REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

9^ legislatura

Struttura amministrativa competente:
Segreteria regionale per la Sanità

			P	A
Presidente	Luca	Zaia		
Vicepresidente	Marino	Zorzato		
Assessori	Renato	Chisso		
	Roberto	Ciambetti		
	Luca	Coletto		
	Maurizio	Conte		
	Marialuisa	Coppola		
	Elena	Donazzan		
	Marino	Finozzi		
	Massimo	Giorgetti		
	Franco	Manzato		
	Remo	Sernagiotto		
	Daniele	Stival		
Segretario	Mario	Caramel		

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 573del 10 maggio 2011

OGGETTO: Approvazione di linee guida per la gestione diretta, da parte delle Aziende ULSS ed ospedaliere della Regione del Veneto, dei sinistri di responsabilità civile verso terzi. Deliberazione n. 8 CR del 1° febbraio 2011.

NOTE PER LA TRASPARENZA: Il provvedimento delinea una nuova modalità di gestione, affidata direttamente alle Aziende del SSR, degli eventi di danno in ambito sanitario, prevedendo il trasferimento al mercato assicurativo esclusivamente dei danni per un importo eccedente € 500.000,00.

L'assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Il Servizio Sanitario Regionale assicura al cittadino prestazioni di elevata complessità e specializzazione; la specificità di ciascun caso clinico, la presenza di modelli organizzativi e gestionali differenziati nelle diverse Aziende ULSS del Veneto, nonché la crescente attenzione alle problematiche attinenti alla salute da parte della popolazione, rendono la sanità un sistema particolarmente complesso e come tale, esposto in modo significativo al rischio di errore od incidente.

Attesa l'impossibilità di eliminare l'ipotesi di errore, tradizionalmente, le Aziende ULSS ed ospedaliere della Regione del Veneto – con soluzione peraltro non dissimile da quanto adottato sulla gran parte del territorio nazionale - hanno provveduto alla stipula di apposite polizze assicurative di responsabilità civile verso terzi provvedendo, pertanto, a trasferire alle Imprese di assicurazione il rischio clinico preventivamente monetizzato nel premio assicurativo.

L'esperienza maturata anche attraverso l'attività di monitoraggio svolta negli anni, ha portato la Regione del Veneto a riscontrare nella soluzione adottata, accanto al beneficio di predeterminare il costo del rischio, sostanziato nel premio corrisposto alle Compagnie, anche significative criticità.

Tra queste, la prima è conseguente all'orientamento giurisprudenziale prevalente nel corso degli anni, favorevole a riconoscere ampie liquidazioni in dipendenza di sinistri in sanità, amplificando progressivamente i titoli di danno riconosciuti, cui è corrisposto in parallelo un aumento, più che proporzionale, dei premi assicurativi che le Aziende sanitarie sono state chiamate a versare per la copertura dei rischi.

Il precitato orientamento risulta, altresì, correlato al progressivo e costante incremento delle richieste risarcitorie connesse alla cosiddetta "mal pratica medica", prodotto da una sempre più matura e diffusa consapevolezza sociale del ruolo del sistema sanitario, valutato in termini di qualità ed efficacia delle prestazioni rese.

Il convergere dell'incremento continuo delle richieste risarcitorie e del loro effettivo riconoscimento in sede di giudizio, ha provocato la crescente difficoltà riscontrata dalle Aziende ULSS nel reperire coperture assicurative adeguate al rischio da allocare, espressive di una concorrenza effettiva tra soggetti privati; diversamente, i dati emergenti dalle recenti procedure ad evidenza pubblica svoltesi nell'ambito regionale hanno fotografato una crescente chiusura del mercato assicurativo, che pare dettare condizioni contrattuali sempre più onerose in termini di costi e di minor estensione delle coperture proposte, cui la parte pubblica deve suo malgrado aderire.

A tali negative riflessioni, vanno inoltre considerati i numerosi casi di disdetta intimata, anche nel corso del 2010, dalle Compagnie assicuratrici prima dell'effettiva scadenza contrattuale (Aziende sanitarie nn. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 14, 16, 20, 21, 22 e Azienda Ospedaliera di Padova), seguiti già da alcune nuove negoziazioni a condizioni estremamente gravose per le Aziende sanitarie sotto il profilo economico-normativo (a titolo di esempio, per citare alcune variazioni a valere per il 2011, Azienda ULSS n° 4 Alto Vicentino dal premio annuo di €. 1.490.000,00 –fisso- al premio annuo di €. 3.120.000,00, soggetto a regolazione; Azienda ULSS n° 5 Ovest Vicentino dal premio annuo di €. 1.490.000,00 –fisso- al premio annuo di €. 2.385.750,00, soggetto a regolazione; Azienda ULSS n° 6 di Vicenza dal premio annuo di €. 2.570.000,00 –fisso- al premio annuo di €. 6.000.000,00, soggetto a regolazione).

Per altro verso, da un angolo visuale prettamente gestionale, si rileva che il trasferimento totale del rischio clinico a soggetti terzi potrebbe comportare un allentamento della vigilanza sulla sinistrosità nelle Aziende sanitarie, al quale potrebbe conseguire una minore efficacia degli interventi volti a prevenire l'occorrenza di sinistri.

Ciò premesso in termini di analisi del fenomeno, l'art. 6 della L.R. Veneto n. 15/2009, al fine di contenere i costi assicurativi legati ai sinistri in ambito clinico, affida alla Giunta Regionale l'onere di formulare un progetto finalizzato alla creazione di un fondo regionale dedicato alla liquidazione diretta dei danni da responsabilità civile in ambito clinico nel limite di euro 500.000,00.

