Regione Puglia
OSPEDALI RIUNITI
Azienda Ospedaliero – Universitaria
FOGGIA

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 805 del 17/4/2015

n. 255 del 29 LUG 2016

In Foggia, nella sede dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria "Ospedali Riuniti", **il Direttore Generale dott. Antonio Pedota**, con la partecipazione del **Direttore Amministrativo** f.f. e del **Direttore Sanitario**, sulla base dell'istruttoria espletata dal **Dirigente della Struttura Affari Generali e Tutela della privacy**, dott.ssa Laura Silvestris, che attesta la legittimità e conformità della stessa alla vigente normativa, **adotta il provvedimento che segue:**

OGGETTO

Regolamento interno Gestione sinistri.

Struttura proponente	**AFFARI GENERALI e TUTELA DELLA PRIVACY**

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	n. pag.
Regolamento gestione interna sinistri	19
Allegato	1

☑ **Dichiarazione di immediata esecutività**

Spese previste	
Conto Economico n.	
Descrizione conto economico	
Bilancio	

Destinatari dell'atto per conoscenza

☑ Direzione Amministrativa Aziendale	☑ Direzione Sanitaria Aziendale
☐ Struttura Controllo di Gestione	☐ Struttura Economico-Finanziaria
☑ Struttura Affari Generali	☐ Struttura Politiche del Personale
☑ Altro (specificare) Medicina Legale - Struttura Legale	

La presente Determinazione, tenuto conto delle fonti normative relative alla disciplina della privacy ovvero della tipologia degli atti allegati, è pubblicata con le seguenti modalità:

☐ solo frontespizio ☑ integrale

☐ solo determinazione

Premesso che con determinazione dirigenziale n. 2237 del 22/12/2015 si è proceduto, in applicazione della nuova normativa in materia di spending review di cui all'art. 3ter della legge 125/2015, alla formalizzazione dell'intervenuta rinegoziazione del contratto di polizza "RCT/O" in argomento con la Compagnia AM TRUST EUROPE LIMITED, realizzata con il supporto tecnico del Broker aziendale, alle nuove condizioni che si vanno appresso a riepilogare:

- Abolizione della franchigia aggregata (del valore di € 1.500.000,00);
- Inserimento di una SIR (Self Insured Retention) per sinistro di importo pari a € 250.000,00;

Considerato che tale modifica ha comportato la revisione dei protocolli aziendali in tema di gestione dei sinistri per allinearla ai contenuti della nuova polizza aziendale RCT/O che prevede l' assoluta novità di una franchigia per sinistro ammontante ad una soglia di € 250.000,00;

Rilevata la necessità di rivedere pertanto la procedura di gestione interna dei sinistri e di funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri al fine di adempiere agli obblighi richiesti;

Analizzato l'allegato testo di Regolamento interno per la gestione dei sinistri proposto, dietro consultazione delle altre componenti aziendali interessate (Direzione Sanitaria, Medicina Legale, Struttura Legale) e dal broker AON s.p.a., dalla Struttura Affari Generali e Tutela della Privacy allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;

Valutato che lo stesso risulta idoneo a realizzare la prescritta armonizzazione fra i contenuti della nuova polizza assicurativa RCT/O e quelli della suddetta procedura;

Acquisiti i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

1. di approvare, per i motivi in dettaglio esposti in premessa, il Regolamento interno per la gestione dei sinistri allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di sostituire, di conseguenza, il Regolamento per la gestione dei sinistri e per il funzionamento del Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) approvato con deliberazione n. 551 dello 28.12.2011.

Il presente provvedimento non essendo soggetto al controllo previsto dalla normativa vigente è esecutivo ai sensi di legge.

