

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ausl_fe
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000073
DATA: 15/04/2020 15:54
OGGETTO: APPROVAZIONE DELL'AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE DI GESTIONE SINISTRI IN REGIME DI GESTIONE DIRETTA SECONDO LA DIRETTIVA N.2079/2013 E S.M.I. E IN REGIME DI ASSICURAZIONE.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Vagnini Claudio in qualità di Commissario Straordinario

Con il parere favorevole di Natalini Nicoletta - Sub Commissario Sanitario

Con il parere favorevole di Carlini Stefano - Sub Commissario Amministrativo

Su proposta di Paola Mazzoli - UO SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-03]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- UO SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO

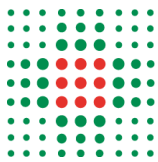
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000073_2020_delibera_firmata.pdf	Carlini Stefano; Mazzoli Paola; Natalini Nicoletta; Vagnini Claudio	3F11ACD7113712488F49602C7538F6EDF347D797CA48E55F5B7908EC8F32B130
DELI0000073_2020_Allegato1.pdf:		E1D8D323CE700D190AB7AA790C1A3C32C83BCF4CEA4509E7D5707E01FE7DDA80



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



DELIBERAZIONE

OGGETTO: APPROVAZIONE DELL'AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE DI GESTIONE SINISTRI IN REGIME DI GESTIONE DIRETTA SECONDO LA DIRETTIVA N.2079/2013 E S.M.I. E IN REGIME DI ASSICURAZIONE.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Vista la proposta di adozione dell'atto deliberativo presentata dal Direttore del SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali formali e di legittimità del presente provvedimento di cui e' di seguito trascritto integralmente il testo:

“””””

Richiamata la Legge Regionale Emilia-Romagna n. 13 del 7/11/2012 contenente " *Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio Sanitario Regionale*";

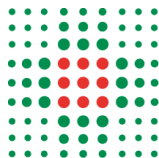
Rilevato che con Deliberazione n.1350/2012 la Giunta della Regione Emilia-Romagna ha approvato il "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie";

Dato atto che con successiva Delibera n. 2311 del 21/12/2016 la Giunta Regionale ha ammesso con decorrenza dall'1/1/2017 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e l'Azienda Usl di Ferrara al " *Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile*" nelle aziende sanitarie, di cui alla sopracitata Legge Regionale n. 13 del 7.11.2012, che all'art. 7 prevede per gli Enti interessati alla sperimentazione l'esonero dall'obbligo di assicurazione a copertura del rischio di Responsabilità Civile verso Terzi, in precedenza previsto dall'art. 32 della Legge Regionale n. 50/1994;

Richiamate inoltre:

- la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n.2079 del 23/12/2013 " Approvazione del Programma Regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie";

- la Determinazione n.11664 del 20/7/2016 del Direttore Generale Cura della Persona,salute e Welfare della Regione Emilia Romagna ad oggetto"" Programma regionale gestione diretta dei sinistri in sanita' .Procedure e modalita' operative relative al rimborso delle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia Romagna";



- la Circolare n.17-PG2015/0887677 del 23/12/2015. Specifiche tecniche per la gestione del data-base dei sinistri in Emilia Romagna-Anno 2016;

- la DGR.n.603/2016. Gestione diretta dei sinistri in sanità. Indicazioni in ordine al rimborso delle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia Romagna;

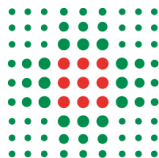
- la nota P.G. n.2016/776113 del 20/12/2016 della Regione Emilia Romagna contenente linee di indirizzo regionali in materia di gestione dei sinistri in regime di autogestione;

- l'Allegato al P.G. n. 2016/0776113 del 20/12/2016 "Linee di indirizzo regionale per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità";

- la Legge n. 24 dell'8/3/2017 " Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la Nota prot. n. 302132 del 20/4/2017 "Prime indicazioni applicative in materia rivolte alle Aziende sanitarie della Regione";
- la DGR 1565/2018: "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie. Ambito di applicazione soggettivo e oggettivo";
- la Nota Pg/2017/570128 dell'8/8/2017 della Regione Emilia Romagna: "Flussi finanziari Aziende sanitarie ammesse al Programma Regionale gestione diretta sinistri. Rendicontazione sinistri sopra soglia";
- la Nota P.G. n. 2019/0314909 dell'1/4/2019: "Chiarimenti in ordine alla DGR 1565 del 24/7/2018 recante "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e gestione dei sinistri derivanti da responsabilità nelle aziende sanitarie. Ambito di applicazione soggettivo e oggettivo";
- la Nota Pg. 2019/0159500 del 13/2/2019: "Rispetto degli adempimenti finalizzati alla gestione dei sinistri di seconda fascia";
- la nota Pg/2020/126738 del 13/2/2020 della Regione Emilia Romagna "Indicazioni circa il rimborso degli oneri sostenuti dalle Aziende e dagli Enti del SSR inerenti il Programma regionale di Gestione Diretta dei sinistri. Trasmissione delle richieste con cadenza semestrale";

Vista in particolare la Circolare n.12/2019 Regione Emilia Romagna trasmessa con nota PG/2019/875162 del 28/11/2019 (Pg Az UsI Fe n.68594 del 28/11/2019) in ordine all'applicazione dell'art 13 L.8 marzo 2017 n.24 su "Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità e degli artt 4 comma 3 e 10 comma 4 della L. 8 marzo n.24 e circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie";

Richiamata la delibera n. 39 del 21/02/2017 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara con la quale il Direttore Generale della stessa ha delegato all'Azienda UsI di Ferrara le funzioni amministrative per la



gestione dei sinistri in regime di assicurazione e autogestione, demandandole ad un'unica struttura già appositamente costituita con delibere n. 296 del 4/11/2014 dell'Azienda Usl di Ferrara e n. 206 del 4/11/2014 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, disponendo nel contempo il trasferimento nell'ambito della stessa della posizione organizzativa e del personale del comparto afferente alla funzione trasferita, anche ai sensi dell'articolo 22 ter, comma 4, della Legge Regionale Emilia Romagna n.43/01, come modificata dalla L.R. 20 dicembre 2013 n. 26 e di demandare a specifici atti il trasferimento, mediante l'istituto del comando, del personale afferente all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara presso l'Azienda USL di Ferrara;

Richiamata altresì la delibera n. 41 del 28/02/2017 dell'Azienda Usl di Ferrara con la quale è stato approvato il progetto per l'avvio del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso, anche in regime di autogestione, sono state approvate le procedure di gestione sinistri in regime di autogestione e in regime di assicurazione per entrambe le aziende sanitarie ferraresi ed è stato nominato il Comitato Valutazione Sinistri Unico con il compito di trattare i sinistri per entrambe dette Aziende sanitarie sia in assicurazione che in gestione diretta;

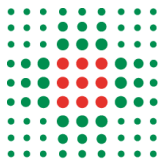
Vista la nota PG/2019/929209 (Pg. Azienda Usl n. 73673 del 23/12/2019) con la quale la Regione Emilia Romagna ha invitato le Aziende sanitarie ad adeguare le proprie procedure interne in materia di gestione sinistri alle nuove indicazioni contenute nella soprarichiamata Circolare n.12/2019 entro 45 giorni dalla data di emanazione dei nuovi indirizzi e quindi entro il termine del 12/1/2020 trasmettendone copia al Servizio Amministrazione SSR socio-sanitario e sociale entro il 20/1/2020, in esecuzione della DGR 977/2019;

Vista l'ulteriore nota della Regione Emilia Romagna PG/2020/25567 del 15/1/2020 (Pg Az Usl n.2302 del 15/1/2020) con la quale il suddetto termine di adeguamento delle procedure interne ad ogni Azienda è stato prorogato al 12/3/2020;

Vista la nota PG/2020/222144 del 16/3/2020 (Pg. Azienda Usl n. 16225 del 16/3/2020) della Regione Emilia Romagna che segnalava la scadenza del termine per il recepimento della nuova procedura di gestione sinistri;

Atteso che con nota Pg. n. 8402 del 18/3/2020 (PG. Azienda Usl di Ferrara n.17055 del 19/3/2020), rivolta anche a tutte le Aziende sanitarie regionali, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola di Bologna ha richiesto alla Regione Emilia Romagna un ulteriore proroga del termine per l'applicazione della Circolare Regionale n.12/2019 ma che a tutt'oggi non è pervenuto alcun riscontro da parte della Regione;

Ritenuto pertanto di aggiornare i percorsi in materia di gestione sinistri approvati con le soprarichiamate delibere n. 39 del 21/2/2017 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e n. 41 del 28/2/2017 dell'Azienda Usl di Ferrara, adeguandoli alle successive Direttive regionali nel frattempo intervenute e soprarichiamate e in particolare alla Circolare n.12/2019 della Regione Emilia Romagna, come da documento allegato quale parte integrante del presente atto;



Ritenuto di confermare le restanti disposizioni delle delibere n.39 del 21/2/2017 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e n. 41 del 28/2/2010 dell'Azienda Usl di Ferrara;

ATTESTATA la legittimità della presente Determinazione in base alla normativa nazionale e regionale in materia;

»

Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Direttore del SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO proponente;

Delibera

1) di aggiornare i percorsi in materia di gestione sinistri approvati con le soprarichiamate delibere n. 39 del 21/2/2017 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e n. 41 del 28/02/2010 dell'Azienda Usl di Ferrara adeguandoli alle successive Direttive regionali nel frattempo intervenute e in particolare alla Circolare n.12/2019 della Regione Emilia Romagna, come da documento allegato quale parte integrante del presente atto, in esecuzione della DGR n. 977/2019;

2) di confermare le restanti disposizioni della delibera n. 41 del 28/2/2017 dell'Azienda Usl di Ferrara;

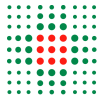
3) di trasmettere al Servizio Amministrazione del SSR socio-sanitario e sociale della Regione Emilia Romagna copia delle procedure di gestione dei sinistri in regime di gestione diretta e di assicurazione aggiornate con la predetta Circolare n. 12/2019 della Regione Emilia-Romagna, come da documento allegato quale parte integrante della presente delibera che con la presente viene approvato;

4) di pubblicare il presente atto e il regolamento allegato in "Amministrazione Trasparente" dell'Azienda Usl di Ferrara, Sezione "Atti amministrativi generali " a cura del Servizio proponente;

5) di riservarsi di rivedere i suddetti percorsi, verificando ad esito del loro monitoraggio la relativa funzionalità e/o i riflessi sull'andamento del contenzioso anche in sede giudiziaria.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

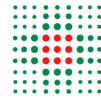
Giancarlo Lovato



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

U.O. Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso

**AGGIORNAMENTO
DELLE PROCEDURE DI GESTIONE DEI SINISTRI
IN REGIME DI GESTIONE DIRETTA SECONDO LA DIRETTIVA N.2079/2013 E
S.M.I. E IN REGIME DI ASSICURAZIONE**

INDICE

INTRODUZIONE	PAG. 3
A) PERCORSO ORGANIZZATIVO DELLA GESTIONE DEI SINISTRI RELATIVI ALLA "RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI" " in regime di autogestione	PAG. 3
Fonti di riferimento	PAG. 3
A1) attività preliminari	PAG. 5
A2) attività istruttoria	PAG. 7
A3) attività del "Comitato Valutazione Sinistri Unico".....	PAG. 10
A4) adempimenti successivi alla trattazione in CVSU.....	PAG. 12
A5) mediazione e contenzioso giudiziario	PAG. 13
 COMPITI DEL SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO <u>in regime di autogestione</u>	 PAG. 16
 COMPITI DEL L'U.O. DI MEDICINA LEGALE	 PAG. 17
 SINTESI FASI PROCEDURALI DEL MODELLO DI GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI	 PAG. 18
B) PERCORSO ORGANIZZATIVO RELATIVO ALLA GESTIONE DELLE <u>PRECEDENTI</u> POLIZZE E DEI SINISTRI PER LA "RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI"	PAG. 21
fonti di riferimento	PAG. 21
B1) attività preliminari	PAG. 21
B2) attività istruttoria	PAG. 22
B3) attività del "CVSU per sinistri già denunciati su precedenti polizze.....	PAG. 22
B4) adempimenti successivi alla definizione del sinistro	PAG. 23
B5) mediazione e contenzioso giudiziario	PAG. 24
 COMPITI DEL SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO <u>in regime di assicurazione</u>	 PAG. 26
C) PERCORSO ORGANIZZATIVO RELATIVO ALLA GESTIONE DELLE POLIZZE DI ASSICURAZIONE R.C.A., KASKO, INFORTUNI, ALL RISK, ALL RISK BENI ARTISTICI, RESPONSABILITÀ PATRIMONIALE,SPERIMENTAZIONI CLINICHE, ECC...	
principali adempimenti	PAG. 26
fonti di riferimento	PAG. 27
C1) attività preliminari	PAG. 27
C2) attività istruttoria	PAG. 27
C3) adempimenti successivi alla definizione del sinistro	PAG. 28

INTRODUZIONE

Presso l'Azienda Usl di Ferrara è stata avviata a partire dall'anno 2017 un'unica struttura operativa complessa, a livello provinciale, costituita con atto deliberativo n.296 del 4/11/2014 dell'Azienda Usl di Ferrara e n.206 del 4/11/2014 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, con la finalità di gestire tutti i sinistri di entrambe le Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara (Azienda Usl e Azienda Ospedaliero-Universitaria) e le relative polizze assicurative, per consentire un'efficace gestione del contenzioso, omogeneizzando le relative procedure in essere, tenuto conto altresì dei percorsi organizzativi afferenti alla gestione diretta dei sinistri di responsabilità civile verso terzi, secondo quanto previsto dalla delibera della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna n.2079/2013 e successive modifiche e integrazioni, dall'1/1/2017.