In attuazione del precetto normativo, la competente Segreteria regionale ha condotto un'analisi dei modelli organizzativi, gestionali ed economici, adottati anche da altre Regioni italiane - nello specifico Toscana, Friuli Venezia Giulia e Piemonte - modalità mutuabili anche dal sistema sanitario regionale.

L'approfondimento condotto dalla Segreteria ha evidenziato come la gestione diretta dei sinistri, affidata a ciascuna Azienda ULSS nei limiti economici predetti, consenta innanzitutto di responsabilizzare Strutture ed operatori, innescando un processo virtuoso idoneo a far crescere la consapevolezza degli eventi di danno, l'analisi dei fattori di rischio e, conseguentemente, nel tempo, le azioni più efficaci a prevenire i sinistri medesimi, in linea con le determinazioni in parallelo già assunte dalla Regione del Veneto, anche in ambito aziendale, per la miglior gestione del rischio clinico.

Invero, nel medio/lungo periodo, la gestione consapevole e diretta degli eventi dannosi, la loro conseguente mappatura in ambito aziendale - oltre ad apparire obbligata in relazione al *trend* negativo del mercato assicurativo che sta abbandonando il settore sanitario - appare idonea a ridurre le probabilità di accadimento di fattispecie pregiudizievoli dei diritti dei terzi in occasione dello svolgimento delle diverse attività aziendali e, con ciò, anche l'esposizione debitoria complessiva del Sistema Sanitario Regionale.

A ciò si aggiunge che, innervando la metodica della gestione diretta aziendale dei sinistri di RCT in un processo informativo che prevede la continua trasmigrazione di dati alla Regione, vi sarà la possibilità per l'Ente sovraordinato di monitorare con efficacia e tempestività l'andamento della sinistrosità nelle diverse Aziende, permettendo altresì un raccordo con le azioni assunte dalla Regione in tema di gestione del rischio clinico (DGRV nn. 4445/2006, 1831/2008, 2905/2009).

Per effetto delle considerazioni che precedono, è stato elaborato il documento "Linee Guida per la gestione stragiudiziale dei sinistri di RCT delle Aziende ULSS del Servizio Sanitario Regionale", il quale delinea il nuovo sistema operativo di trattamento degli eventi di danno, affidandone la titolarità in capo alle Aziende sanitarie, prevedendo il trasferimento al mercato assicurativo dei soli danni cosiddetti "catastrofali", vale a

dire gli eventi che presentino una stima di danno superiore ad €. 500,000,00 e per la sola parte eccedente tale importo, in adesione a quanto previsto dal surrichiamato art. 6 della L.R. del Veneto n. 15/2009.

Per quanto concerne la procedura conciliativa pure disciplinata dalla Legge predetta, attraverso una Commissione allo scopo istituita, e gli adempimenti che la stessa prevede siano assunti dalla Giunta, appare opportuno rinviarne l'attuazione alla disamina della effettiva praticabilità dell'istituto in commento alla luce del sopravvenuto D.Lgs. n. 28/2010, che ha introdotto la mediazione obbligatoria anche in riferimento alla responsabilità professionale medica, quale condizione di procedibilità della successiva domanda giudiziale.

Si ritiene peraltro opportuno dare mandato al Segretario Regionale per la Sanità di assumere tutte le azioni necessarie e conseguenti all'approvazione delle Linee Guida allegate alla presente, in tema di formazione del personale delle aziende sanitarie coinvolto dalla nuova metodica gestionale, di realizzazione dell'applicativo informatico per la gestione della stessa anche per la trasmigrazione dei dati a livello regionale, nonché per apprestare, per il tramite del Centro regionale Acquisti, la procedura di gara per l'affidamento unitario del rischio correlato ai sinistri sopra la predeterminata soglia di €. 500.000,00, nonché delle eventuali coperture accessorie inerenti alla "Responsabilità Civile Operatori" e "Libera Professione *intra-moenia*".

Attesi i predetti incombenti, si ritiene, inoltre, opportuno disporre l'entrata in vigore delle predette Linee Guida allegate alla presente a decorrere dal giorno 1.1.2012; considerata peraltro l'esperienza già maturata dall'Azienda Ospedaliera di Padova in ambito di gestione diretta dei sinistri, pare opportuno prevedere che, in via sperimentale, la succitata procedura di gestione entri in vigore, presso tale Amministrazione, a decorrere dal 1° aprile 2011.

Atteso altresì il parere favorevole espresso all'unanimità dalla Quinta Commissione Consiliare nella seduta del 10 marzo 2011, di cui alla nota n° 4697 in data 25.3.2011, in ordine alla deliberazione n° 8 CR del 1° febbraio 2011, subordinatamente alle seguenti indicazioni:

1) *la Commissione ritiene imprescindibile implementare le strutture organizzative e formare delle specifiche professionalità all'interno delle Aziende Sanitarie, dedicate alla gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi.*
2) *Valorizzare le professionalità, già presenti all'interno delle Aziende Sanitarie, in modo tale che le Aziende siano in grado di gestirsi autonomamente i propri sinistri.*
3) *Dimensionare per aree omogenee le azioni di cui ai precedenti punti 1) e 2) in modo tale da ottimizzare le economie di scala.*
4) *Al termine della fase sperimentale, che è previsto venga realizzata presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, la Giunta relazioni alla Quinta Commissione.*
5) *Decorsi sei mesi dall'attivazione della procedura presso le Aziende sanitarie del Veneto, la Giunta relazioni alla Quinta Commissione.*