Il Dirigente proponente
dott.ssa Laura Silvestris

Il Direttore Amministrativo f.f.
dott. Giuseppe Cordisco

Il Direttore Sanitario
dott.ssa Laura Liliana Moffa

Il Direttore Generale
dott. Antonio Pedota

Il presente provvedimento è stato trasmesso al Collegio Sindacale il _____

IL SEGRETARIO

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

N. 623

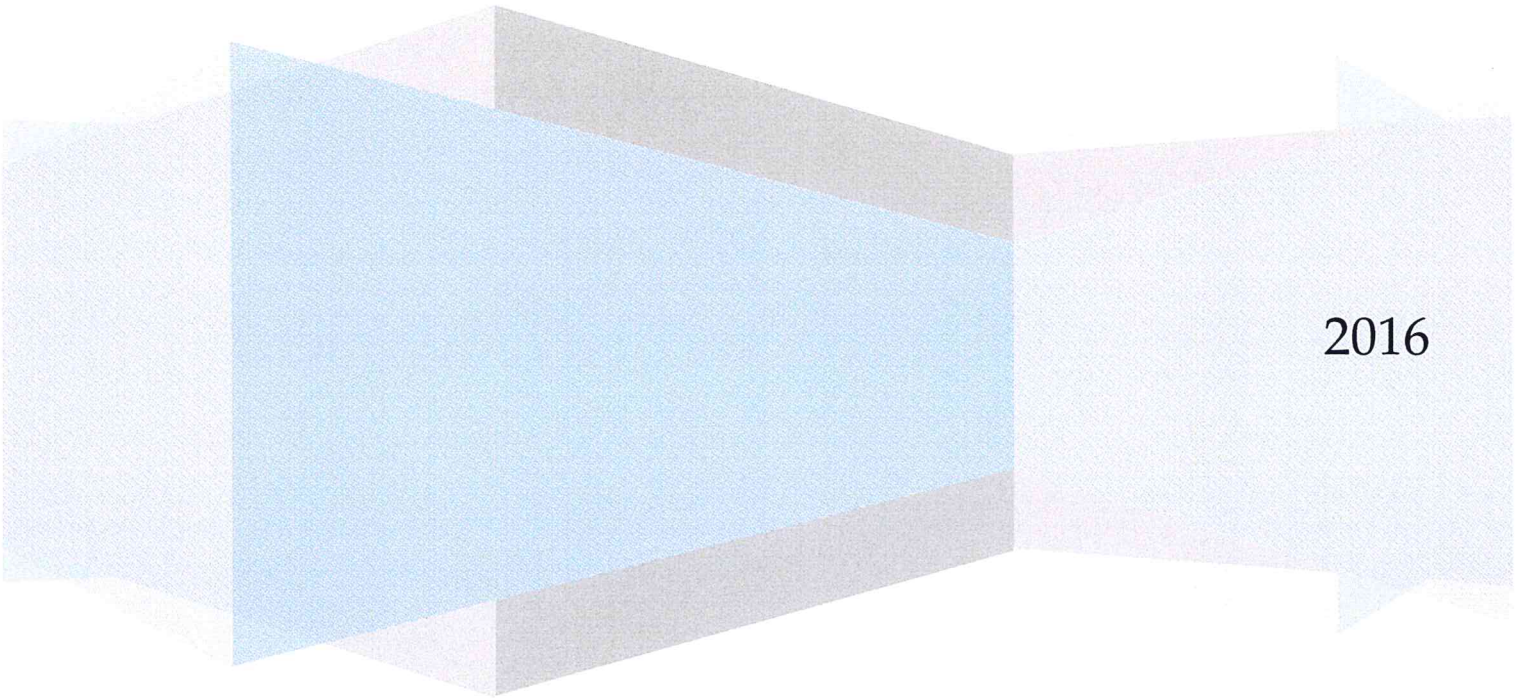
Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato all'Albo Pretorio dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia dal 29 LUG 2016.

Foggia, 29 LUG 2016

IL SEGRETARIO

Regione Puglia
OSPEDALI RIUNITI
Azienda Ospedaliero – Universitaria
FOGGIA

Regolamento per la gestione interna dei sinistri



2016

Art. 1 - Riferimenti principali

- ✓ D.Lgs. n.28 del 04/03/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive integrazioni normative;
- ✓ Raccomandazione del Ministero della Salute del maggio 2011 per la risoluzione stragiudiziale del contenzioso nelle aziende sanitarie;
- ✓ DGR n. 1575 del 12 luglio 2011;
- ✓ Polizza RCT/O aziendale n. ITOMM1401887 stipulata con la società assicurativa AMTRUST EUROPE, con validità 01.01.2016 – 31.12.2016.