Dall'attivazione del Programma regionale di gestione sinistri la più importante normativa sopravvenuta è costituita dall'entrata in vigore a partire dall'1/4/2017 della Legge n.24 dell'8/3/2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e dalla recente circolare n.12/2019 della Regione Emilia Romagna in ordine all'"Applicazione dell'art 13 della legge 8 marzo 2017 n.24 sull'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità e degli artt.4 comma 3 e 10 comma 4 della l.8/3/2017n.24 circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie".

Rispetto alla procedura precedentemente indicata la maggior novità introdotta dalla circolare regionale n. 12/2019 riguarda l'anticipazione della procedura correlata alle individuazione degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità' cui trasmettere le informative di cui all'art. 13 L.24/2017.

Dette informative devono essere inviate nella fase iniziale dell'istruttoria.

La U.O. di Medicina Legale deve individuare i sanitari, potrà fissare un incontro con i medesimi e/o visionare le eventuali osservazioni dagli stessi presentate dandone conto nella relazione di competenza e il Comitato Valutazione Sinistri Unico deve dare atto del completo esperimento delle suddette procedure prima di assumere le decisioni di competenza in ordine alla definizione del sinistro.

Nei casi più complessi, il termine massimo per l'individuazione degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità' potrà essere contestuale alla sottoscrizione della relazione della U.O. di Medicina Legale e, in tal caso, ne deriva che,ove fossero presentate da parte dei sanitari interessati le osservazioni richieste, la U.O. di Medicina Legale potrà valutare nuovamente la propria relazione anche alla luce di di dette osservazioni prima di sottoporla al CVSU.

A) PERCORSO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DERIVANTI DA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI "IN REGIME DI AUTOGESTIONE" SECONDO LA DELIBERAZIONE N. 2079 DEL 23/12/2013 DELLA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA A PARTIRE DALL'1/1/2017.

FONTI DI RIFERIMENTO

- delibera dell'Azienda Usl di Ferrara n. 296 del 04/11/2014 e delibera dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara n. 206 del 04/11/2014;
- procedure di gestione eventi clinici avversi per l'Azienda Usl o analoga procedura per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- verbale incontro dell'11/5/2016 con i Direttori Amministrativi;
- regolamento gestione protesi mobili dell'Azienda Usl di Ferrara;
- Circolare della Procura Generale della Corte dei Conti di Roma trasmessa alle varie Pubbliche Amministrazioni con nota Prot. n. 1474/2007 del 18/12/2007 del Prefetto di Ferrara;

- documento di Area Vasta anno 2007/2008 sulla segnalazione dei sinistri in franchigia costituenti ipotesi di danno erariale;
- Circolare della Regione Emilia-Romagna P.G. n. 132861 del 27/5/2009 ad oggetto "Documento sulle politiche assicurative e di gestione del rischio nelle Aziende del SSR dell'Emilia-Romagna";
- nota Prot. 60108 del 3/3/2014 della Regione Emilia Romagna in materia di denunce alla Corte dei Conti.
- D.G.R. n.927/2011:"Approvazione delle direttive alle Aziende sanitarie per la regolamentazione delle relazioni in ambito di Area Vasta";
- D.G.R. n. 653/2012:" Linee di programmazione e finanziamento delle aziende del SSR per l'anno 2012_Allegato B";
- D.G.R.n.1349/2012:Approvazione del progetto di legge regionale recante"Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile degli Enti del Servizio Sanitario Regionale";
- D.G.R. n.1350/2012:Approvazione del"Programma regionale per la Prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie";
- Legge Regionale Emilia Romagna n.13 del 7/11/2012: "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio sanitario regionale", modificata dalla L.R. n.28 del 7/11/2012;
- Deliberazione n.2079 del 23/12/2013 della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna: "Approvazione del Programma Regionale per la Prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie".
- Circolare n.17-PG2015/0887677 del 23/12/2015.Specifiche tecniche per la gestione del data-base dei sinistri in Emilia Romagna-Anno 2016;
- DGR.n.603/2016.Gestione diretta dei sinistri in sanità. Indicazioni in ordine al rimborso delle spese legali con oneri a carico della Regione Emilia Romagna;
- Determinazione Dirigenziale Regione Emilia Romagna n. 11664 del 20/7/2016:"Programma regionale gestione dei sinistri in sanità. Procedure e modalità operative relative al rimborso spese legali con oneri a carico della Regione Emilia Romagna",
- Nota della Regione Emilia Romagna Pg/2016/776113 del 20/12/2016:"Programma Regionale Gestione Diretta dei Sinistri in sanità. Linee di indirizzo",
- Allegato al Pg 2016/0776113 del 20/12/2016.Linee di indirizzo regionale per la definizione delle procedure per la gestione dei sinistri in sanità;
- Legge n. 24 dell'8/3/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
- Nota prot 302132 del 20/4/2017 " Prime indicazioni applicative in materia rivolte alle Aziende sanitarie della Regione
- nota Pg/2017/570128 dell'8/8/2017 della Regione Emilia Romagna "Flussi finanziari Aziende sanitarie ammesse al Programma Regionale gestione diretta sinistri. Rendicontazione sinistri sopra soglia"
- nota PG/2018/474443 del 2/7/2018 dela Regione Emilia Romagna " indicazioni operative relative al rimborso degli oneri sostenuti dalle Aziende e dagli Enti del SSR inerenti il Programma regionale di gestione diretta dei sinistri";
- D.G.R. n. 1565/2018 "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie. Ambito di applicazione soggettivo e oggettivo";
- nota PG 2019/0314909 dell'1/4/2019." Chiarimenti in ordine alla DGR 1565 del 24/7/2018 recante "Programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e gestione dei sinistri derivanti da responsabilità nelle aziende sanitarie. Ambito di applicazione soggettivo e oggettivo"
- nota Pg 2019/0159500 del 13/2/2019. "Rispetto degli adempimenti finalizzati alla cogestione dei sinistri di seconda fascia";

- Circolare n.12/2019 Regione Emilia Romagna in ordine "all'applicazione dell'art 13 della L.8 marzo 2017 n.24 sull'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilit  e degli artt. 4.comma 3 e 10 comma 4 della L.8/3/2017 circa gli obblighi di pubblicit  in capo alle strutture sanitarie pubbliche".

-nota Pg/2020/126738 del 13/2/2020 della Regione Emilia Romagna "Indicazioni circa il rimborso degli oneri sostenuti dalle Aziende e dagli Enti del SSR inerenti il Programma regionale di Gestione Diretta dei sinistri. Trasmissione delle richieste con cadenza semestrale "

FASE A1) : ATTIVIT  PRELIMINARE A SEGUITO DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO DANNI E ALTRE RICHIESTE DA PARTE DELL'AUTORIT  GIUDIZIARIA

Al ricevimento della richiesta di risarcimento danni e/o alla notifica di mediazioni, atti giudiziari o di notifica di indagine penale da parte dell'Autorit  Giudiziaria pervenute all'Azienda Usl o all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, l'U.O. Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso provvede *all'apertura del sinistro*, registrandolo in apposita banca dati attribuendovi un numero progressivo interno e, per quanto di propria competenza e in collaborazione con la U.O. di Medicina Legale, alla regolare implementazione del Database Regionale di Gestione del Contenzioso.

Qualora le richieste di risarcimento danni dovessero pervenire ad altre diverse articolazioni organizzative dell'Azienda Usl e/o dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, queste ultime dovranno trasmetterle tempestivamente (2/3 gg.) al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso.

Dovr  essere trasmessa al medesimo Servizio Assicurativo ogni notizia di attivazione di indagine penale da parte dell'Autorit  Giudiziaria unitamente ad una breve relazione da parte della struttura coinvolta sul fatto.

In particolare a seguito del ricevimento dei seguenti atti:

- a) richiesta formale di risarcimento danni da parte dell'interessato, suo rappresentante legale;
- b) istanza di mediazione ex Dlg n.28/2010 e s.m.i.;
- c) atto di citazione in giudizio civile;
- d) attivazione di accertamento tecnico preventivo ex 696 bis cpc in sede giudiziaria;
- e) chiamata in causa di terzo dell'Azienda in sede giudiziaria;
- f) citazione dell'Azienda quale responsabile civile nell'ambito de procedimento penale;
- g) comunicazione di atti di indagine penale da parte della Autorit  Giudiziaria penale
- h) richiesta di patrocinio legale da parte del dipendente indagato/imputato in sede penale e/o convenuto in sede civile.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso provvede a :

1. comunicare al soggetto danneggiato e/o al relativo legale circa l'avvenuta ricezione della richiesta di risarcimento danni, nel termine di 30 giorni dal ricevimento della stessa richiesta, ai sensi della L.241/90, allegando relativa informativa ex art 13 Dlg.vo n.196/2003 e s.m.i. e Reg. U.E n.2016/679; inoltre dovranno essere fornite tutte le successive informazioni sulla gestione della pratica. Nella predetta comunicazione verr  inserita l'indicazione del numero telefonico e dell'indirizzo di posta elettronica del Servizio di Medicina Legale al quale il danneggiato e/o il proprio legale potranno fare riferimento per concordare l'eventuale visita medica;
2. aprire il sinistro nel data base regionale per la parte di competenza;
3. comunicare il suddetto "sinistro" alla competente Direzione di Presidio Ospedaliero/Dipartimento Cure Primarie/ Dipartimento Salute Mentale/Dipartimento Sanit  Pubblica dell'Azienda Usl ovvero alla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara per l'acquisizione della documentazione relativa al " sinistro" e della relazione sul caso da parte del Direttore della struttura coinvolta nell'evento.

Le strutture sanitarie di riferimento dell'Azienda Usl di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, come sopra individuate, provvedono al reperimento della documentazione sanitaria trasmettendo all'U.O. Medicina Legale e al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso la predetta documentazione entro 10 giorni dal ricevimento della suddetta richiesta corredata di elenco del personale che ha avuto in cura il soggetto danneggiato. Le competenti Direzioni Mediche di Presidio e di Dipartimento sono responsabili della completezza della documentazione che verr  trasmessa al Servizio Medicina Legale e al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;

4. trasmettere all'U.O Medicina Legale la segnalazione del sinistro per la redazione della consulenza medico-legale e per l'individuazione degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità.

La relazione medico-legale deve essere trasmessa al Servizio assicurativo entro il termine massimo di 90 giorni dal ricevimento della documentazione medica trasmessa dalle Direzioni di Presidio / Dipartimento. Dovrà inoltre essere trasmessa dall'U.O Medicina Legale al Servizio Assicurativo l'individuazione tempestiva degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della suddetta documentazione medica trasmessa dalle Direzioni di Presidio / Dipartimento, onde consentire al Servizio assicurativo Comune e del Contenzioso di inviare loro le comunicazioni ex art. 13 L.24/2017, fatto salvo comunque il termine massimo di individuazione di detti sanitari dato dalla sottoscrizione della consulenza medico-legale;

5. ricevuta dall'U.O Medicina legale detta comunicazione formale, provvede entro il termine massimo di 45 giorni, alla redazione e trasmissione dell'informativa completa ex art13 L.24/2017 ai suddetti esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità assegnando loro un termine di 45 giorni per l'esercizio dei diritti partecipativi.