Ritenuto di far proprie le indicazioni della preposta Commissione consiliare, modificando coerentemente l'odierna proposta ed il documento allegato alla presente deliberazione, della quale costituisce parte integrante;

Il relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione, ai sensi dell'art. 33, secondo comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

VISTO l'art. 6 L.R. 31.7.2009 n° 15;

VISTO il parere favorevole espresso all'unanimità, dalla Quinta Commissione Consiliare nella seduta del 10 marzo 2011, di cui alla nota n° 4697 in data 25.3.2011, subordinatamente alle indicazioni indicate in premessa;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato documento "Linee guida per la gestione stragiudiziale dei sinistri di RCT delle Aziende ULSS del Servizio Sanitario Regionale", parte integrante il presente provvedimento (**allegato A**);
2. di recepire il parere espresso, in forza dell'art. 6 della L.R. 31.7.2009 n° 15, dalla Quinta Commissione Consiliare nella seduta del 10 marzo 2011, di cui alla nota n° 4697 in data 25.3.2011, in ordine alla deliberazione n° 8 CR del 1° febbraio 2011, agli atti del procedimento;
3. di dare mandato al Segretario Regionale per la Sanità di assumere tutte le azioni necessarie e conseguenti all'approvazione del documento allegato alla presente, in tema di formazione del personale delle aziende sanitarie coinvolto dalla nuova metodica gestionale, di realizzazione dell'applicativo informatico per la gestione della stessa e la trasmigrazione dei dati a livello regionale, nonché di apprestare, per il tramite del Centro regionale Acquisti, la procedura di gara per l'affidamento unitario del rischio correlato ai sinistri sopra la predeterminata soglia di €. 500.000,00, nonché delle eventuali coperture accessorie inerenti alla "Responsabilità Civile Operatori" e "Libera Professione *intra-moenia*";
4. di disporre l'entrata in vigore delle Linee Guida allegate alla presente a decorrere dal giorno 1.1. 2012;
5. di prevedere, in via sperimentale, l'entrata in vigore del Regolamento presso l'Azienda Ospedaliera di Padova a decorrere dal 1.9.2011;
6. di rinviare l'attuazione delle disposizioni inerenti all'attivazione della Commissione regionale conciliativa prevista dalla L.R. n. 15/2009 alla disamina dell'effettiva praticabilità dell'istituto alla luce del sopravvenuto D.Lgs. n. 28/2010, che ha introdotto la mediazione obbligatoria anche in riferimento alla responsabilità professionale medica;
7. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
8. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO	IL PRESIDENTE
F.to Avv. Mario Caramel	F.to Dott. Luca Zaia

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE STRAGIUDIZIALE DEI SINISTRI DI RCT DELLE AZIENDE ULSS ED OSPEDALIERE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Indice

I. Definizioni 2
II. I soggetti 3
III. Decorrenza e competenza. 6
IV. Obblighi, rivalse, esclusioni e gestione delle vertenze 8
VI. La definizione del procedimento. 13
VII. Procedimenti giudiziari 14
VIII. Funzioni e compiti del responsabile dell'Ufficio sinistri 14
IX. Aspetti economico-finanziari e rapporti con Regione 15
X. Sinistri delle gestioni liquidatorie delle soppresse Unità locali socio sanitarie 15

I. Definizioni

1. **Gestione Diretta dei Sinistri**: costituisce la modalità di assunzione diretta da parte dell'Azienda sanitaria/ospedaliera capoluogo dell'aggregazione provinciale del servizio di liquidazione delle vertenze stragiudiziali insorte con i danneggiati, applicabile a tutte le richieste di sinistro pervenute nella vigenza delle presenti linee guida per le quali l'indennizzo richiesto o presunto rientri, certamente o ragionevolmente, nell'importo di franchigia assoluta per sinistro.
2. **Procedura stragiudiziale**: attività istruttoria, transattiva e di liquidazione dei sinistri derivanti da RCT, per i quali non sia ancora stata avviata un'azione in sede giudiziale.
3. **Sinistro**: evento che ha causato un danno a terzi, di cui debba rispondere l'Azienda, secondo le regole dell'ordinamento giuridico.
4. **Richiesta di risarcimento**: qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni correlata allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda.
5. **Terzi/parte**: persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti (a titolo esemplificativo: eredi, tutori, esercenti potestà genitoriale per il figlio minore),.
6. ***Software* di gestione sinistri**: programma informatico gestionale di riferimento per l'imputazione dei dati riferiti ai singoli sinistri, alimentato dall'Ufficio Sinistri.
7. **Ufficio Sinistri**: l'unità amministrativa aziendale istituita presso l'Azienda sanitaria/ospedaliera avente sede nel capoluogo di provincia, cui sono demandate le funzioni di gestione diretta dei sinistri delle aziende sanitarie dell'aggregazione provinciale. Tramite l'Ufficio Sinistri le parti possono comporre il conflitto regolandone le sorti attraverso un atto di autonomia privata (contratto di transazione ex art. 1965) che definisce le reciproche posizioni, sulla base di mutue concessioni. L'Ufficio Sinistri, per la trattazione della richiesta risarcitoria si avvale di specialisti in ambito di medicina legale, rischio clinico, o di altre professionalità in ragione della natura dell'evento dannoso.
8. **Accertamento Medico Legale**: attività tecnico professionale per la valutazione del nesso causale, della colpa professionale e dell'entità della lesione, a supporto dell'attività di accertamento, gestione e liquidazione dei danni che compete all'Ufficio Sinistri.
9. **Aggregazione provinciale delle Aziende sanitarie**: l'insieme delle Aziende

sanitarie/ospedaliere ricomprese in un ambito provinciale o sovra provinciale, considerato unitariamente ai fini dell'applicazione delle presenti Linee guida e delle attività che fanno capo all'Ufficio Sinistri.