Art. 2 – Oggetto

Il presente Regolamento descrive le modalità operative, le responsabilità ed i riferimenti a cui dovrà essere improntata l'attività conseguente al verificarsi di sinistri nelle strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "*Ospedali Riuniti*" di Foggia, attinente la valutazione e l'evasione delle richieste di risarcimento danni presentate da terzi nei confronti dell'Azienda ed ha per oggetto: apertura, istruzione, definizione - dietro espressa approvazione dell'Azienda OU di Foggia – e liquidazione, ad eccezione del pagamento che verrà effettuato direttamente dall'Amministrazione al danneggiato, nell'interesse dell'Amministrazione, di tutti i sinistri derivanti da responsabilità civile verso terzi o verso prestatori d'opera il cui ammontare non superi il valore della S.I.R. di € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila\00) per sinistro che siano stati notificati dal 01/01/2016 sino a scadenza polizza vigente.
Non sono da considerarsi in S.I.R., e quindi rientrano in gestione degli assicuratori:

- i *baby cases* (danni da parto, errate diagnosi prenatali con importanti ripercussioni sui minori, morte del feto);
- i sinistri introdotti da procedimento penale incardinato avverso un sanitario;
- i sinistri con decesso.

In particolare, costituiscono oggetto e finalità del Regolamento:

- ⇨ l'individuazione della tipologia e della natura delle informazioni necessarie per la gestione dei sinistri;
- ⇨ l'individuazione dei compiti e delle responsabilità nella raccolta, nella valutazione e nella gestione delle informazioni;
- ⇨ il contenimento dei tempi necessari per l'istruzione della pratica e la definizione della stessa, da concludersi orientativamente nell'arco di sei mesi, individuando di volta in volta le soluzioni più idonee a contenerne responsabilmente le conseguenze economiche;
- ⇨ la soluzione del conflitto attraverso una gestione trasparente e tempestiva delle richieste di risarcimento;
- ⇨ la circolazione delle informazioni ai settori di specifica competenza ovvero di quelli correlati alla gestione del rischio clinico, favorendo quindi l'attivazione di percorsi di verifica e miglioramento dei protocolli operativi in essere o l'introduzione di azioni di prevenzione dei rischi;
- ⇨ la completa conservazione della documentazione relativa a ciascun sinistro.

Art. 3 – Responsabilità

Hanno la responsabilità di attuare il presente Regolamento:

1) la Struttura Affari Generali, che cura:
   - la gestione dei contratti assicurativi aziendali;
   - lo svolgimento delle attività istruttorie inerenti le richieste di risarcimento danni;
   - lo svolgimento delle attività di segreteria allo scopo di supportare le attività del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.);

- la conservazione della documentazione inerente i sinistri e dei verbali del C.V.S.;

2) la Struttura Legale che cura le attività inerenti ai sinistri in contenzioso ed alla conservazione dei relativi fascicoli;
3) la Struttura di Medicina Legale che cura la valutazione medico-legale sui casi da trattare;
4) il Comitato di Valutazione Sinistri (C.V.S.), allo stato costituito con deliberazione n. 551 del 28/12/2011, cui compete:
   - ⇨ una pronta valutazione, in presenza di una richiesta di risarcimento danni, della fondatezza della richiesta e se, qualora non correttamente gestita, la stessa possa sfociare in un contenzioso giudiziario;
   - ⇨ la valutazione della tipologia e dell'entità dei danni arrecati a terzi con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi del sinistro (anche in ottica preventiva);
   - ⇨ l'analisi tecnico-giuridico del sinistro e l'individuazione della migliore strategia possibile atta a contenere o ridurre le conseguenze economiche del medesimo;
   - ⇨ la definizione del valore delle riserve;
   - ⇨ l'informazione nei riguardi dei sanitari coinvolti sull'esito dei sinistri, per il tramite della Struttura Affari Generali;
   - ⇨ la verifica dei *database* esistenti, formulando eventuali proposte di integrazione, al fine di renderli efficaci per la gestione delle statistiche sinistri necessarie al mercato assicurativo;
   - ⇨ la definizione della politica di copertura assicurativa aziendale al fine di migliorare il rapporto tra i rischi reali ed i premi assicurativi (es.: individuazione di modalità di ritenzione del rischio diverse dalla copertura assicurativa).