La comunicazione ex art 13 L.n.24/2017 è individuale e in caso di più soggetti coinvolti può essere trasmessa loro anche in momenti diversi, secondo il momento dell'effettiva individuazione di ciascun soggetto da parte dell'U.O. Medicina legale. Resta fermo che in tale caso la U.O. di Medicina Legale potrà valutare nuovamente la propria relazione alla luce delle osservazioni eventualmente presentate dai sanitari anche individuati in momenti successivi a quello iniziale

L'informativa da recapitare via pec o racc. a/r contiene una descrizione della richiesta di risarcimento danni ricevuta dall'Azienda, allegandola, indica il termine di 45 giorni entro il quale gli esercenti coinvolti nel caso fonte di potenziale responsabilità possono presentare osservazioni o documentazione e l'invito a partecipare alle trattative.

In ogni caso la natura dei poteri partecipativi riconosciuti e riconoscibili all'esercente non può spingersi sino ad un potere di veto/blocco alla definizione transattiva della controversia da parte dell'Azienda intimata dal danneggiato

6. Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso, per i dipendenti dell'Azienda Usl di Ferrara e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per i dipendenti di quest'ultima, provvedono all'informativa tecnico assicurativa processuale dei rispettivi dipendenti coinvolti nella richiesta di risarcimento danni e/o nell'attività processuale, anche in sede penale, informandoli circa l'eventuale patrocinio legale secondo il CCNL e curando i successivi adempimenti, ivi compresa la liquidazione e il pagamento degli onorari, secondo i rispettivi regolamenti di tutela legale.

Al fine di consentire al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso un'adeguata gestione dei sinistri che comportano la responsabilità civile verso terzi, la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria trasmetterà a detto Servizio, con sollecitudine e comunque entro 10 giorni, copia delle suddette richieste di patrocinio legale e della relativa documentazione.

7. In caso di mediazione e di attivazione dell'Autorità Giudiziaria si rimanda agli adempimenti previsti alla fase A5).

L'U.O Medicina legale provvede a:

1. esaminare in via preliminare la richiesta danni e la documentazione allegata e ricevuta .
2. registrare le parti di competenza sul data base regionale;
3. valorizzare ogni richiesta danni anche in via potenziale sia ai fini della quantificazione dei fondi aziendali sia ai fini dell'implementazione del data base regionale per la parte di competenza dell'U.O Medicina Legale, sulla base degli elementi di cui ha la disponibilità;
4. quantificare il danno biologico in termini percentuali onde consentire al Servizio Assicurativo di valutare il possibile superamento della soglia regionale di € 250.000,00 per la conseguente segnalazione al Nucleo Regionale da effettuarsi a cura del Responsabile del programma *ogni 6 mesi* ;
5. individuare gli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità ai fini delle notifiche agli stessi ex art 13 Legge n.24/2017 da parte del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e provvede conseguentemente alla comunicazione

formale al Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso di detti nominativi corredati delle generalità complete (nome e cognome per esteso e qualifica professionale ricoperta) e di ogni altro elemento utile ai fini dell'informativa.

Tali individuazione e comunicazione formale deve essere effettuata dall'U.O. Medicina Legale tempestivamente e comunque entro il termine massimo di 30 giorni dalla ricezione della documentazione medica inviata dalle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero / Distretti e Dipartimenti sanitari.

Il termine **massimo** ed eccezionale di individuazione e comunicazione formale da parte dell'U.O. Medicina Legale dei nominativi degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità è dato dalla sottoscrizione della relazione medico-legale relativa al sinistro con la precisazione però che detta individuazione può essere integrata anche successivamente qualora il coinvolgimento dell'esercente divenga noto alla struttura in un momento posteriore a quello in cui la stessa sia in grado di individuare il soggetto nei cui confronti la decisione amministrativa può sortire effetti pregiudizievoli in ragione di un'asserita responsabilità.

Nel caso in cui emergano elementi che rendano impossibile l'individuazione del personale coinvolto (ad es. in caso di infezione contratta nel corso di più ricoveri...) ovvero nei casi in cui sia impossibile individuare la causa del sinistro, è necessario provare che è stata posta in essere ogni possibile azione all'interno dell'Azienda utile a tal fine, ivi inclusa la previsione di un accurato percorso di individuazione dell'esercente in modo da poter escludere che tale omissione sia il frutto di mera inerzia o comunque di inadeguatezza o insufficienza dell'azione amministrativa.

Soggetti coinvolti nella fase preliminare:

- a) Servizio Assicurativo comune e del contenzioso;
- b) Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria;
- c) Direzioni dei Dipartimenti Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale dell'Azienda Usl;
- d) U.O. di Medicina Legale;
- e) Strutture del Rischio Clinico delle rispettive Aziende Sanitarie;
- f) Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

FASE A2): ATTIVITÀ ISTRUTTORIA

L'U.O. Medicina legale procede :

- alla visita del soggetto danneggiato, laddove necessario e/o richiesto dal danneggiato, con esame della documentazione sanitaria prodotta ivi comprese relazioni medico-legali di parte, ricostruendo l'iter clinico ;
- alla valutazione della compatibilità tra la documentazione sanitaria e le relazioni cliniche prodotte;
- alla valutazione della congruità della documentazione sanitaria prodotta;
- all'eventuale audizione degli operatori sanitari coinvolti e alla valutazione delle osservazioni e della documentazione presentata dagli 'esercenti la professione sanitari coinvolti ai quali sono state inviate le comunicazioni ex art 13 L.n.24/2017 al fine di consentire fin dall'inizio del procedimento di apertura del sinistro, la partecipazione dei sanitari coinvolti con possibilità di produrre osservazioni, indicazioni documentali o di essere sentiti dall'U.O. Medicina Legale in eventuale apposito colloquio, consentendo l'acquisizione degli elementi utili prima ancora della redazione della consulenza medico-legale;
- alla registrazione delle parti di competenza sul data base regionale;
- a redigere la relazione medico-legale che dovrà indicare: la sussistenza o meno di elementi di responsabilità per colpa professionale da parte degli operatori delle Aziende, specificando la sussistenza o meno del nesso di causalità fra l'evento e le conseguenze dannose verificatesi e indicando gli elementi per la quantificazione dell'eventuale danno psico-fisico

In particolare, più analiticamente, la **relazione medico legale deve contenere** i seguenti elementi:

- dati anagrafici ed identificativi della persona visitata;
- dati identificativi del sinistro;
- descrizione del fatto e sintesi documentale;

- riepilogo e sintesi della eventuale documentazione prodotta dalla parte istante e di altra documentazione sanitaria e/ o amministrativa acquisita;
- sussistenza di responsabilità sanitaria anche con individuazione di linee guida, procedure e protocolli di riferimento aziendale e regionale;
- nesso causale tra condotta ed eventuale danno;
- quantificazione del danno(danno biologico temporaneo e permanente, nelle sue componenti statiche e dinamico relazionali,danno alla capacità produttiva; eventuale" perdita di chance"; eventuale danno differenziale con relativi baremes di riferimento ;
- parere sulla congruità delle spese sanitarie documentate;
- eventuale parere sul rischio connesso alla definizione giudiziale del caso considerando elementi diversi dalla condotta tecnico professionale quale ad esempio la gestione della documentazione sanitaria e del consenso;
- valutazione delle eventuali osservazioni e della documentazione presentata dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti ai quali sono state inviate le comunicazioni ex art 13 Legge n.24/2017 oppure dando atto che non sono pervenute osservazioni;
- Nel caso in cui emergano elementi che rendano impossibile l'individuazione del personale coinvolto (ad es. in caso di infezione contratta nel corso di più ricoveri...) ovvero nei casi in cui sia impossibile individuare la causa del sinistro, è necessario provare che è stata posta in essere ogni possibile azione all'interno dell'Azienda utile a tal fine, ivi inclusa la previsione di un accurato percorso di individuazione dell'esercente in modo da poter escludere che tale omissione sia il frutto di mera inerzia o comunque di inadeguatezza o insufficienza dell'azione amministrativa;
- conclusione del processo di individuazione dei professionisti coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità ciò sia ai fini dell'art 13 l.24/2017 che della segnalazione alla Corte dei Conti.

Gli elementi di cui sopra costituiscono indispensabile riferimento per l'assunzione delle successive decisioni e presupposto per la quantificazione del danno in termini economici in sede di C.V.S.U.

La relazione medico-legale viene trasmessa dall'U.O. Medicina Legale all'U.O. Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso.

La relazione medico-legale costituisce atto riservato destinato alle rispettive Aziende, ai periti e legali incaricati della difesa delle Aziende.

In caso di richiesta di accesso atti, l'accesso alla relazione medico-legale è differito a tutela del diritto di difesa delle Aziende sanitarie così come previsto dall'art.2 undecies comma 3 lettera e) del Dlgs.n. 196/2003,e s.m.i e REG. UE 2016/679, in quanto trattasi di atti riservati destinati alle Aziende stesse, ai legali e ai periti incaricati dalle stesse.

Il Servizio Assicurativo provvede :

- ad approfondire giuridicamente i casi sulla base della documentazione acquisita dalle strutture sanitarie e sulla base della relazione del Servizio comune di Medicina legale;
- definisce, sulla base della valutazione medico legale, che deve essere il più possibile tempestiva, la stima attuariale presunta del risarcimento danni al fine anche di determinare l'importo delle riserve per consentire all'U.O. Economico-finanziaria il corretto accantonamento del fondo assicurativo; la verifica delle riserve viene effettuata periodicamente.La quantificazione economico-finanziaria del danno è necessaria ed indispensabile per definirne la fascia economica (cioè se inferiore o superiore a € 250.000,00 per stabilire se la trattazione del sinistro sia di esclusiva competenza delle Aziende sanitarie ovvero risulti necessaria l'attivazione della procedura diretta all'acquisizione del parere del Nucleo regionale di valutazione);
- il Servizio Assicurativo provvede ad implementare i data bases regionali per entrambe le Aziende in collaborazione con l'U.O. Medicina Legale, per i "campi" di rispettiva competenza;
- procede ad elaborare relazione di sintesi sui casi oggetto di trattazione in CVS, sulla base della valutazione di accoglibilità / reiezione del sinistro e della quantificazione del danno eseguite dal Servizio Medicina legale.
- In caso di individuazione nella relazione medico legale o di **ulteriore successiva** individuazione di esercenti la professione sanitaria coinvolti nell'evento contenuta nella relazione medico-legale

provvede entro il termine di 45 giorni alla redazione e trasmissione dell'informativa completa ex art.13 L. 24/2017 ai suddetti esercenti la professione sanitaria coinvolti, assegnando loro un termine di 45 giorni per l'esercizio dei diritti partecipativi.

PROCEDURA ISTRUTTORIA IN CASO DI ATTIVAZIONE DEL NUCLEO REGIONALE DI VALUTAZIONE

Nel caso in cui, sulla base delle valutazioni e della relazione della Medicina legale e della stima economica presunta, il sinistro superi l'ammontare di € 250.000,00 tutta la documentazione clinica ed amministrativa, (compreso il verbale del CVSU, le comunicazioni ex art 13 Legge n. 24/2017 recapitate agli esercenti coinvolti, nonché tutta la documentazione aggiuntiva prodotta dai professionisti interessati) viene inoltrata previa richiesta di parere espresso dal CVSU, a cura del Responsabile dell'Attuazione del Programma Regionale (individuato nell'ambito dell'organizzazione dell'U.O. di Medicina legale) al Nucleo Regionale di Valutazione per la formulazione del parere obbligatorio, al quale il CVSU si atterrà poi nella proposta di definizione del sinistro.

La documentazione clinica ed amministrativa dovrà contenere la relazione medico-legale, oltre all'eventuale perizia di parte fatta redigere dal richiedente il risarcimento, il verbale del CVSU, copia delle comunicazioni ex art 13 Legge n.24/2017 recapitate agli esercenti coinvolti, nonché tutta la documentazione aggiuntiva prodotta dai professionisti interessati

Il Nucleo Regionale di Valutazione esprime obbligatoriamente un parere consultivo sulla sussistenza della responsabilità, sull'identificazione delle voci di danno, sulla quantificazione e liquidabilità delle stesse.

La comunicazione da parte delle Aziende Sanitarie al Nucleo Regionale dei dati relativi ai sinistri deve formalizzarsi nel rispetto della normativa prevista dal D.Lgs. 196/03 e s.m.i.e Reg U.E 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali). A tal fine ogni Azienda, in qualità di titolare dei relativi trattamenti, ha nominato il coordinatore del Nucleo regionale quale "responsabile esterno" del trattamento dei dati trasmessi per le finalità previste dal Programma di gestione diretta dei sinistri, con impegno all'applicazione della suddetta normativa.

Il Nucleo Regionale può procedere ad incontri con il personale coinvolto qualora lo ritenga necessario ai fini dell'istruttoria.

I contatti con le due Aziende sanitarie da parte del Nucleo Regionale avvengono tramite il Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale individuato nell'ambito dell'organizzazione del Servizio Medicina legale, il cui nominativo è comunicato al Nucleo Regionale.