10. **Azienda sanitaria capoluogo dell'aggregazione provinciale**: l'Azienda sanitaria/ospedaliera, facente parte di una aggregazione provinciale, presso la quale è istituito l'Ufficio sinistri deputato alle funzioni individuate dalle presenti Linee guida.
11. **Azienda sanitaria periferica**: le restanti Aziende sanitarie ricomprese nella aggregazione provinciale.

II. I soggetti

1. **L'Ufficio Sinistri:** *(da personalizzare secondo la struttura aziendale)*. L'Unità amministrativa, di norma inserita nell'Unità operativa Affari Legali o Affari Generali dell'Azienda sanitaria capoluogo dell'aggregazione provinciale, incaricata in via esclusiva dell'accertamento, dell'istruttoria, della gestione e dell'eventuale liquidazione dei sinistri.

   L'Ufficio Sinistri di cui al precedente capoverso tratterrà, nei termini sopradetti, direttamente i sinistri dell'Azienda capoluogo e di tutte le Aziende sanitarie periferiche che ad esso fanno capo, a livello provinciale o sovra provinciale, secondo le aggregazioni territoriali indicate di seguito.

   Ufficio Sinistri della Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

   Preposto alla trattazione dei sinistri delle Aziende sanitarie della provincia di Verona (Aziende ULSS nn°20-21-22 e Azienda Osp. Univ. Int egrata di Verona);

   Ufficio Sinistri della Azienda ULSS n°6 di Vicenz a

   Preposto alla trattazione dei sinistri delle Aziende sanitarie della provincia di Vicenza (Aziende ULSS nn°3-4-5 e 6);

   Ufficio Sinistri della Azienda Ospedaliera di Padova

   Preposto alla trattazione dei sinistri delle Aziende sanitarie della provincia di Padova (Aziende ULSS nn°15-16-17 e Azienda Ospedal iera di Padova);

   Ufficio Sinistri della Azienda ULSS n°9 di Treviso

   Preposto alla trattazione dei sinistri delle Aziende sanitarie delle province di Belluno e Treviso (Aziende ULSS nn°1-2-7-8-9);

   Ufficio Sinistri della Azienda ULSS n°12 di Venezi a

Preposto alla trattazione dei sinistri delle Aziende sanitarie delle province di Venezia e Rovigo (Aziende ULSS nn°10-12-13-14-18 e 19).

Le Aziende sanitarie periferiche adotteranno specifici protocolli di intesa con le Aziende capoluogo, al fine di attuare quanto previsto dalle presenti linee guida.
In particolare, i protocolli dovranno disciplinare i rapporti tra unità amministrative/sanitarie delle Aziende periferiche ed Ufficio Sinistri, per garantire a quest'ultimo l'esercizio più efficiente ed efficace delle proprie funzioni.
Le Aziende sanitarie periferiche, attraverso le proprie articolazioni amministrative competenti, si raccorderanno con l'Ufficio Sinistri per la trattazione dei singoli casi, che andranno tempestivamente segnalati a quest'ultimo, al quale dovrà pure trasmettersi ogni documento utile ai fini della definizione della pratica, anche su sua richiesta.

Per la definizione dei sinistri con danni a persone, l'Ufficio Sinistri si avvale del contributo dell'Unità Operativa di medicina legale, ove esistente, altrimenti, di specialista in medicina legale individuato dall'Azienda capoluogo, anche per mezzo di accordi interaziendali. Si avvale altresì, per quanto necessario, del contributo delle Direzioni Mediche, delle singole unità operative mediche/sanitarie, del responsabile per la sicurezza del paziente e di ogni professionalità dell'Aggregazione provinciale delle Aziende sanitarie di competenza,.utile per giungere alla definizione del sinistro.

In presenza di sinistri con danni a cose o persone, ove l'evento sia derivato da carenze o insidie nell'ambito territoriale di competenza dell'Aggregazione provinciale delle Aziende sanitarie di riferimento - come ad esempio parti comuni nelle strutture sanitarie o aree esterne agli edifici quali strade di accesso o parcheggi - l'Ufficio Sinistri si avvale della collaborazione della struttura tecnica aziendale di riferimento dell'Azienda sanitaria periferica interessata, cui farà carico l'istruttoria per la parte di specifica competenza.

Per il periodo necessario alla implementazione della procedure di gestione diretta, l'Ufficio Sinistri potrà essere coadiuvato dal *broker* o da esperto nella liquidazione

dei danni, da reperire sul mercato nel rispetto delle disposizioni normative in tema di consulenze alla Pubblica Amministrazione.

I componenti l'Ufficio Sinistri ed il medico legale incaricato non devono trovarsi, rispetto alla controparte, in relazione di parentela, coniugio, affinità, dipendenza, collaborazione professionale o cointeressenza economica, ovvero in qualsiasi altra situazione idonea a diminuirne o pregiudicarne l'imparzialità. I componenti possono chiedere alla Direzione aziendale la sostituzione per giustificati motivi di opportunità o incompatibilità, al verificarsi di tali ipotesi.