Art. 4 - Accertamenti preventivi all'apertura del sinistro

Il sinistro rappresenta un evento frequente in un settore ad alta complessità come l'Azienda ospedaliera e può dare luogo a risarcimento o meno in funzione della fondatezza della pretesa risarcitoria.
Le richieste di risarcimento danni presentate da parte di pazienti, parenti degli stessi o legali, comunque indirizzate all'Azienda, vengono trasmesse, previa loro protocollazione, alla Struttura Affari Generali mentre gli atti giudiziari, ivi comprese le mediazioni, previa loro protocollazione, vengono tempestivamente trasmessi in originale, come di consueto, alla Struttura Legale.
Ai sensi della vigente polizza RCT/O per richiesta di risarcimento danni deve intendersi:

a) **la richiesta scritta di risarcimento, l'invito ad una mediazione** finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali ex D.Lgs. n. 28/2010 e s.m.i., **l'atto di citazione** avanti al Tribunale civile, **un ricorso in ATP** inviata da terzi all'Azienda O.U. di Foggia (Assicurato);
b) si intende parificata alla richiesta di risarcimento la **formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti** in relazione ai danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui l'Assicurato (l'Azienda, non il singolo dipendente) ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta.

L'A.O.U. Struttura Affari Generali (per lo stragiudiziale) e la Struttura Legale (per il giudiziale), al ricevimento di uno degli atti integranti l'avvio di una vertenza, come specificate nei punti sub a) e b), valuta la procedibilità della richiesta con riferimento alla circostanza che la medesima non sia stata presentata in violazione delle norme sulla prescrizione che disciplinano il diritto al risarcimento del danno, inoltra la denuncia al *Broker* mediante mail e/o corrispondenza cartacea.
Contestualmente, la Struttura competente forma uno specifico fascicolo del sinistro e inserisce il medesimo nel *tool* informatico messo a disposizione dal *Broker* per l'archiviazione interattiva e la gestione dinamica del medesimo.
Il fascicolo viene successivamente implementato dei seguenti dati:

- ⇨ polizza assicurativa pertinente;
- ⇨ nominativo e dati anagrafici del danneggiato, con il relativo numero di sinistro;
- ⇨ data di ricezione della richiesta di risarcimento;

- ⇨ importo, ove presente, richiesto dal danneggiato o suoi aventi causa ;
- ⇨ importo riservato dalla compagnia assicurativa;
- ⇨ importo da porre a riserva aziendale, determinato dal C.V.S.;
- ⇨ unità operativa dove si è verificato il sinistro;
- ⇨ tipologia evento e/o descrizione del fatto;
- ⇨ suggerimenti organizzativi e/o azioni di miglioramento nonché, a sinistro concluso;
- ⇨ importo liquidato o eventuale altro esito.

Art. 5 - Fase preliminare

Il vigente contratto assicurativo RCT/O contempla l'istituto della S.I.R. (*Self Insured Retention*) per un valore di € **250.000,00.**

La circostanza che la richiesta di risarcimento, come desumibile dall'esposizione della controparte o in forza di una prima valutazione, superi tale soglia influenza le successive fasi di gestione del sinistro e, infatti:

- ⇨ i sinistri di importo pari o inferiore sono gestiti direttamente dall'A.O.U., con le modalità operative di cui ai successivi articoli del presente Regolamento;
- ⇨ i sinistri di importo superiore sono gestiti dalla Compagnia Assicurativa in collaborazione con gli organi aziendali.

Non appena perviene una richiesta di risarcimento danni la stessa è quindi protocollata alla Struttura Affari Generali che, acquisito il parere del broker e della Struttura di Medicina Legale aziendale) esprime entro sette giorni, una prima sommaria valutazione se, data l'entità del danno, essa rientri o no nei limiti dell'importo S.I.R..

Ove la richiesta risarcitoria abbia ad oggetto ipotesi di **colpa medica**, la stessa è altresì trasmessa:

- ⇨ alla Direzione Sanitaria per informativa ed acquisizione della documentazione sanitaria;
- ⇨ al Responsabile della struttura aziendale coinvolta, che provvede, entro 15 giorni, a redigere apposita relazione sul caso.

In caso di **sinistri di natura non sanitaria** (danni da caduta, danneggiamenti e/o furti di beni dei pazienti, ecc.), la Struttura Affari Generali, entro 15 giorni dalla ricezione dell'istanza di risarcimento, chiede a tutte le Unità operative - ognuna per quanto di competenza e a seconda dell'effettiva pertinenza, da valutare caso per caso - di redigere un'apposita relazione nella quale fornire ogni elemento utile alla corretta valutazione del sinistro, indicandone, altresì, le cause.