Soggetti coinvolti nella fase istruttoria:

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- b) U.O. Medicina Legale;
- c) Nucleo regionale di Valutazione (per sinistri superiori ad € 250.000,00);
- d) Responsabile per l'attuazione del programma Regionale.

PRINCIPI FONDAMENTALI SULLA GESTIONE DEI SINISTRI NELLA FASE ISTRUTTORIA.

Per realizzare una corretta gestione dei sinistri, risulta essenziale il diretto coinvolgimento, fin dal momento del verificarsi dell'evento dei professionisti interessati, che devono fornire la più ampia collaborazione nella fase istruttoria del sinistro e hanno il diritto ad essere costantemente aggiornati in merito all'evoluzione del caso.

Il pieno coinvolgimento dei professionisti consente non solo di acquisire maggiori informazioni sulle cause dell'accadimento, ma anche di giungere ad un'analisi più adeguata dei punti di debolezza dell'intero sistema.

Inoltre, l'operatore sanitario deve sin da subito maturare la consapevolezza dell'entità del risarcimento ed la conseguente responsabilità avanti la Corte dei Conti in caso di "*colpa grave*".

Il Servizio Medicina legale esamina tutta la documentazione sanitaria relativa al sinistro e condivide le risultanze dell'istruttoria con il Servizio Assicurativo che può orientare la scelta in merito alla opportunità di definizione o meno del sinistro, sulla base degli orientamenti giurisprudenziali.

FORMAZIONE

Occorre prevedere un adeguato periodo di formazione / addestramento per fornire a tutti gli operatori del Servizio Assicurativo e del Servizio medicina legale un perfezionamento delle competenze e capacità tecnico-professionali.

FASE A3): ATTIVITÀ DEL “COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI UNICO”

È unico per entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi.

Costituisce luogo di sintesi di competenze medico-legali, assicurative, legali.

In esso vengono assunte, dai relativi componenti, le decisioni circa la definizione stragiudiziale o meno dei sinistri, alla luce dell'istruttoria raccolta, tenuto conto delle relazioni medico legali redatte dai medici legali dell'U.O Medicina Legale che riconoscano la sussistenza del nesso di causalità e del danno non patrimoniale anche in termini di percentuale, con prospettazione della relativa quantificazione economica, sulla base della quale poi l'U.O. Servizio Assicurativo andrà a trattare i sinistri con i danneggiati.

I componenti del CVSU sono individuati dalle Direzioni Generali tenuto conto delle indicazioni del Programma Regionale.

Fanno parte del CVSU:

- Dirigente Responsabile del M.O. Contenzioso Medico-Legale dell'U.O. Medicina Legale con funzioni di Coordinatore;
- Direttore del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- Dirigente del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- Segretario.

Può essere invitato a partecipare il Dirigente del M.O. Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria o suo delegato.

Può essere invitato altresì a parteciparvi un Dirigente della Direzione Sanitaria Ospedaliera o un Dirigente dei Servizi Territoriali da individuare di volta in volta in relazione al contesto nel quale si è verificato l'evento che ha originato la richiesta di risarcimento danni.

Il Comitato è convocato dal Coordinatore che si avvale del Segretario, con indicazione degli argomenti e dei sinistri oggetto di trattazione.

Presso la Segreteria del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso è depositata la documentazione istruttoria che è consultabile da ogni componente.

Il Comitato Valutazione Sinistri Unico è validamente costituito con la presenza della maggioranza dei componenti e decide in accordo tra essi.

Ogni componente può esprimere il proprio motivato dissenso alla decisione, dandone atto nel verbale.

Il CVSU si riunisce ogni 15/30 gg. a seconda del numero di richieste di risarcimento danni da valutare, della complessità o della gravità delle stesse ed in relazione ai carichi di lavoro e alle opportunità organizzative, ai termini delle mediazioni o processuali.

Compiti del Comitato Valutazione Sinistri Unico

- verifica tutta la documentazione relativa all'evento in base alla presentazione delle risultanze dell'attività istruttoria;
- verifica l'avvenuta individuazione e comunicazione formale da parte dell'U.O Medicina legale al Servizio Assicurativo dei nominativi degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro ;
- verifica le avvenute notifiche ex art 13 L.n.24/2017
- discute la consulenza medica e/o tecnica comprensiva delle osservazioni eventuali formulate dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti ex art.13 L.24/2017 e della documentazione aggiuntiva eventualmente dagli stessi prodotta.

In ogni caso la natura dei poteri partecipativi riconosciuti e riconoscibili al sanitario non può spingersi sino ad un potere di veto/blocco alla definizione transattiva della controversia da parte dell'Azienda intimata dal danneggiato;

- valuta la possibilità di chiedere una ulteriore perizia ad altro consulente o a specialista;
- può ascoltare i responsabili delle strutture coinvolte nell'evento;
- valuta, la possibilità di comporre la vertenza stragiudizialmente ovvero il diniego delle pretese avanzate dai danneggiati;
- valuta la possibilità di soccombenza in giudizio;
- verifica la congruità del risarcimento del danno richiesto dai soggetti danneggiati sia in sede stragiudiziale (compresa la fase della mediazione) che giudiziale (in corso di causa in rapporto con gli avvocati incaricati della difesa di entrambe le Aziende Sanitarie);
- verifica la quantificazione prospettata dall'U.O. Servizio Assicurativo rispetto all'entità della somma da riconoscere al danneggiato a titolo di risarcimento danni sulla base della/e consulenze medico legali disponibili e delle tabelle applicabili, tenuto conto anche degli orientamenti giurisprudenziali;
- per i sinistri a gestione aziendale diretta, con un importo presunto di risarcimento fino a € 250.000,00 l'attività del CVSU riguarderà la disamina delle richieste di risarcimento danni, unitamente a tutta la documentazione sanitaria con la discussione del caso da parte dei componenti del comitato, fino all'espressione di un giudizio sull'evento, con particolare riferimento alla misura risarcitoria. Il lavoro del CVSU si chiude con una scheda di sintesi contenente il parere sull'opportunità di liquidare o meno il sinistro e la misura dell'eventuale risarcimento, autorizzando l'U.O. Servizio Assicurativo ad avviare le trattative con controparte per la definizione del sinistro entro i limiti economici preconcordati dell'importo di danno riconosciuto;
- nel caso in cui, sulla base della prospettazione elaborata del U.O. di Medicina Legale, il sinistro superi presuntivamente l'ammontare di € 250.000,00 il Comitato Valutazione Sinistri dell'Azienda istruisce la pratica e redige una relazione sul sinistro che contiene il parere medico-legale e che deve avere ad oggetto sia la descrizione dell'evento dannoso, sia la valutazione dei profili di responsabilità e, in caso di sussistenza dei medesimi, la quantificazione del danno; l'Azienda, tramite il Responsabile dell'Attuazione del Programma Regionale, trasmette al Nucleo Regionale la documentazione e, se esistente, la perizia di parte fatta redigere dal richiedente il risarcimento, il verbale del CVSU, copia delle comunicazioni ex art 13 L.n.24/2017 recapitate agli esercenti coinvolti, nonché tutta la documentazione aggiuntiva prodotta dai professionisti interessati
- il Nucleo Regionale esamina la documentazione ed esprime un parere obbligatorio sulla liquidabilità del sinistro in termini di sussistenza della responsabilità e di determinazione del quantum. Il Nucleo Regionale può compiere comunque tutte le operazioni necessarie all'adozione del parere, disponendo, ove occorra, integrazioni istruttorie ed in particolare procedere ad incontri con il responsabile dell'Attuazione del Programma Regionale al fine di valutare congiuntamente i profili della sussistenza del danno. Il Nucleo regionale provvede a comunicare all'Azienda lo stato di avanzamento del sinistro, anche al fine di informare il personale sanitario coinvolto nell'evento avverso e, qualora lo ritenga necessario ai fini dell'attività istruttoria, procede ad incontri con lo stesso. Il Nucleo Regionale trasmette all'Azienda il proprio parere. In caso di riconoscimento della responsabilità, l'Azienda tratta con il richiedente, per il tramite del Servizio Assicurativo, la definizione del sinistro secondo i termini indicati dal Nucleo Regionale

Il CVSU tratta la definizione dei sinistri r.c.t. per danni a cose (ad es. smarrimento protesi o altro) per i quali viene seguita analogo procedura di cui ai punti precedenti.

Di ogni seduta e di ogni caso trattato viene redatto apposito verbale sottoscritto dal coordinatore e dai componenti nonché dal segretario verbalizzante.

Il verbale deve dare atto dell'avvenuto adempimento delle comunicazioni ex art 13 Legge n.24/2017 nei confronti di tutti gli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità e che le determinazioni conclusive in seno al CVSU siano state fatte previa valutazione

anche delle osservazioni e della documentazione aggiuntiva eventualmente prodotta dai professionisti, da annotare anch'esse in verbale.

Tempi per la gestione del sinistro

Entro 6 mesi dalla data di presa in carico del sinistro da parte del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso si dovrà pervenire ad una proposta di definizione (risarcimento/reiezione);

Tuttavia, i termini di cui sopra sono sospesi nel caso in cui il paziente o il suo legale non diano positivo riscontro alle richieste avanzate da parte del Servizio Assicurativo o dal CVSU, ad esempio nei casi di mancata produzione di documentazione in possesso del paziente, per la mancata presentazione alla visita medico-legale da parte del danneggiato ovvero per la mancata stabilizzazione dei postumi della lesione o anche nel caso in cui sia stata richiesto un ulteriore approfondimento da parte del CVSU o in cui venga richiesta una "*second opinion*" ad altro specialista, oppure su esplicita richiesta della U.O. di Medicina Legale in caso di sinistri di particolare e provata complessità oppure nel caso di sinistri superiori ad € 250.000,00 per acquisizione del parere obbligatorio del Nucleo Regionale.

Il predetto termine inoltre può essere sospeso nei casi in cui si ritenga opportuno attendere l'esito di eventuali indagini disposte dalla Magistratura.

Soggetti coinvolti in questa fase:

- a) Comitato Valutazione Sinistri Unico;
- b) Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso;
- c) U.O. Medicina Legale;
- d) Nucleo Regionale di Valutazione.

FASE A4): ADEMPIMENTI SUCCESSIVI ALLA TRATTAZIONE IN C.V.S.U.

Per trattazione di sinistri presuntivamente inferiori ad € 250.000,00.

A seguito della decisione del CVSU di definizione stragiudiziale del sinistro, qualora l'importo sia contenuto nel limite di € 250.000,00 come da autorizzazione da parte dello stesso CVSU e nei limiti economici da esso indicati, il Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso:

- a. cura il perfezionamento della transazione con il danneggiato o suo rappresentante;
- b. propone al Direttore Generale delibera di approvazione della proposta di accordo con il danneggiato o suo rappresentante;
- c. cura la predisposizione e la ricezione dell'atto unilaterale di quietanza, con rilascio di liberatoria, da parte della persona danneggiata;
- d. provvede alla liquidazione e al pagamento della somma oggetto di transazione;
- e. provvede alle relative messe in mora dei dipendenti e alle conseguenti segnalazioni alla Corte dei Conti (per l'Azienda Usl) mentre trasmette gli atti relativi alla definizione dei sinistri di competenza, all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per i relativi adempimenti;
- f. implementa per quanto di competenza il relativo data base del contenzioso regionale e chiude il sinistro ad avvenuta definizione dello stesso.

Per la trattazione di sinistri presuntivamente eccedenti € 250.000,00.

A seguito della ricezione del parere del Nucleo Regionale di Valutazione e di autorizzazione da parte del CVSU, nei limiti economici indicati, il Servizio Assicurativo:

- a. cura il perfezionamento della transazione con il danneggiato o suo rappresentante;
- b. propone al Direttore Generale delibera di approvazione della proposta di accordo con il danneggiato o suo rappresentante, sulla base del parere obbligatorio del Nucleo Regionale;
- c. cura la predisposizione e la ricezione dell'atto unilaterale di quietanza, con rilascio di liberatoria, da parte della persona danneggiata;
- d. provvede alla liquidazione e al pagamento della somma oggetto di transazione (l'onere finanziario viene assunto dalla Regione, al netto dell'importo di prima fascia pari ad € 250.000,00);

- e. comunica al Nucleo Regionale l'accordo raggiunto o interpella nuovamente, previa convocazione e trattazione in CVSU e tramite il Responsabile dell'attuazione del Programma Regionale, il Nucleo Regionale, nel caso emergano nuovi elementi o non si raggiunga l'accordo secondo la quantificazione indicata nel parere obbligatorio;
- f. provvede alle relative messe in mora dei dipendenti e alle conseguenti segnalazioni alla Corte dei Conti (per l'Azienda Usl) mentre trasmette gli atti relativi alla definizione dei sinistri di competenza, all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per i medesimi adempimenti;
- g. implementa per quanto di competenza il relativo data base del contenzioso regionale e chiude il sinistro ad avvenuta definizione dello stesso.