L'Ufficio Sinistri gestisce l'istruttoria del procedimento ed i rapporti tra i diversi attori coinvolti, inoltre:

a) fornisce informazioni in ordine alla procedura in essere ai soggetti coinvolti;

b) valuta le richieste di accesso agli atti, fornendo, ricorrendone i presupposti di diritto, copia degli atti e dei documenti che possano essere divulgati e che siano parte della pratica di valutazione del danno;

c) gestisce il flusso documentale e informatico (*software* di gestione sinistri);

d) forma il fascicolo del procedimento inserendovi la domanda/segnalazione di cui al capo V, e ogni altro atto e documento inerente alla procedura in corso, utile a ricostruire l'iter logico giuridico sotteso all'assunzione della determinazione finale;

e) provvede ad ogni comunicazione relativa al procedimento;

f) elabora *report* e rilevazioni circa la procedura stragiudiziale;

g) effettua un monitoraggio continuo sui sinistri con particolare attenzione alla tipologia del danno, all'ammontare economico del danno presumibile o liquidato, alla frequenza, all'area di attività interessata, anche al fine di costruire una mappa del rischio ed individuare le strategie di intervento.

h) monitora il numero di sinistri aperti per anno e per Azienda e la tempistica della loro definizione. Di tali attività viene dato conto alla Direzione di ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale mediante *report* annuali.

2. **I terzi**: sono considerati terzi: il paziente, i suoi eredi, gli esercenti la potestà genitoriale in caso di minori ovvero i soggetti che ne assumono la tutela e la rappresentanza legale.

Sono considerati terzi i dipendenti di ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale, nonché il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario ed il Direttore dei Servizi Sociali quando:

- fruiscano delle prestazioni e dei servizi erogati dall'Azienda di appartenenza;
- nei casi di danni a cose.

3. **Regione Veneto:** presso la Regione, o Ente delegato, è istituito l'ufficio di coordinamento e monitoraggio, finalizzato a fornire od aggiornare linee di indirizzo comuni per garantire nel territorio una gestione omogenea della sinistrosità e ad offrire il supporto strumentale e formativo per lo svolgimento delle attività demandate agli Uffici Sinistri delle Aziende capoluogo dell'Aggregazione provinciale.

Sono **parti eventuali** del procedimento:

4. Le **assicurazioni** delle parti – Azienda (per i sinistri oltre l'importo di franchigia), di dipendenti e terzi – le quali possono intervenire nel procedimento in collaborazione o a supporto delle stesse.
5 La **rappresentanza delle parti:** le parti possono partecipare al procedimento personalmente. Gli enti, le strutture e le assicurazioni partecipano al procedimento nella persona del legale rappresentante o loro delegato. E' fatta salva la possibilità di farsi rappresentare o assistere da soggetto munito di apposita procura cui sia attribuito il potere di transigere e di definire la controversia, sottoscrivendo validamente la proposta transattiva.

III. Decorrenza e competenza.

1. **Decorrenza della procedura.** La presente procedura decorre dalle ore 24.00 del giorno 1.1.2012, per le Aziende che hanno le polizze in scadenza al 31.12.2011 e, altresì, sempre dalla medesima data per le restanti Aziende che dovranno allo scopo avvalersi della clausola contrattuale di recesso anticipato, salva deroga che potrà essere autorizzata dalla Regione del Veneto. Le presenti linee guida non prevedono limiti di durata e si applicano a tutte le segnalazioni avanzate per la prima volta e registrate al protocollo generale delle Aziende dell'Aggregazione provinciale dal suddetto giorno di decorrenza, fatta salva l'operatività e l'efficacia, per il singolo

sinistro ed in relazione alla sua data di accadimento, di precedenti contratti assicurativi aziendali.

2. **Ambito di applicazione e competenza.** Ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale si obbliga a risarcire direttamente i danni cagionati a terzi, da parte del proprio personale, nell'espletamento dell'attività istituzionale, compreso, a titolo esemplificativo e non esaustivo, quello appartenente alle seguenti categorie:

   - personale medico e sanitario strutturato;
   - personale universitario in afferenza assistenziale (per Aziende Ospedaliere);
   - personale a contratto inclusi i medici contrattisti;
   - medici in formazione specialistica;
   - volontari del servizio nazionale civile;
   - assegnisti, borsisti, tirocinanti, ricercatori e frequentatori;
   - appartenenti alle associazioni di volontariato autorizzate a prestare la propria opera;

   Per attività istituzionale deve intendersi la gestione di attività sanitaria istituzionalmente affidata all'Azienda dalle competenti autorità o comunque ad essa delegate o trasferite comprese tutte le attività preliminari e conseguenti, accessorie, connesse e collegate, complementari ed ausiliarie mediante strutture mezzi e tecnologie ritenute, dall'azienda stessa, più idonee al raggiungimento del fine istituzionale.

3. Ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale provvederà alla liquidazione - ove civilmente responsabile ai sensi di legge - a titolo di risarcimento dei danni (capitale, interessi e spese), involontariamente cagionati a terzi - per morte, lesioni personali e danni materiali a cose - in conseguenza di un fatto verificatosi nell'ambito dell'attività svolta, compresa la responsabilità civile che possa derivare da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere, salvo il conseguente diritto di rivalsa.