La predisposizione delle relazioni riguardanti i casi da definire in sede di C.V.S. è di competenza:

- ⇨ *della Struttura Affari Generali e della Struttura di Medicina Legale*, con il supporto del *Broker*, per i **sinistri in fase stragiudiziale**;
- ⇨ *della Struttura Legale* (sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso di giudizio) e *della Struttura di Medicina Legale*, con il supporto del *Broker*, per **i sinistri già in fase giudiziale**.

Anche sulla base delle stesse, la Compagnia espone al CVS la propria visione nella gestione del prosieguo, evidenziando i motivi della eventuale reiezione della domanda risarcitoria o proponendo un importo di risarcimento coerente con il fatto specifico e presumibilmente accettato dalla controparte, con la quale non vengono comunque presi impegni; il CVS può ratificare l'impostazione o motivare il dissenso.

Ove **la proposta transattiva sia accettata** da controparte, la Struttura Affari Generali provvede con Determinazione Dirigenziale a prendere atto delle decisioni assunte in sede di C.V.S. e a trasmettere alla Corte dei Conti detto provvedimento per tutte le definizioni transattive di importo superiore a € 5.000,00.

GESTIONE SINISTRI IN S.I.R.

Art. 6 - Fase di apertura del sinistro/denuncia

La Struttura Affari Generali inoltra al *Broker* a mezzo mail e/o corrispondenza cartacea, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di risarcimento, denuncia del sinistro presumibilmente qualificato in S.I.R., allegando alla medesima sia la domanda pervenuta sia l'eventuale valutazione di massima della Struttura di Medicina Legale.
Il *Broker* può valutare di aprire il sinistro presso la compagna assicurativa, dandone comunicazione all'A.O.U..
Come già specificato negli artt. 8, 9, 10, 20 del presente regolamento, resta inteso che i sinistri già in fase giudiziale, cioè aperti con atti giudiziari e/o sfociati in contenzioso, saranno trattati dalla Struttura Legale (gli atti di citazione, le richieste di accertamento autoptico, gli avvisi di garanzia, i procedimenti di mediazione). Rientrano nelle competenze della Struttura Legale, seppure non attengono specificamente alla fase di apertura del sinistro, il conferimento ed il pagamento di: incarichi legali, consulenze giudiziali e ogni altra attività connessa ad un contenzioso.

Art. 7 - Fase istruttoria

Il *Broker* dopo aver esperito una preliminare e sommaria analisi che riguarderà la completezza della richiesta di risarcimento (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc.) ed ammissibilità della stessa (eccezioni preliminari quali, a mero titolo esemplificativo, la prescrizione), procederà nel rispetto dell'*input* ricevuto dall'A.O.U., ad attivare il flusso utile ad istruire correttamente il fascicolo del sinistro in S.I.R., tramite:

Riscontro alla Controparte mediante:
- ⇨ trasmissione di una nota di presa in carico e gestione, unitamente all'invio del modulo *privacy* che dovrà essere restituito firmato per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (d.lgs. 196/2003), che contempli tra i soggetti autorizzati:
  - ✓ Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia;
  - ✓ *Broker*;
  - ✓ tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano necessità di trattare la documentazione contenente tali dati.
- ⇨ istanza di integrazione documentale riguardante, in particolare eventuali prestazioni effettuate presso altre strutture sanitarie;
- ⇨ richiesta di relazione medico legale di parte dalla quale possa evincersi la precisa inadempienza contestata ai sanitari;
- ⇨ istanza di eventuale quantificazione economica del danno lamentato ai soli fini istruttori della pratica e senza che ciò possa implicare il riconoscimento di alcuna responsabilità da parte della A.O.U. e dei relativi sanitari;
- ⇨ richiesta di trasmettere tutte le altre eventuali informazioni ritenute utili per la migliore gestione della richiesta di risarcimento.

Trasmissione all'A.O.U. di tutta la documentazione acquisita da controparte ivi compreso il modulo di consenso al trattamento dei dati personali e sensibili debitamente sottoscritto da controparte
Verifica, ove la richiesta sia indirizzata anche ad un sanitario, che quest'ultimo abbia attivato la copertura assicurativa personale, con contestuale richiesta di copia della stessa e del relativo contratto assicurativo.