Soggetti coinvolti in questa Fase:

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- b) Direzione Generale dell'Azienda Usl;
- c) Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

FASE A5): MEDIAZIONE E CONTENZIOSO GIUDIZIARIO

Nei casi in cui il sinistro riconducibile ad ipotesi di responsabilità professionale non sia stato definito in via stragiudiziale ovvero per la prima volta il soggetto danneggiato presenti, con la richiesta di mediazione o con la notifica dell'atto giudiziario, una domanda di risarcimento danni all'Azienda Usl o all'Azienda Ospedaliero Universitaria, detti atti dovranno essere assegnati tempestivamente al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso nel caso in cui il sinistro sia riconducibile alla responsabilità dell'Azienda Usl, mentre verranno assegnati alla Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria se il sinistro è riconducibile alla responsabilità di quest'ultima (che si raccorderà con il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso informandolo della notifica dell'atto giudiziario nonchè per l'eventuale acquisizione presso lo stesso degli atti istruttori e della documentazione, se già presenti).

Lo stesso Servizio Assicurativo e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria curano, per gli ambiti di rispettiva competenza, l'istruttoria dei casi oggetto di contenzioso, raccordandosi con le strutture coinvolte di entrambe le Aziende e con l'U.O. di Medicina Legale.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria provvedono, rispettivamente per le mediazioni e per gli atti giudiziari notificati all'Azienda Usl e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria alle comunicazioni ex art 13 Legge n. 24/2017 agli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro oggetto di mediazione o del relativo atto giudiziario, (entro 45 giorni dal ricevimento della relativa notifica), allegando a dette comunicazione copia del relativo atto(mediazione ex dlgs n.28/2010 e s.m.i.,ricorso 696 bis cpc, ricorso ex art 702 bis cpc, atto di citazione) previa acquisizione dall'U.O Medicina legale di comunicazione formale comprensiva delle generalità complete (nome e cognome per esteso e qualifica professionale ricoperta) dei nominativi di detti esercenti qualora non ricevute in precedenza.

Fase della "Mediazione"

In caso di attivazione della mediazione, il Servizio Assicurativo Comune del Contenzioso e la Direzione Affari legali per le rispettive mediazioni notificate all'Azienda Usl e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria valutano congiuntamente all'U.O di Medicina Legale l'opportunità di aderire o meno al procedimento di mediazione, anche in assenza di una compiuta istruttoria

Per sinistri superiori ad € 250.000,00 viene interpellato il Nucleo Regionale di Valutazione previa richiesta di parere da parte del CVSU e secondo le modalità soprariportate nella Fase A3.

In caso di adesione alla mediazione, per quanto attiene l'Azienda Usl, il Servizio Assicurativo procede alla predisposizione della procura da parte del Direttore Generale all' avvocato scelto di volta in volta in via fiduciaria oppure comunica all'Organismo di Mediazione un motivato diniego alla suddetta partecipazione.

In caso di adesione provvede al pagamento preventivo delle spese di mediazione (a carico delle Aziende sanitarie per sinistri entro € 250.000,00 e della Regione con l'apposito Fondo per sinistri superiori ad € 250,000,00).

Per quanto attiene l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, il conferimento della procura da parte del Direttore Generale verrà curato dalla Direzione Affari Legali della stessa Azienda Ospedaliero-Universitaria secondo quanto previsto dall'atto di delega.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari legali dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria, per i sinistri di rispettiva competenza, provvedono alla nomina dei Consulenti Tecnici di Parte in sede di mediazione, rispettivamente per ciascuna delle due Aziende Sanitarie, previa individuazione del nominativo del consulente medico-legale da parte dell'U.O. di Medicina legale e curano i rapporti con i consulenti Tecnici di parte.

Nel caso in cui emergano successivamente ipotesi di definizione stragiudiziale dei sinistri il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria le trasmetteranno al C.V.S.U. per la relativa trattazione, interpellando, per il parere, il Nucleo Regionale di Valutazione per i sinistri superiori ad € 250.000,00 secondo le modalità illustrate nella Fase A/3.

In caso di contenzioso il cui valore è superiore ad € 250.000,00 le relative spese di mediazione e le spese legali di rappresentanza e difesa delle Aziende, nonché di eventuale consulenza tecnica, fanno carico alla Regione Emilia Romagna, a valere sull'apposito Fondo regionale, secondo la Determinazione Dirigenziale Regione Emilia Romagna n.11664 del 20/7/2016: "Programma regionale gestione dei sinistri in sanità.Procedure e modalità operative relative al rimborso spese legali con oneri a carico della Regione Emilia Romagna"nonchè della nota pg/2017/570128 dell' 8/8/2017 e della nota PG/2020/126738 del 13/2/2020 della Regione Emilia Romagna.

Al riguardo il Servizio Assicurativo invia, entro il 31 luglio , per i sinistri liquidati dall'1 gennaio al 30 giugno del medesimo anno ed entro il 31 gennaio per i sinistri liquidati da 30 giugno al 31 dicembre dell'anno precedente, relativa rendicontazione dei sinistri liquidati per importi sopra soglia richiedendone il rimborso per la parte eccedente € 250.000,00 alla Regione Emilia Romagna nonché delle relative spese legali di difesa in giudizio dell'Azienda e per il patrocinio legale dei dipendenti per relativi sinistri sopra soglia secondo le indicazioni regionali.

Per la rendicontazione di eventuali spese di difesa sostenute dall'Azienda Ospedaliero Universitaria sia per la propria difesa in giudizio che per il patrocinio legale dei dipendenti per i suddetti sinistri sopra soglia provvede la Direzione Affari Legali del Azienda Ospedaliero.Universitaria.

Fase Giudiziaria

In caso di notifica di atto di citazione o altro atto giudiziario (ad es. accertamento tecnico preventivo ex art 696 bis c.p.c.), il Servizio Assicurativo Provinciale raccoglie la relativa istruttoria, da utilizzarsi per la difesa in giudizio e predisponde, per l'Azienda Usl le proposte di delibera di conferimento degli incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio della stessa da parte del Direttore Generale, mentre, per quanto riguarda gli atti giudiziari notificati all'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede a detti adempimenti la Direzione Affari Legali di quest'ultima Azienda .

Resta fermo che il Dirigente Avvocato dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria assume il patrocinio della propria amministrazione, fatte salve circostanze di particolare complessità e/o eccessivo carico di lavoro, per cui l'Azienda si potrà avvalere di un legale esterno cui conferire mandato congiunto e disgiunto al Dirigente Avvocato.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso cura i rapporti con gli Avvocati incaricati della difesa giudiziale dell'Azienda Usl e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria con gli avvocati incaricati eventualmente della difesa di quest'ultima Azienda.

La Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria terrà debitamente informato il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso dell'andamento del contenzioso, trasmettendo allo stesso copia dei relativi atti e della documentazione.

Alla luce della CTU sfavorevole, l'U.O. Medicina Legale provvede altresì all'individuazione del personale coinvolto nel sinistro ex art 13 Legge n.24/2017 anche ulteriore e diverso rispetto a quello già indicato per l'atto introduttivo del giudizio.

In tal caso invia al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso comunicazione formale comprensiva delle generalità complete (nome e cognome per esteso e qualifica professionale ricoperta) degli ulteriori nominativi individuati onde consentire al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso di integrare nei confronti degli stessi le comunicazioni ex art 13 L. n.24/2017.

Se nel corso della causa emergono proposte di definizione stragiudiziale del sinistro il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali, per i rispettivi casi di competenza, provvederanno a trasmetterle unitamente alla relativa documentazione, al CVSU per la relativa decisione, il quale interpellierà, tramite il Responsabile dell'Attuazione del Programma Regionale il Nucleo Regionale di Valutazione per l'acquisizione del previsto parere, per i sinistri superiori ad € 250.000,00. secondo le modalità illustrate nella Fase A/3.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari legali dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria, per i sinistri di rispettiva competenza, provvedono alla nomina dei Consulenti Tecnici di Parte in sede giudiziale per ciascuna delle due Aziende Sanitarie, previa individuazione del nominativo del consulente da parte del Servizio Medicina legale e curano i rapporti con i consulenti Tecnici di parte.

In caso di contenzioso il cui valore è superiore ad € 250.000,00 le relative spese legali di difesa delle aziende sanitarie e di consulenza tecnica fanno carico alla Regione Emilia Romagna, gravando sull'apposito Fondo Regionale secondo quanto previsto dalla Determinazione Dirigenziale Regione Emilia Romagna n.11664 del 20/7/2016: "Programma regionale gestione dei sinistri in sanita. Procedure e modalità operative relative al rimborso spese legali con oneri a carico della Regione Emilia Romagna" nonchè della nota Pg/2017/570128 .dell'8/8/2017 della Regione Emilia Romagna.

Soggetti coinvolti :

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- b) U.O. Medicina Legale;
- c) Direzioni Generali delle due Aziende Sanitarie;
- d) Avvocati incaricati della rappresentanza e difesa;
- e) Dirigente avvocato dipendente dell'Azienda Ospedaliero- universitaria di Ferrara.
- f) Nucleo Regionale di Valutazione Regione;
- g) Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

GESTIONE DELLE VERTENZE E PATROCINIO LEGALE

In assenza di clausola di gestione della lite, precedentemente prevista nella polizza di RCT/RCO, le Aziende devono assumere direttamente la gestione delle vertenze e, per quanto attiene la tutela legale dei dipendenti, sono tenute ad applicare le disposizioni di cui agli artt. 25 CCNL Area Medica 8/6/2000, CCNL Area Dirigenza Amministrativa/ Tecnico/Professionale, 26 CCNL integrativo Accordo per il Comparto Sanità 20/9/01 e 16 CCNL 17/10/08.

Procedimenti civili

Nei contenziosi civili l' Azienda Usl si costituisce in giudizio attraverso un legale esterno scelto da un elenco di professionisti esperti in materia di responsabilità professionale sanitaria preindividuati dall'Azienda medesima, cui verrà conferito mandato di rappresentanza e difesa in giudizio.

Per quanto attiene l'Azienda Ospedaliero- Universitaria la stessa sarà rappresentata e difesa dall'Avvocato Dirigente dipendente (fatte salve circostanze di particolare complessità e/o eccessivo carico di lavoro per cui l'Azienda si potrà avvalere di un legale dell'elenco cui conferire mandato congiunto e disgiunto allo stesso Dirigente Avvocato).

Nelle ipotesi in cui sia convenuto in giudizio, oltre l'Azienda Usl, anche personale dipendente, il medesimo può conferire incarico di difesa al legale scelto nell'ambito dell'elenco tenuto dall'Azienda (normalmente se non vi è conflitto di interessi lo stesso Avvocato patrocina l'Azienda e il dipendente) secondo i presupposti previsti dal 1° comma degli artt. 25 e 26 CCNLL Dirigenza e Comparto (assunzione degli oneri di difesa del dipendente a carico dell'Azienda purchè non vi sia conflitto di interessi e l'Avvocato pratici le tariffe minime di cui al DM n.55/2014)oppure optare per un professionista di fiducia ai sensi del 2° comma dei medesimi articoli, sempre previa comunicazione tempestiva all'Azienda, fin dall'inizio del procedimento, con successiva richiesta di rimborso degli oneri sostenuti, nella stessa misura minima, nel rispetto dei presupposti di cui al 2° comma degli articoli citati.

Nel caso di procedimenti civili che vedano coinvolti simultaneamente l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e i suoi dipendenti, i dipendenti citati in giudizio potranno scegliere un avvocato dell'elenco sempre secondo i presupposti previsti al 1° comma degli artt.25 e 26 dei citati CC.NN.LL. Comparto e Dirigenza del SSN, mentre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria sarà rappresentata e difesa dall'Avvocato Dirigente dipendente della stessa (fatte salve circostanze di particolare complessità e/o eccessivo carico di lavoro per cui l'Azienda si potrà avvalere di un legale dell'Elenco cui conferire mandato congiunto e disgiunto allo stesso Dirigente Avvocato).

Procedimenti penali

In caso di procedimento penale il dipendente coinvolto, in base alle norme contrattuali richiamate in premessa, può conferire incarico di difesa al legale penalista specializzato in materia scelto nell'ambito dell'elenco tenuto dalle Aziende secondo quanto previsto dal 1° comma degli articoli citati oppure optare per un professionista di fiducia ai sensi del 2° comma dei medesimi articoli, sempre previa comunicazione tempestiva alle Aziende, fin dall'inizio del procedimento con successiva richiesta di rimborso degli oneri sostenuti, nella stessa misura minima, nel rispetto dei presupposti di cui al 2° comma degli articoli citati.