4. **Valore della controversia.** Ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale si obbliga a risarcire direttamente i danni cagionati a terzi per l'espletamento dell'attività

istituzionale fino ad un limite massimo di €.500.000,00= per sinistro (franchigia fissa assoluta). Per risarcimenti di danni che superano detta soglia, e limitatamente all'importo eccedente, è stipulato apposito contratto assicurativo Regionale, per Aggregazione provinciale o Aziendale.

5. **Responsabilità civile personale e professionale (RCT)**

La presente procedura si applica anche ai sinistri ascrivibili alla responsabilità civile professionale dei:

dipendenti, collaboratori preposti, degli specializzandi, assegnisti di ricerca, borsisti ed in generale di tutti coloro che sono autorizzati ad effettuare prestazioni nell'ambito dell'attività e delle strutture dell'Azienda di appartenenza nonché di ogni altro operatore della medesima Azienda per danni cagionati a terzi nello svolgimento delle relative mansioni, a qualsiasi titolo formalmente autorizzato;

tirocinanti, borsisti, laureandi e frequentatori, volontari delle A.V.O. e simili, personale religioso e comunque di tutti coloro che per ragioni di studio, di formazione, di aggiornamento, di qualificazione, di contratti o altro partecipino all'attività per conto dell'Azienda di appartenenza.

IV. Obblighi, rivalse, esclusioni e gestione delle vertenze

1. **Obbligo di collaborazione.** Gli operatori, nella fase istruttoria, sono tenuti a comunicare tutte le informazioni e le notizie utili per una completa istruttoria che consenta una corretta valutazione dell'evento e la quantificazione del danno effettivamente subito.

2. **Obblighi in caso di richiesta di risarcimento indirizzata direttamente al dipendente.** In caso di richiesta di risarcimento inoltrata direttamente al dipendente lo stesso dovrà darne, attraverso l'Ufficio protocollo, avviso scritto – che ha valore di denuncia di sinistro - all'ufficio amministrativo competente dell'Azienda di appartenenza entro 3 giorni dalla data della richiesta o da quando ne ha avuto conoscenza. Detto Ufficio provvederà ad inoltrare la richiesta all'Ufficio Sinistri nel termine di 10 giorni dalla data di ricezione al

protocollo. Il personale che omette di adempiere all'obbligo di avviso incorre nelle conseguenze che derivano dall'esercizio del diritto di rivalsa nei confronti dello stesso.

3. **Corte dei Conti.** Tutti i sinistri liquidati verranno trasmessi alla Corte dei Conti affinché tale magistratura contabile svolga il necessario controllo per l'eventuale giudizio di responsabilità contabile. Ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale eserciterà il diritto di rivalsa nei confronti del dipendente/collaboratore nelle ipotesi in cui si sia accertato che il danno è stato commesso con dolo o colpa grave; qualora nel corso dell'istruttoria se ne ravvisino gli estremi, l'Ufficio Sinistri comunicherà al professionista l'esito dell'istruttoria, così da consentire allo stesso la denuncia alla compagnia assicurativa competente in base alla propria polizza personale eventualmente sottoscritta per la copertura dei sinistri per responsabilità da colpa grave.

4. **Gestione delle vertenze giudiziarie, spese.** Ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale, ove si verifichi l'apertura del sinistro, assume, a tutela propria e del proprio personale, ai sensi dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro, la mediazione civile di cui al D.Lgs 28/2010 e la gestione giudiziale delle vertenze e le conseguenti spese, previo raccordo con l'Ufficio Sinistri che dovrà comunque istruire la pratica secondo le indicazioni delle presenti Linee Guida.

V. La procedura di gestione sinistri

a) **La richiesta risarcimento danni**.

Il procedimento per la gestione stragiudiziale dei sinistri è avviato, di consueto, in una delle seguenti modalità:

- **istanza di risarcimento danni da parte di terzi** direttamente o per mezzo di rappresentanti legali, pervenuta al Protocollo generale**;**
- **avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore,** di un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;

La richiesta, dopo essere stata registrata al Protocollo Generale, viene indirizzata per il seguito di competenza all'unità amministrativa aziendale competente, che la inoltrerà tempestivamente all'Ufficio Sinistri.

b) **Gestione della richiesta ed istruzione della pratica.**

Le attività di accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri vengono disciplinate come segue.

L'Ufficio Sinistri valuta l'ammissibilità della richiesta in relazione ai termini di prescrizione. Di seguito procede ai seguenti adempimenti:

a) per le richieste di risarcimento per le quali l'indennizzo richiesto o presunto rientri, certamente o ragionevolmente, nell'importo della franchigia assoluta per sinistro (€. 500.000,00), l'Ufficio provvederà alla gestione, all'eventuale liquidazione del sinistro con i mezzi organizzativi e finanziari dell'Azienda capoluogo per i sinistri ad essa riferiti e alla proposta di liquidazione in merito ai sinistri riferiti alle Aziende sanitarie periferiche;
b) relativamente alle richieste di risarcimento per le quali l'indennizzo richiesto sia superiore all'importo della franchigia per sinistro, o che in assenza di preventive indicazioni sia ragionevole presumere che possa superare tale limite, l'Ufficio Sinistri provvederà a darne tempestiva denuncia, entro i termini di polizza, alla Società assicuratrice. Qualora, nel corso dell'istruttoria, l'indennizzo richiesto o presunto per un sinistro inizialmente non trasmesso alla Società perché rientrante nell'importo della franchigia per sinistro dovesse superare tale importo, l'Ufficio Sinistri ne farà denuncia alla Società che riconoscerà come data di denuncia quella in cui la richiesta è pervenuta alla Azienda Sanitaria dell'aggregazione provinciale o agli assicurati.
Nel caso l'indennizzo richiesto o presunto sia superiore all'importo predetto, ed il sinistro sia stato denunciato sulla predetta polizza, la Compagnia assicuratrice dovrà acquisire il preventivo consenso dell'Azienda dell'Aggregazione provinciale prima di provvedere alla definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento. In tal caso, qualora l'importo del risarcimento dovuto risulti superiore, anche solo parzialmente, alla somma di €. 500.000,00, la Compagnia corrisponde al Terzo danneggiato il risarcimento dandone formale comunicazione all'Azienda predetta. In tale ultimo caso la Società presenterà la copia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal Terzo danneggiato, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione ed entro i 90 giorni successivi dal ricevimento della documentazione da parte dell'Azienda interessata, la stessa provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente

dalla Società, ma rientranti in franchigia così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.
L'Ufficio Sinistri provvede, inoltre, ad inserire i dati del sinistro nell'apposito software gestionale e comunica al richiedente tutte le informazioni relative all'istanza, sia in ordine alla procedura seguita, che in relazione alla Compagnia Assicuratrice eventualmente coinvolta; unitamente viene inviata l'informativa ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e il modulo per la dichiarazione di riservatezza di cui al punto 3 del capo III.

L'Ufficio Sinistri verifica la completezza della richiesta, accertando che la stessa sia sottoscritta dalla parte o dal suo legale rappresentante, ne contenga i dati anagrafici, nonché l'esposizione dei fatti, delle motivazioni, delle richieste e l'identificazione della struttura e del personale coinvolto nella controversia. Devono essere inoltre allegati alla pratica gli eventuali atti o documenti sui quali l'istanza è fondata.
Invita la parte istante alle eventuali integrazioni e provvede alla formazione del fascicolo del procedimento. In particolare, se già non offerte a corredo della domanda, richiede al reclamante o al di lui patrocinatore copia della documentazione medico legale di parte atta a dimostrare:

- il nesso causale e la colpa;
- l'importo del danno, suddiviso per singole voci;
- le strutture sanitarie coinvolte;
- i soggetti e/o le professionalità asseritamente coinvolte;
- un elenco dei documenti prodotti;

Contestualmente, richiede all'Ufficio cartelle cliniche di ciascuna Azienda sanitaria dell'Aggregazione provinciale copia della documentazione clinica del reclamante.

L'Ufficio dà quindi incarico alla competente Unità di Medicina Legale Aziendale, laddove esistente, ovvero allo specialista in medicina legale allo scopo individuato dall'Azienda capoluogo, di redigere la relazione medica sul caso; a tal scopo, la predetta Unità/specialista potrà avvalersi delle professionalità aziendali interessate al caso (ad es. acquisendo le relazioni dei responsabili delle strutture coinvolte) e/o per eventuali consulenze specialistiche.

La perizia dovrà essere espletata, a postumi stabilizzati, nel rispetto della seguente tempistica dalla data di affidamento:

- entro 90 gg. dalla ricezione della documentazione clinica del reclamante, con aggiornamento a ulteriori 30 gg. per eventuali problematiche (necessità di acquisizione di pareri specialistici clinici o di ulteriore documentazione sanitaria; necessità di visita medico-legale). Per consentire alla medicina legale il tempestivo adempimento peritale, le eventuali strutture coinvolte o chiamate a collaborare saranno tenute a formalizzare la rispettiva risposta entro il termine di 30 gg. dalla richiesta.

Qualora il Medico Legale ritenga necessaria la visita medico-legale sul reclamante, inviterà il terzo alla visita indicando la possibile data di effettuazione.

Qualora il sinistro denunciato necessiti di pareri che investono la competenza dell'Area Tecnica, l'Ufficio Sinistri, previo invio di specifica richiesta documentata, provvede ad acquisire una relazione specifica per procedere all'istruttoria.

L'Ufficio Sinistri può provvedere all'acquisizione di ogni informazione e documentazione utile nella fase istruttoria, incluse risultanze testimoniali del personale della struttura ove l'evento oggetto di possibile o attuale contenzioso si è verificato.

L'Ufficio Sinistri, anche su richiesta del medico legale, è chiamato anche:

- a valutare se integrare l'istruttoria con richieste di ulteriori pareri di specialisti, attivando le strutture di competenza, eventualmente anche di altra Azienda sanitaria della Regione del Veneto;
- a comunicare al professionista l'esito dell'istruttoria al fine di consentire allo stesso la denuncia sulla propria polizza personale eventualmente sottoscritta, qualora si ravvisino gli estremi di responsabilità per dolo o colpa grave.

c) Trattativa con il Terzo.

L'Ufficio Sinistri, espletati gli accertamenti necessari, intrattiene i rapporti con l'utente ed il suo rappresentante legale al fine di promuovere, se del caso, il raggiungimento di un accordo che risolva e ponga fine alla controversia insorta fra di essi. La trattativa per la definizione del sinistro viene gestita con modalità informali sia per quanto attiene ai contatti con la parte sia riguardo alla formulazione e trattativa sull'offerta economica.

VI. La definizione del procedimento.

1. Definizione del sinistro

La definizione del sinistro avviene, in esito all'istruttoria condotta dall'Ufficio Sinistri, con provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda cui si riferisce il sinistro e può concludersi con:

A) reiezione della domanda di risarcimento nel caso in cui non siano state riscontrate responsabilità ascrivibili ad una delle Aziende dell'Aggregazione provinciale; in tal caso l'Ufficio Sinistri, assunta la deliberazione del relativo direttore generale, provvederà a formalizzare alla controparte il rigetto della domanda risarcitoria.