Richiesta all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, di acquisire:
- ⇨ documentazione sanitaria (es: cartella clinica, certificati, immagini radiografiche, etc.);
- ⇨ relazione sanitaria sul caso;

- ⇨ relazioni tecniche (es: descrizione e foto dei luoghi, conformità alla normativa vigente, obblighi manutentivi, responsabilità di terzi);
- ⇨ eventuali dichiarazioni testimoniali.

Registrazione della posizione aperta su sistema informatico.

Ove anche in fase istruttoria si apra una fase giudiziale, il broker trasmetterà alla Struttura Legale la relativa documentazione, in tempi congrui per i tempestivi atti consequenziali.

Art. 8 - Valutazione del danno e revisione delle riserve

Nel caso in cui il danno lamentato riguardi una **lesione alla persona**, la documentazione medica raccolta dalla Struttura Affari Generali viene trasmessa via mail al *Broker* (per la valutazione del caso) e alla Struttura di Medicina Legale dell'A.O.U..

La Medicina Legale provvede:

- ⇨ ove occorra, ad **eseguire una visita medico-legale sul presunto danneggiato** per una corretta valutazione delle conseguenze lesive;
- ⇨ **a redigere una specifica e motivata relazione** utile alla valutazione del potenziale nesso causale, degli eventuali profili di responsabilità e dell'entità del danno. Il medico legale inoltrerà sia alla Struttura Affari Generali che al *Broker* la relazione che rappresenterà, laddove ritenuto opportuno dalla A.O.U., la base per la presentazione di un quadro generale al C.V.S. sul singolo caso.

La Struttura Legale provvede, nel caso in cui la richiesta risarcitoria sia sfociata in un contenzioso:

- ⇨ **a porre in essere una valutazione che esporrà in sede di CVS,** utile ad individuare un potenziale nesso causale anche sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso di giudizio.

La quantificazione di cui sopra sarà necessaria per valorizzare il potenziale *quantum* del risarcimento e valutare se occorra o no proseguire nella gestione interna del caso.

Le attività della Struttura di Medicina Legale dovranno concludersi in tempi brevi, determinati in 45 giorni, qualora si renda necessaria una visita medico-legale e, in 15 giorni in tutti gli altri casi.

Le riunioni del C.V.S., si terranno con periodicità idonea a soddisfare la chiusura dei sinistri per quanto possibile, entro il termine di 12 mesi e, comunque, almeno una volta ogni trimestre.

Art. 9 – Composizione ed attività del Comitato Valutazione Sinistri e Gestione sinistri

Il C.V.S., come previsto in polizza, è composto da: *Broker*, Dirigente Struttura Affari Generali, Direttore Struttura Legale, Direttore Sanitario e suo delegato, Direttore Amministrativo o suo delegato, Dirigente della Struttura di Medicina Legale, quest'ultima con **funzioni di Coordinamento**, giusta previsione di cui alla DGR n. 1575 del 12 luglio 2011, ed eventuali altri componenti interessati alla trattazione di casi oggetto del C.V.S..

Finalità del C.V.S. sono le seguenti:

1. organizzazione della raccolta di informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
2. pronta valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare nel contenzioso giudiziario;
3. valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni (in termini di responsabilità e impatto economico) arrecati a terzi con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri (anche in un'ottica preventiva);
4. integrazione della procedura di rilevazione e raccolta dei dati necessari ad un'efficace gestione dei sinistri;

5. verifica dei *database* esistenti ed eventuale proposta di integrazione, per renderli efficaci ai fini della gestione delle statistiche sinistri necessarie al mercato assicurativo o ad altri soggetti che gestiranno in futuro i rapporti coi pazienti danneggiati;
6. gestione dei rapporti coi danneggiati e/o gli avvocati che li assistono e difendono per addivenire ad una composizione stragiudiziale della vertenza fra l'Azienda e i danneggiati (ove la polizza preveda una franchigia e la gestione dei relativi sinistri non sia demandata alla Compagnia);
7. contribuzione alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.

La Struttura **Affari Generali e la Struttura Legale** provvederanno ad inserire i dati dei sinistri di rispettiva competenza nel sistema SIMES-NSIS, in modo da garantire il monitoraggio dei flussi informativi sulla sinistrosità dell'Azienda ed il raggiungimento dell'obiettivo assegnato annualmente al Direttore Generale.