COMPITI DEL SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO **in regime di autogestione**

Gestione dei sinistri di rct in regime di autogestione secondo la delibera n.2079/2013 della Giunta della Regione Emilia Romagna e s.m.i.a partire dall'1/1/2017 e secondo i percorsi organizzativi sopra delineati, in particolare:

- istruttoria dei sinistri di entrambe le Aziende e rapporti con le strutture aziendali di riferimento, con eventuale attivazione della procedura "eventi clinici avversi" presso l'Azienda Usl o altra procedura similare presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- rapporti con Il Servizio Comune di Medicina Legale e con le strutture del Rischio Clinico;
- approfondimento giuridico dei casi in trattazione;
- ricevuta dall'U.O Medicina legale la comunicazione formale con le generalità complete degli esercenti coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità, redazione e trasmissione dell'informativa completa ex art.13 L.24/2017 e Circolare n.12/2019 ai suddetti esercenti la professione sanitaria coinvolti, assegnando loro un termine di 45 giorni per l'esercizio dei diritti partecipativi;
- partecipazione alle sedute del Comitato Valutazione Sinistri Unico;
- adempimenti successivi al CVSU, avvio trattative con il danneggiato;
- predisposizione di proposte di delibere per la Direzione Generale di Approvazione degli accordi transattivi ed invio quietanze ai danneggiati;
- adempimenti ex art 13 L.n.24/2017 e circolare Rer n.12/2019 a seguito di notifica di mediazioni e atti giudiziari all'Azienda Usl;
Agli adempimenti ex art 13 Legge n.24/2019 inerenti mediazioni e atti giudiziari notificati all'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede la Direzione Affari Legali di quest'ultima Azienda;
- adempimenti relativi alle "mediazioni" promosse avanti agli Organismi di Mediazione ex Dlg.vo n. 28/2010 e s.m.i.;
- predisposizione degli atti di conferimento degli incarichi di rappresentanza e difesa dell'Azienda Usl in sede giudiziale agli avvocati nell'ambito dell'elenco approvato dalla Direzione Generale e cura dei rapporti con gli stessi per la gestione del contenzioso assicurativo;
- nomina dei Consulenti Tecnici di Parte in sede giudiziale;
- verifica delle parcelle presentate da avvocati e consulenti;
- liquidazione e pagamento delle parcelle dei suddetti professionisti ;
- gestione fondi in autogestione di entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi;

- invio entro il 31 luglio , per i sinistri liquidati dall'1 gennaio al 30 giugno del medesimo anno ed entro il 31 gennaio per i sinistri liquidati da 30 giugno al 31 dicembre dell'anno precedente, della relativa rendicontazione dei sinistri liquidati per importi sopra soglia richiedendone il rimborso per la parte eccedente € 250.000,00 alla Regione Emilia Romagna nonché delle relative spese legali di difesa in giudizio dell'Azienda e per il patrocinio legale dei dipendenti per relativi sinistri sopra soglia secondo le indicazioni regionali;
- informazione ai dipendenti sottoposti a procedimento civile, penale, contabile per fatti riconducibili ad attività di servizio generatrici di danni a terzi e previa comunicazione da parte degli stessi all'U.O Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso, delle procedure che ne conseguono in materia di patrocinio legale ai sensi del CCNL e delle polizze aziendali per la R.C.T.;
- redazione delle messe in mora ai dipendenti presunti responsabili a seguito di esborsi di somme a carico dell' Azienda Usl di Ferrara dovuti a definizione dei sinistri con riconoscimento di risarcimenti danni a terzi e relativi rinnovi quinquennali per quanto attiene i sinistri riconducibili all'Azienda Usl.
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente, secondo la tempistica di cui alla nota prot. n.60108 del 3/3/2014 della Regione Emilia Romagna, per i sinistri che hanno comportato esborsi economici a carico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e ascrivibili alla stessa, previa acquisizione di copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo;
- predisposizione delle conseguenti segnalazioni alla Corte dei Conti per conto della Direzione Generale dell'Azienda Usl per i sinistri ascrivibili alla responsabilità di quest'ultima mentre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente previa acquisizione copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo;
- tenuta e aggiornamento dei "databases" regionali del contenzioso di entrambe le Aziende sanitarie in collaborazione con la Medicina Legale (per i sinistri relativi all'Azienda Ospedaliera l'inserimento riguarda i sinistri di nuova apertura a partire dall'attivazione del progetto);
- gestione del data base informatico del contenzioso (lapis legale) e altri data bases assicurativi;
- consulenza e supporto in materia assicurativa;
- predisposizione proposte di atti regolamentari in materia.

COMPITI DELL'U.O DI MEDICINA LEGALE

L'U.O. Medicina Legale svolge tutti gli adempimenti delineati dai percorsi organizzativi sopra rappresentati, in particolare:

- ricevuta la comunicazione di apertura del sinistro da parte dell'U.O. Servizio Assicurativo,registra il sinistro mutuando la numerazione e classificazione assegnata dal Servizio Assicurativo;
- acquisisce la documentazione sanitaria dalla Direzione medica di Presidio o dalle altre Strutture organizzative aziendali, della cui completezza dette strutture sono responsabili anche per quanto specificamente concerne eventuali degenze/interventi in più presidi del sistema aziendale provinciale, ivi comprese le relazioni dei Direttori delle strutture sanitarie coinvolte, l'U.O. di Medicina Legale si riserva di richiedere ulteriore documentazione integrativa utile per l'esame del caso;
- si rapporta con il Risk Manager per le problematiche connesse al rischio clinico;
- chiama a visita il danneggiato;
- individua gli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro fonte di potenziale responsabilità ai fini delle notifiche agli stessi ex art 13L.n.24/2017 da parte del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e provvede conseguentemente alla comunicazione formale al Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso di detti nominativi corredati delle generalità complete (nome e cognome per esteso e qualifica professionale ricoperta) e di ogni altro elemento utile ai fini dell'informativa;
- acquisita la documentazione e la relazione del caso da parte della Direzione di Presidio o di Dipartimento coinvolta, al fine della redazione della consulenza medico legale, provvede, secondo il prudente apprezzamento, a sentire eventualmente i professionisti coinvolti, chiedendo loro

precisazioni e informazioni che consentano gli approfondimenti dei casi oggetto della consulenza oppure richiede loro una relazione sul caso;

- può avvalersi inoltre dell'apporto professionale di esperti clinici;
- la relazione medico legale indica i nominativi dei suddetti professionisti e valuta le eventuali osservazioni e la documentazione presentata dall'esercente la professione sanitari coinvolto ex art. 13 Legge n.24/2017 oppure dà atto che non sono pervenute osservazioni;
- redige la relazione medico legale secondo i contenuti indicati nei punti soprariportati ed elaborando la stessa tempestivamente;
- garantisce una collaborazione stabile, continuativa e prioritaria all'U.O. Servizio Assicurativo e al CVSU, indispensabile per la trattazione dei sinistri, fornendo anche gli eventuali approfondimenti richiesti sia dal Servizio Assicurativo che dal CVSU, in sintonia e nel rispetto dei termini previsti ai sensi di legge dalle procedure stragiudiziali e giudiziali;
- per i sinistri superiori ad € 250.000,00 il Responsabile dell'Attuazione del Programma regionale trasmette previa richiesta di parere espresso dal CVSU, la documentazione clinico amministrativa al Nucleo Regionale di Valutazione per la formulazione del parere obbligatorio (compreso il verbale del CVSU, le comunicazioni ex art 13 L.n.24/2017 recapitate agli esercenti coinvolti, nonchè tutta la documentazione aggiuntiva prodotta dai professionisti interessati);
- implementa i Data Bases regionali per le parti di competenza (dati del danneggiato, tipo del danneggiato, descrizione dell'evento, denominazione della struttura e delle unità operative interessate, tipologia e categoria dell'evento dannoso, qualificazione del danno, personale coinvolto e relative qualifiche, modalità di accadimento del sinistro, procedure diagnostiche impegnate, indicazione della visita e valutazione medico legale del danno, quantificazione del danno biologico);
- svolge attività di consulenza medico-legale in sede di mediazione e in ambito giudiziario in nome e per conto delle Aziende sanitarie ferraresi, con conseguente individuazione dei nominativi di consulenti tecnici di parte per conto delle Aziende;
- svolge, in persona del Direttore dell'attuazione del Programma Regionale, nominato dalla Regione nell'ambito del Servizio medicina legale, le funzioni previste dalla Direttiva regionale n.2079/2013, costituendo figura di riferimento per il Nucleo regionale di Valutazione, per i sinistri superiori ad € 250.000,00, raccordandosi con esso.

SINTESI FASI PROCEDURALI DEL MODELLO DI GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI

FASI PROCEDURALI		COMPETENZA
<u>FASE</u> <u>PRE-ISTRUTTORIA</u>	A- stragiudiziale -ricevimento e registrazione richiesta danni su banca dati; - mediazione	<i>Servizio Assicurativo</i>
	B - giudiziale procedimento civile	Servizio Assicurativo per i relativi adempimenti amministrativi e di rapporto con gli avvocati incaricati della difesa dell'Azienda e dei dipendenti
	Apertura sinistro - giudiziale procedimento penale	Servizio Assicurativo per gli adempimenti correlati alla tutela legale dei dipendenti
	-trasmissione alle articolazioni aziendali coinvolte della richiesta di documentazione	Servizio Assicurativo

<u>FASE ISTRUTTORIA</u>	istruttoria da indirizzare poi direttamente all'U.O. di Medicina Legale	
	-Riscontro a controparte di presa in carico del sinistro e contestuale richiesta di eventuale ulteriore documentazione;	
	-Analisi istruttoria documentazione sanitaria inerente il sinistro -Valorizzazione di ogni sinistro anche in via potenziale per determinazione fondi aziendali e completamento Data Base Valorizzazione dei sinistri potenzialmente sopra soglia di € 250.000,00 ai fini della comunicazione alla Regione da parte del Responsabile del Programma. -Individuazione e comunicazione formale al Servizio Assicurativo completa delle generalità degli esercenti la professione coinvolti ne sinistro fonte di potenziale responsabilità onde consentire le comunicazioni ex art 13 L.n.24/2017	U.O di Medicina Legale
	Comunicazioni ex art 13 L n.24/2017	Servizio Assicurativo
	-Visita del danneggiato -Redazione relazione medico -legale - Coinvolgimento diretto dei professionisti interessati dell'accadimento per analisi istruttoria	U.O. di Medicina Legale
	-Inserimento dati banca dati regionale per le parti di competenza medico -legale	U.O. di Medicina Legale e Responsabile Programma
	Comunicazioni ex art. 13 della L. n. 24/2017	Servizio Assicurativo e Servizio Assicurativo
<u>FASE VALUTATIVA E DECISIONALE</u>	A Analisi e valutazione giuridico-amministrativa dell'istruttoria medico-legale Prima ipotesi di determinazione "riserva" sul caso	Servizio assicurativo
	B Attività Comitato Valutazione Sinistri_CVSU - Convocazione, ordine del giorno e verbalizzazione - Valutazione sinistro inclusa analisi valore riservato -	Coordinatore CVSU e Servizio Assicurativo CVSU
<u>FASE DI ESECUZIONE</u>	C Reiezione sinistro Comunicazione formale a controparte della decisione intervenuta	Servizio Assicurativo

	<p>D Riconoscimento del danno e relativa quantificazione per un importo fino ad € 250.000,00</p> <p>- Avvio trattative con controparte e loro definizione</p> <p>E Riconoscimento del danno e relativa quantificazione economica per un importo superiore ad € 250.000,00</p> <p>Trasmissione atti istruttori al Nucleo Regionale di Valutazione per formulazione parere obbligatorio complete delle notifiche ex art 13 l.24/2017 e della relativa documentazione</p> <p>Avvio trattative con controparte e loro definizione previo CVSU</p>	<p>CVSU</p> <p>Servizio Assicurativo</p> <p>CVSU</p> <p>Responsabile dell'attuazione Programma regionale presso il Servizio Medicina Legale</p> <p>Servizio Assicurativo</p>
<p><u>ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI</u></p>	<p>E-predisposizione delibera di recepimento delle determinazioni del CVSU</p> <p>-liquidazione danni</p> <p>-invio segnalazioni alla Corte dei Conti</p> <p>-predisposizione atti di messa in mora (solo AUSL)</p> <p>-gestione Fondi per sinistri</p> <p>-perfezionamento banca dati regionale con aggiornamento delle fasi conclusive di gestione sinistri</p>	<p>Servizio Assicurativo</p> <p>Servizio Assicurativo</p> <p>Servizio Assicurativo</p> <p>Servizio Assicurativo</p> <p>Servizio Assicurativo</p> <p>Servizio Assicurativo</p>

B) PERCORSO ORGANIZZATIVO DELLA GESTIONE DEI SINISTRI APERTI SU PRECEDENTI POLIZZE DI R.C.T.

