responsabilità specifica.

L'art. 1910 c.c. prevede: "se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro l'assicurato deve dare avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori".

10. Azione di rivalsa per colpa grave

L'ASST eserciterà l'azione di rivalsa nei casi e secondo le modalità previste dall'art. 9 della Legge n. 24/2017 Bianco – Gelli:

1. L'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave.
2. Se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un anno dall'avvenuto pagamento.
3. La decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio.
4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa.
5. In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria sociosanitaria pubblica, ai sensi dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, o dell'esercente la professione sanitaria, ai sensi del comma 3 del medesimo articolo 7, l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, fermo restando quanto previsto dall'articolo 1, comma 1-bis, della legge 14 gennaio 1994, n. 20, e dall'articolo 52, secondo comma, del testo unico di cui al regio decreto 12 luglio 1934, n. 1214, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato. L'importo della condanna per la responsabilità amministrativa e della surrogazione di cui all'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche, non può essere preposto ad incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti e il giudicato costituisce oggetto di specifica valutazione da parte dei commissari nei pubblici concorsi per incarichi superiori.
6. In caso di accoglimento della domanda proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria privata o nei confronti dell'impresa di assicurazione titolare di polizza con la medesima struttura, la misura della rivalsa e quella della surrogazione richiesta dall'impresa di assicurazione, ai sensi dell'articolo 1916, primo comma, del codice civile, per singolo evento, in caso di colpa grave, non possono superare una somma pari al triplo del valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.

Il limite alla misura della rivalsa, di cui al periodo precedente, non si applica nei confronti degli esercenti la professione sanitaria di cui all'articolo 10, comma 2.

7. Nel giudizio di rivalsa e in quello di responsabilità amministrativa il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel giudizio instaurato dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria o dell'impresa di assicurazione se l'esercente la professione sanitaria ne è stato parte.

La DAP provvede alla comunicazione al personale identificato dell'esercizio dell'azione di rivalsa nel caso in cui la Corte dei Conti ritenga sussistano gli estremi per l'attribuzione di responsabilità per colpa grave a carico del personale coinvolto.

L'ASST esercita in ogni caso il diritto di rivalsa nei confronti del dipendente nelle ipotesi in cui si sia accertato, con sentenza passata in giudicato, che il danno sia stato commesso con dolo o colpa grave.

11. Responsabilità amministrativo-contabile

La liquidazione dei sinistri che comporti l'esborso di oneri a carico dell'ASST è oggetto di segnalazione al Collegio Sindacale e alla procura della Corte dei Conti a cadenza semestrale mediante l'invio da parte della DAP di un report riepilogativo dei sinistri risarciti nel semestre precedente. Tale comunicazione, sottoscritta dal Direttore Generale, verrà inviata alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti – Sezione giurisdizione della Lombardia – Milano. La segnalazione deve contenere un sintetico inquadramento del caso, la richiesta iniziale di risarcimento e la cifra complessiva oggetto di esborso.

12. Periodo di validità del documento

Il presente Regolamento ha effetto dalla data di pubblicazione della delibera di approvazione e avrà validità triennale, in assenza di mutamenti normativi/legislativi e/o di condizioni che renderanno necessarie modifiche dei contenuti, tali da determinarne un aggiornamento anticipato.