B) accoglimento, totale o parziale della richiesta di risarcimento; con provvedimento del direttore generale delle singole Aziende dell'Aggregazione provinciale su proposta dell'Ufficio Sinistri, adottato con modalità rispettose della tutela della riservatezza, si procederà a liquidare l'importo dovuto a titolo di risarcimento ed ad offrire contezza dell'*iter* logico giuridico seguito per giungere alla determinazione del *quantum* da proporre all'accettazione della controparte a mezzo di quietanza da restituire sottoscritta.

La relazione medico-legale, posta a fondamento dell'accoglimento della richiesta, rimane agli atti del fascicolo di riferimento e può essere prodotta agli aventi diritto, per estratto, solo previa specifica richiesta, al fine di non ledere la difesa dell'Ente in un eventuale contenzioso.

La sottoscrizione delle parti della proposta di accordo ha natura di transazione stragiudiziale ai sensi dell'articolo 1965 c.c. atta a definire integralmente i rapporti tra le parti in relazione ai fatti oggetto di richiesta

Nel caso in cui sia ritenuto possibile un risarcimento in forma specifica e vi sia l'adesione del Terzo alla proposta, l'Ufficio Sinistri impartirà le opportune indicazioni alle competenti Direzioni aziendali per l'erogazione delle prestazioni necessarie (es: nel caso di smarrimento protesi o di avulsione dentaria presa in carico del paziente dalla odontostomatologia, nel caso necessiti un nuovo o diverso intervento chirurgico inserimento nelle liste operatorie ecc.).

C) non accettazione dell'offerta: nel caso in cui, in esito alla trattativa, la controparte non ritenga di aderire alla proposta dell'Ufficio Sinistri per conto dell'Azienda

interessata, l'Ufficio stesso provvederà a formalizzare comunque, a mezzo raccomandata a.r., l'offerta economica all'utente rappresentando succintamente le motivazioni sottese alla costruzione dell'offerta risarcitoria unitamente alla fissazione di un termine di scadenza per accettare. In caso di accettazione, si procederà come da procedura *sub* B) che precede. Con cadenza annuale verrà assunta la deliberazione del direttore generale di ciascuna Azienda dell'Aggregazione provinciale ricognitiva delle offerte non accolte da controparte.

Obbligo di comunicazione alla Corte dei Conti

Al fine di consentire i controlli di competenza, l'Ufficio Sinistri trasmette i provvedimenti di liquidazione dei sinistri, con cadenza annuale, alla conclusione di ogni anno solare, alla Corte dei Conti con i seguenti dati:

- Individuazione del procedimento di riferimento e della deliberazione di liquidazione;
- Entità dell'importo complessivo liquidato a titolo di risarcimento.
- Descrizione sintetica dell'evento dannoso.

Nel caso la Corte dei Conti ritenga sussistano gli estremi per l'attribuzione di responsabilità per colpa grave a carico del personale coinvolto, l'Ufficio Sinistri provvederà alle comunicazioni al personale identificato per l'eventuale attivazione della polizza relativa, qualora sottoscritta.

VII. Procedimenti giudiziari

In caso di notifica ad un'Azienda dell'Aggregazione provinciale di un atto giudiziario connesso ad evento dannoso, l'Unità operativa di Medicina Legale/Medico legale presso l'Azienda capoluogo, o altro medico specialista ritenuto necessario per la miglior istruttoria, svolgerà funzioni di consulente di parte provvedendo altresì a coadiuvare, unitamente all'Ufficio Sinistri, il legale fiduciario incaricato negli adempimenti processuali a valenza tecnica (accertamenti preventivi, autopsie, ecc.).

VIII. Funzioni e compiti del responsabile dell'Ufficio sinistri

Funzione del responsabile ufficio sinistri: il responsabile dell'Ufficio Sinistri conduce direttamente o tramite i collaboratori tutte le attività istruttorie prodromiche alla transazione con la controparte, proponendo al Direttore Generale dell'Azienda cui si riferisce il

sinistro, per il tramite dell'unità amministrativa competente, l'adozione del provvedimento conclusivo.

IX. Aspetti economico-finanziari e rapporti con Regione

Nel momento di redazione del bilancio preventivo e consuntivo - coerentemente con le valutazioni espresse nel sistema gestionale dei sinistri - sotto le competenti voci devono essere appostati i costi relativi ai risarcimenti per danni da RCT di competenza dell'annualità di riferimento, valorizzati sulla base dei principi contabili civilistici vigenti.

X. Sinistri delle gestioni liquidatorie delle soppresse Unità locali socio sanitarie

La presente procedura si applica altresì alla denunce di sinistro inerenti a fatti riferiti alle Unità Locali Socio Sanitarie disciolte per effetto del D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e delle LL.RR. nn. 55/1994 e 56/1994, sempre fatta salva l'operatività e l'efficacia, per il singolo sinistro ed in relazione alla sua data di accadimento, di precedenti contratti assicurativi aziendali. In tal caso, i provvedimenti a definizione delle pratiche di sinistro saranno assunti dai Direttori Generali in qualità di Commissari Liquidatori delle Gestioni liquidatorie delle soppresse Unità locali socio sanitarie ricomprese nell'ambito territoriale delle rispettive Aziende. Le somme a debito graveranno sulle dotazioni finanziarie aventi tale specifica destinazione.