Fonti di riferimento:

- delibera dell'Azienda Usl di Ferrara n. 296 del 04/11/2014 e delibera dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara n. 206 del 04/11/2014;
- polizze assicurative vigenti tempo per tempo;
- protocolli gestione sinistri fra Aziende sanitarie e Compagnia/Loss Adjuster;
- procedure di gestione eventi clinici avversi per l'Azienda Usl o analoga procedura per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- regolamento gestione protesi mobili dell'Azienda Usl di Ferrara;
- verbale incontro dell'11/5/2016 con i Direttori Amministrativi;
- Circolare della Procura Generale della Corte dei Conti di Roma trasmessa alle varie Pubbliche Amministrazioni con nota Prot. n. 1474/2007 del 18/12/2007 del Prefetto di Ferrara;
- documento di Area Vasta anno 2007/2008 sulla segnalazione dei sinistri in franchigia costituenti ipotesi di danno erariale;
- Circolare della Regione Emilia-Romagna P.G. n. 132861 del 27/5/2009 ad oggetto "Documento sulle politiche assicurative e di gestione del rischio nelle Aziende del SSR dell'Emilia-Romagna";
- nota Prot. 60108 del 3/3/2014 della Regione Emilia Romagna in materia di denunce alla Corte dei Conti;
- Legge n. 24 dell'8/3/2017 " Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
- Nota prot 302132 del 20/4/2017 " Prime indicazioni applicative in materia rivolte alle Aziende sanitarie della Regione;
- Circolare n.12/2019 Regione Emilia Romagna.

Fase B1) Attività preliminare: rapporti con Broker e Loss Adjuster per sinistri già aperti su precedenti polizze di responsabilità civile terzi e non ancora definiti.

Il Servizio Assicurativo garantisce la gestione dei sinistri già aperti da entrambe le Aziende sanitarie ferraresi su precedenti polizze di responsabilità civile terzi e non ancora definiti, tenendo rapporti con il broker e il Loss Adjuster per il completamento e l'approfondimento degli elementi acquisiti durante l'istruttoria già avviata al momento delle aperture dei sinistri.

Collabora con le strutture dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara nonché con l'U.O. Medicina legale per l'acquisizione di approfondimenti sanitari e medico legali, a supporto della definizione stragiudiziale di detti sinistri aperti su precedenti polizze di responsabilità civile terzi e non ancora definiti, nel rispetto dei protocolli gestione sinistri stipulati con le Compagnie di Assicurazione in base ai contratti vigenti tempo per tempo.

Le disposizioni di cui alla Circolare Regionale n. 12/2019 come sopra regolamentate sono applicabili, in quanto compatibili, anche alla gestione dei sinistri ancora rientranti nell'ambito dei contratti di assicurazione per la responsabilità civile verso terzi.

Soggetti coinvolti nella fase preliminare:

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- b) Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria;
- c) Direzioni dei Dipartimenti Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale dell'Azienda Usl;
- d) U.O Medicina Legale;
- e) Strutture del Rischio Clinico delle rispettive Aziende Sanitarie;
- f) Broker e Loss Adjuster.

Fase B2): attività istruttoria

il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso provvede poi alla trasmissione al broker e al Loss Adjuster della documentazione e della relazione dell'U.O. Medicina Legale per i sinistri non ancora definiti

Il Servizio Assicurativo provvede ad approfondire giuridicamente i casi sulla base della suddetta documentazione e delle valutazioni trasmesse dal Loss Adjuster della Compagnia e degli eventuali periti dalla stessa nominati;

Il Servizio Assicurativo provvede ad implementare i data bases regionali di entrambe le Aziende in collaborazione con l'U.O. Medicina Legale, con la precisazione che il Servizio Assicurativo Comune e l'U.O. Medicina Legale provvederanno a compilare i "campi" di rispettiva competenza;

Acquisita la documentazione istruttoria e in accordo con il Loss Adjuster, il Servizio Assicurativo provvede alla formulazione dell'ordine del giorno del C.V.S.U, e alla relativa convocazione per la trattazione in via stragiudiziale dei sinistri in regime di gestione con la Compagnia, come da relativi e rispettivi protocolli gestione sinistri delle due Aziende.

Soggetti coinvolti nella fase istruttoria:

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- b) U.O. Medicina Legale ;
- c) Broker e Loss Adjuster.

Fase B3): attività del "Comitato Valutazione Sinistri UNICO per sinistri già denunciati su precedenti polizze di responsabilità civile terzi

È composto da:

- Dirigente Responsabile del M.O. Contenzioso Medico-Legale dell'U.O. Medicina Legale con funzioni di Coordinatore;
- Direttore del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- Dirigente del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso ;
- Rappresentante del Loss Adjuster e del Broker ed eventuale consulente legale;
- Segretario.

Può essere invitato a partecipare il Dirigente del M.O. Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria o suo delegato.

Il Comitato è convocato dal Coordinatore che si avvale del Segretario, con indicazione degli argomenti e dei sinistri oggetto di trattazione.

Presso la Segreteria del Servizio Assicurativo e del Contenzioso è depositata la documentazione istruttoria che è consultabile da ogni componente.

Il Comitato Valutazione Sinistri Unico è validamente costituito con la presenza della maggioranza dei componenti e decide in accordo tra essi.

Ogni componente può esprimere il proprio motivato dissenso alla decisione, dandone atto nel verbale.

Il CVSU si riunisce ogni 15/30 gg. a seconda del numero di richieste di risarcimento danni da valutare, della complessità o della gravità delle stesse ed in relazione ai carichi di lavoro e alle opportunità organizzative, tenuto conto delle richieste del Loss Adjuster.

Compiti del Comitato Valutazione Sinistri Unico per i per sinistri già denunciati su precedenti polizze di responsabilità civile terzi:

- verifica tutta la documentazione relativa all'evento in base alla presentazione delle risultanze dell'attività istruttoria;
- valuta la possibilità di chiedere una ulteriore perizia ad altro consulente o a specialista;
- può ascoltare i responsabili delle strutture coinvolte nell'evento;

- valuta, unitamente al Loss Adjuster della Compagnia, la possibilità di comporre la vertenza stragiudizialmente ovvero il diniego delle pretese avanzate dai danneggiati;
- valuta la possibilità di soccombenza in giudizio;
- verifica insieme al Loss Adjuster la congruità del risarcimento del danno richiesto dai soggetti danneggiati sia in sede stragiudiziale (compresa la fase della mediazione) che giudiziale (in corso di causa in rapporto con gli avvocati incaricati della difesa di entrambe le Aziende Sanitarie);
- verifica la quantificazione effettuata dal Loss Adjuster dell'entità della somma da riconoscere al danneggiato a titolo di risarcimento danni sulla base della/e consulenze medico legali disponibili e delle tabelle applicabili, tenuto conto anche degli orientamenti giurisprudenziali;
- autorizza il Loss Adjuster ad avviare le trattative con controparte per la definizione del sinistro entro i limiti economici preconcordati dell'importo di danno riconosciuto;
- tratta anche la definizione dei sinistri r.c.t. per danni a cose (ad es. smarrimento protesi o altro) per i quali viene seguita analogo procedura di cui ai punti precedenti.

Di ogni seduta e di ogni caso trattato viene redatto apposito verbale sottoscritto dal coordinatore e dai componenti, dal rappresentante del broker e dal Loss Adjuster, se presenti nonché dal segretario verbalizzante.

Tempi per la gestione del sinistro

Entro 6 mesi dalla data di riattivazione del sinistro da parte il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso il CVSU dovrà pervenire in accordo con il Loss Adjuster / Assicuratore ad una proposta di definizione (risarcimento/reiezione)

Tuttavia, i termini di cui sopra sono sospesi nel caso in cui il paziente o il suo legale non diano positivo riscontro alle richieste avanzate da parte del Servizio Assicurativo o dal CVSU, ad esempio nei casi di mancata produzione di documentazione in possesso del paziente, per la mancata presentazione alla visita medico-legale da parte del danneggiato ovvero per la mancata stabilizzazione dei postumi della lesione o anche nel caso in cui sia stata richiesto un ulteriore approfondimento da parte del CVSU o in cui venga richiesta una "*second opinion*" ad altro specialista, oppure in conseguenza dei tempi di attività del Loss Adjuster e degli Assicuratori.

Il predetto termine inoltre può essere sospeso nei casi in cui si ritenga opportuno attendere l'esito di eventuali indagini disposte dalla Magistratura.

Soggetti coinvolti in questa fase :

- a) Comitato Valutazione Sinistri Unico;
- b) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- c) U.O.Medicina Legale;
- d) Broker e Loss Adjuster.

Fase B4): adempimenti successivi alla definizione dei sinistri già denunciati su precedenti polizze assicurative di responsabilità civile verso terzi

Liquidazione e pagamento franchigie

A seguito della definizione stragiudiziale del sinistro da parte del Loss Adjuster, come da autorizzazione del C.V.S.U. il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso provvede, su richiesta della Compagnia di Assicurazione e previa esibizione di quietanze debitamente sottoscritte dal danneggiato o dai suoi rappresentanti legali, al rimborso alla stessa delle franchigie per l'importo liquidato a titolo di risarcimento danni.

Altri adempimenti

A seguito dell'avvenuto rimborso alla Compagnia di assicurazione delle franchigie, il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso predispone per conto della Direzione Generale dell' Azienda Usl gli atti di messa in mora diretti ai dipendenti o al personale assimilato, coinvolti nell'evento che ha comportato il riconoscimento ai terzi danneggiati di somme a titolo di risarcimento danni, per la parte relativa all'esborso di franchigia a carico delle Aziende e predispone i relativi rinnovi quinquennali al fine di interrompere il termine di prescrizione dell'azione contabile.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente, secondo la tempistica di cui alla nota prot. n.60108 del 3/3/2014 della Regione Emilia Romagna, per i sinistri che hanno comportato esborsi economici a carico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e ascrivibili alla stessa, previa acquisizione di copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso.

Inoltre, il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso per conto della Direzione Generale dell'Azienda Usl predispone le conseguenti segnalazioni alla Corte dei Conti per danno erariale a seguito dei suddetti esborsi delle franchigie mentre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente previa acquisizione copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso.

Soggetti coinvolti in questa Fase :

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- b) Direzioni Generali di entrambe le Aziende Sanitarie.

Fase B5): "mediazione" e " contenzioso giudiziario"

Nei casi in cui il sinistro riconducibile ad ipotesi di responsabilità professionale non sia stato definito in via stragiudiziale e venga notificata dal danneggiato un'istanza di mediazione o un atto giudiziario per sinistri già aperti su precedenti polizze assicurative, detti atti dovranno essere assegnati tempestivamente al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso, nel caso in cui il sinistro sia riconducibile alla responsabilità dell'Azienda Usl, mentre verranno assegnati alla Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria se il sinistro è riconducibile alla responsabilità di quest'ultima (che si raccorderà con il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso informandolo della notifica dell'atto giudiziario nonchè per l'eventuale acquisizione presso lo stesso degli atti istruttori e della documentazione, se già presenti).

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria provvedono, rispettivamente per le mediazioni e per gli atti giudiziari notificati all'Azienda Usl e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria alle comunicazioni ex art 13 L.n.24/2017 agli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro oggetto di mediazione o del relativo atto giudiziario,(entro il termine di 45 giorni dal ricevimento della relativa notifica) allegando a dette comunicazione copia del relativo atto(mediazione ex dlgs n.28/2010 e s.m.i.,ricorso 696 bis cpc, ricorso ex art 702 bis cpc, atto di citazione) previa acquisizione dall'U.O Medicina legale di comunicazione formale comprensiva delle generalità complete dei nominativi di detti esercenti qualora non ricevute in precedenza o di conferma di quelli già individuati.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per i rispettivi sinistri di competenza, già aperti su precedenti polizze assicurative in carico a ciascuna delle Aziende sanitarie ferraresi, invia per ciascuna delle due Aziende la richiesta di mediazione o l'atto giudiziario al Broker per le conseguenti indicazioni.

Lo stesso Servizio Assicurativo cura l'istruttoria dei casi oggetto di contenzioso, raccordandosi con le strutture coinvolte di entrambe le Aziende e con l'U.O. Medicina Legale.

Si rapporta conseguentemente con il Broker e il Loss Adjuster.

Fase della "Mediazione"per sinistri giàaperti su precedenti polizze di rct

In caso di attivazione della mediazione, in accordo con la Compagnia di Assicurazione, il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, per i rispettivi sinistri di competenza, già aperti su precedenti polizze assicurative in carico a ciascuna delle Aziende sanitarie ferraresi, procedono rispettivamente per ciascuna delle due Aziende sanitarie alla predisposizione della procura da rilasciare in favore dell'Avvocato individuato dalla Compagnia Assicuratrice nel caso di adesione al tentativo di mediazione oppure comunicano all'Organismo di Mediazione un motivato diniego alla suddetta partecipazione.

Nel caso in cui emergano ipotesi di definizione stragiudiziale dei sinistri il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, le trasmetteranno al C.V.S.U. per la relativa trattazione.

Fase Giudiziaria per sinistri già aperti su precedenti polizze di rct

In caso di notifica di atto di citazione o altro atto giudiziario (ad es. accertamento tecnico preventivo ex art 696 bis c.p.c.), **per sinistri già aperti su precedenti polizze di rct** il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso trasmette detti atti al broker e ai competenti Loss Adjuster con richiesta di assunzione delle spese di lite e individuazione del nominativo dell'Avvocato cui conferire incarico di rappresentanza e difesa in giudizio; raccoglie la relativa istruttoria, da utilizzarsi per la difesa in giudizio e predispone, per l'Azienda Usl le proposte di delibera di conferimento degli incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio della stessa da parte del Direttore Generale, agli avvocati individuati dalla Compagnia nell'ambito degli elenchi degli avvocati preconcordati in base ai protocolli operativi gestione sinistri, il cui costo grava interamente in capo alla Compagnia Assicuratrice a termini di polizza.

Per quanto riguarda gli atti giudiziari notificati all'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede a detti adempimenti la Direzione Affari Legali di quest'ultima Azienda .

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso cura i rapporti con gli Avvocati incaricati della difesa giudiziale dell'Azienda Usl e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria con gli avvocati incaricati eventualmente della difesa di quest'ultima Azienda.

La Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero_Universitaria terrà debitamente informato il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso dell'andamento del contenzioso, trasmettendo allo stesso copia dei relativi atti e della documentazione.

Se nel corso della causa emergono proposte di definizione stragiudiziale del sinistro il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari Legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per i rispettivi casi di competenza, provvederanno a trasmetterle unitamente alla relativa documentazione, al CVSU per la relativa decisione,

Alla luce della CTU sfavorevole, l'U.O Medicina legale provvede altresì alla conferma del personale coinvolto nel sinistro ex art 13 L.n.24/2017 individuando eventualmente anche soggetti ulteriori e diversi rispetto a quelli già indicati per l'atto introduttivo del giudizio.

In tal caso invia al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso comunicazione formale comprensiva delle generalità complete (nome e cognome per esteso e qualifica professionale ricoperta) degli ulteriori nominativi individuati onde consentire al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso di integrare nei confronti degli stessi le comunicazioni ex art. 13 L. n.24/2017.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso e la Direzione Affari legali dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria per i sinistri di rispettiva competenza, già precedentemente aperti, provvedono alla nomina dei Consulenti Tecnici di Parte in sede giudiziale rispettivamente per ciascuna delle due Aziende Sanitarie, previa individuazione del consulente medico legale da parte del Servizio Medicina Legale e curano i rapporti con i consulenti tecnici di parte.

Il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso cura inoltre le dovute comunicazioni al Broker e al Loss Adjuster.

Soggetti coinvolti :

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso;
- b) U.O. Medicina Legale;
- c) Direzione Affari legali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria;
- d) Direzioni Generali delle due Aziende Sanitarie;
- e) Broker e Loss Adjuster;
- f) Avvocati incaricati della rappresentanza e difesa.

COMPITI DEL SERVIZIO ASSICURATIVO COMUNE E DEL CONTENZIOSO
in regime di assicurazione

- predisposizione adempimenti ex art 13 L.n.24/2017 e circolare Rer n.12/2019; agli adempimenti ex art 13 L.n.24/2019 inerenti mediazioni e atti giudiziari notificati all'Azienda Ospedaliero-Universitaria la Direzione Affari Legali di quest'ultima Azienda;

- predisposizione adempimenti relativi alle "mediazioni" promosse avanti agli Organismi di Mediazione ex Dlg.vo 28/2010e s.m.i; per quanto riguarda le mediazioni notificate all'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede a detti adempimenti la Direzione Affari Legali di quest'ultima Azienda;

- predisposizione degli atti di conferimento degli incarichi di rappresentanza e difesa in sede giudiziale per l'Azienda UsI agli avvocati individuati dalla Compagnia Assicuratrice nell'ambito degli elenchi degli Avvocati preconcordati fra l' Azienda e le Compagnie di Assicurazione, in base ai protocolli operativi di gestione sinistri e cura dei rapporti con gli avvocati per la gestione del contenzioso assicurativo. Per quanto riguarda gli atti giudiziari notificati all'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede a detti adempimenti la Direzione Affari Legali di quest'ultima Azienda;

- nomina dei Consulenti Tecnici di Parte in sede giudiziale Per quanto riguarda gli atti giudiziari notificati all'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede a detti adempimenti la Direzione Affari Legali di quest'ultima Azienda;

- liquidazione e pagamento franchigie a termini di polizze, previa richiesta di rimborso da parte delle Compagnie Assicuratrici, a seguito di definizione stragiudiziale dei sinistri fra Aziende e Loss Adjuster (in sede di CVS) o a seguito di sentenza in sede giudiziale;

- gestione fondi franchigie di entrambe le Aziende Sanitarie;

- redazione delle messe in mora a seguito dell'avvenuto rimborso alla Compagnia di assicurazione delle franchigie da parte del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso per conto della Direzione Generale dell'Azienda UsI e relativi rinnovi quinquennali. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente, secondo la tempistica di cui alla nota prot. n.60108 del 3/3/2014 della Regione Emilia Romagna, per i sinistri che hanno comportato esborsi economici a carico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e ascrivibili alla stessa, previa acquisizione di copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo;

- predisposizione delle conseguenti segnalazioni alla Corte dei Conti per conto della Direzione Generale dell'Azienda UsI per i sinistri ascrivibili alla responsabilità di quest'ultima mentre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente previa acquisizione copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo;

- tenuta e aggiornamento dei "data bases" regionali del contenzioso di entrambe le Aziende sanitarie in collaborazione con la Medicina Legali

- gestione del data base informatico del contenzioso (lapis legale) e altri data bases assicurativi;

- consulenza e supporto in materia assicurativa;

- predisposizione proposte di atti regolamentari in materia.

C) FUNZIONI RELATIVE ALLA GESTIONE DELLE POLIZZE DI ASSICURAZIONE R.C.A., KASKO, INFORTUNI, ALL RISK, ALL RISK BENI ARTISTICI, RESPONSABILITÀ PATRIMONIALE, SPERIMENTAZIONI CLINICHE, ECC...

Principali adempimenti: del Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso:

1. adempimenti vari previsti nelle polizze fra cui a titolo esemplificativo aperture di sinistro presso la Compagnia Assicuratrice, invio della relativa documentazione, ecc...;
2. istruttoria dei sinistri di entrambe le Aziende Sanitarie e rapporti con le strutture aziendali di riferimento;
3. liquidazione e pagamento dei premi assicurativi;
4. liquidazione e pagamento delle franchigie a termini di polizze, previa richiesta di rimborso da parte delle Compagnie Assicuratrici, a seguito di definizione stragiudiziale dei sinistri, qualora siano presenti franchigie;

5. redazione delle messe in mora a seguito dell'avvenuto rimborso alla Compagnia di assicurazione delle franchigie da parte del Servizio Assicurativo per conto della Direzione Generale dell'Azienda Usl e relativi rinnovi quinquennali.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente, secondo la tempistica di cui alla nota prot. n.60108 del 3/3/2014 della Regione Emilia Romagna, per i sinistri che hanno comportato esborsi economici a carico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e ascrivibili alla stessa, previa acquisizione di copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo;

6. predisposizione delle conseguenti segnalazioni alla Corte dei Conti per conto della Direzione Generale dell'Azienda Usl per i sinistri ascrivibili alla responsabilità di quest'ultima mentre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente previa acquisizione copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo.

PERCORSO ORGANIZZATIVO

Fonti di riferimento:

- a. polizze assicurative vigenti tempo per tempo;
- b. circolare Procura Generale della Corte dei Conti trasmessa con nota Prot. 1474/2007 del 18/12/2007 del Prefetto di Ferrara;
- c. documento di Area Vasta anno 2007/2008 sulla segnalazione sinistri in franchigia costituenti danno erariale;
- d. circolare P.G.n. 132861 del 27/5/2009 "Documento sulle politiche assicurative e di gestione del rischio nelle Aziende del SSR dell'Emilia-Romagna";
- e. regolamento di funzionamento del CVSU dell'Azienda Usl di Ferrara.

Fase C1) attività preliminare:

Nel caso in cui si verifichi un sinistro presso l'Azienda Usl ovvero presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria rientrante nelle suddette polizze di assicurazione il Servizio Assicurativo, nei termini e nel rispetto delle condizioni contenute nella polizza di assicurazione alla quale afferisce l'evento dannoso segnalato, provvede alla conseguente apertura di sinistro presso il Broker.

Lo stesso Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso provvede altresì:

- a richiedere al Direttore della competente struttura alla quale afferisce il sinistro un'apposita relazione con eventuale richiesta di quantificazione del danno;
- valuta l'opportunità di richiedere indagini, approfondimenti istruttori o ulteriore documentazione alla struttura presso la quale si è verificato l'evento oggetto della segnalazione.

Nel caso il dipendente, nell'utilizzo per ragioni di servizio di auto proprie o di auto o beni mobili aziendali (per esempio attrezzature), per proprio comportamento arrechi agli stessi beni un danno economicamente valutabile, e comunque in tutti i casi di danneggiamento al patrimonio aziendale, deve procedere alla redazione di una relazione di apertura del sinistro controfirmata dal proprio superiore gerarchico ed inviarla tempestivamente al Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso per la conseguente apertura del sinistro presso il Broker, secondo quanto previsto dalle specifiche polizze di assicurazione (kasko e polizze a tutela del patrimonio).

Soggetti coinvolti in questa Fase.:

- a. Servizio Assicurativo comune e del contenzioso;
- b. strutture dell'Azienda Usl e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria;
- c. Broker.

Fase C2) attività istruttoria

Il Servizio Assicurativo provvede alla trasmissione al Broker e al Loss Adjuster della documentazione istruttoria e della relazione predisposta dal Direttore della struttura coinvolta e/o dal dipendente.

Soggetti coinvolti in questa Fase :

- a) Servizio Assicurativo Comune e del contenzioso;
- b) Broker.

Fase C3) adempimenti successivi alla definizione del sinistro

Liquidazione e pagamento franchigie

A seguito della definizione del sinistro il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso provvede, su richiesta della Compagnia d Assicurazione e previa esibizione di quietanza debitamente sottoscritta dal danneggiato o dai suoi rappresentanti legali, al rimborso alla stessa delle franchigie (qualora previste dalle polizze di assicurazione) per l'importo liquidato a titolo di risarcimento danni.

Provvede ad incassare e a disporre l'incasso delle somme liquidate per sinistri attivi, dandone comunicazione ai rispettivi Servizi Bilanci.

Altri adempimenti

A seguito dell'avvenuto rimborso alla Compagnia di assicurazione delle franchigie, il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso predispone per conto della Direzione Generale dell' Azienda Usl gli atti di messa in mora diretti ai dipendenti o al personale assimilato, presunti responsabili, coinvolti nell'evento che ha comportato il riconoscimento ai terzi danneggiati di somme a titolo di risarcimento danni, per la parte relativa all'esborso di franchigia a carico delle Aziende e predispone i relativi rinnovi quinquennali al fine di interrompere il termine di prescrizione dell'azione contabile (per i sinistri decisi dopo l'attivazione del presente progetto).

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente, secondo la tempistica di cui alla nota prot. n.60108 del 3/3/2014 della Regione Emilia Romagna, per i sinistri che hanno comportato esborsi economici a carico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e ascrivibili alla stessa, previa acquisizione di copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo.

Inoltre, il Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso per conto della Direzione Generale dell' Azienda Usl predispone le conseguenti segnalazioni alla Corte dei Conti per danno erariale a seguito dei suddetti esborsi delle franchigie mentre l'Azienda Ospedaliero-Universitaria provvede invece autonomamente previa acquisizione copia degli atti relativi alla definizione dei sinistri da parte del Servizio Assicurativo.

Soggetti coinvolti in questa Fase:

- a) Servizio Assicurativo Comune e del Contenzioso
- b) Direzioni Generali di entrambe le Aziende Sanitarie.