Il *Broker* mette a disposizione dell'Azienda un software dedicato per la gestione dei sinistri che consente di tracciare: – Dati del Paziente (età, sesso, ecc.) – Quando è accaduto l'evento (data e ora) – Dove si è generato il rischio (Presidio, Unità Operativa, Specialità, Luogo, …) – Quali cause hanno generato il sinistro – Quale tipo di errore (Diagnostico, Caduta, ecc.) – Chi subisce le conseguenze (Paziente, Operatore, Terzo) – Come si è evoluto e concluso il sinistro.

Il **Coordinatore del C.V.S.** dispone l'immediata convocazione del Comitato all'atto della ricezione della denuncia di un sinistro afferente all'area della Responsabilità civile verso terzi/prestatori d'opera (RCT/O).
Il C.V.S., con l'ausilio delle professionalità legali, medico-legali e di brokeraggio assicurativo in esso presenti, effettua una valutazione di massima della sostenibilità delle tesi dell'attore, delle presunte responsabilità e delle ipotesi di quantificazione economica del danno, secondo il seguente percorso di analisi dell'evento:

- ⇨ Danno lamentato
- ⇨ Quadro desumibile dall'analisi documentale
- ⇨ Anamnesi circostanziata sull'evento
- ⇨ Visita Medico-Legale
- ⇨ Valutazione ad opera della Struttura Legale, sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso di giudizio
- ⇨ *An*
- ⇨ *Quantum*
- ⇨ Indicazioni per il *Risk Manager*.

A seguito dell'analisi generata da tali valutazioni, qualora **emerga un riconoscimento di responsabilità**, il C.V.S. dispone con tempestività:

- ⇨ **la restituzione della pratica alla Struttura Affari Generali** (ove stragiudiziale) ovvero alla **Struttura Legale** (ove giudiziale), per l'inoltro della formale denuncia del sinistro alla Compagnia di Assicurazione per il tramite del *Broker*, per il seguito di competenza;

ovvero:

- ⇨ **di trattenere la pratica per la trattazione diretta del sinistro** medesimo nel caso in cui l'entità del risarcimento presumibile, oltre che dubbia sotto il profilo dell'insussistenza di responsabilità dell'Azienda, sia altresì di modesta entità tale da rientrare nei limiti della franchigia prevista nella polizza RCT/O.

La predisposizione delle relazioni riguardanti i casi da definire in sede di C.V.S. è di competenza:

- ⇨ *degli Affari Generali e della Struttura di Medicina Legale*, con il supporto del *Broker*, per i **sinistri in fase stragiudiziale;**
- ⇨ *della Struttura Legale* (anche sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso

di giudizio) e *della Struttura di Medicina Legale*, con il supporto del *Broker*, per **i sinistri già in fase giudiziale**.

Nel caso di **apertura del sinistro presso la Compagnia di Assicurazione**, il C.V.S. assicura il monitoraggio per la corretta gestione della pratica risarcitoria, collaborando con la Compagnia di Assicurazione tramite il *Broker* per la liquidazione in tempi rapidi di quanto dovuto.
Il sinistro è altresì oggetto di valutazione da parte del *Risk Manager* ed è inserito nella "Mappatura rischi RCT/O" (*Incident Reporting*), nella quale sono catalogati tutti gli accadimenti verificatisi in Azienda, le cause della sinistrosità riferita alle singole aree aziendali nonché la tipologia dei sinistri ed il loro dimensionamento economico. Ciò consente anche la tracciabilità di "eventi avversi" e "*near miss*", oltre che un'analisi statistica dei sinistri finalizzata all'ottenimento del profilo di rischio complessivo dell'Azienda. È inoltre possibile estrarre utili informazioni quali la distribuzione di frequenza e di severità degli eventi avversi occorsi per Specialità o per Unità Operativa.
Tali informazioni possono consentire al *Risk Manager*, tramite indicatori di performance all'uopo sviluppati, di stimare l'effettivo grado di rischio delle singole Unità Operative o dei Processi. Inoltre, attraverso riunioni periodiche, forum, potrà consentire di individuare la *Best Practice* e generare così un circolo virtuoso nella crescita delle professionalità aziendali.

Nel caso si opti per la **trattazione diretta del sinistro**, il C.V.S. acquisisce una relazione medico-legale del danno a seguito di visita medica da parte della propria Struttura di *Medicina Legale ed eventualmente della Struttura Legale* (anche sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso di giudizio qualora si ravvisi l'apertura di un contenzioso giudiziale) e procede al contraddittorio collegiale con la parte lesa per la quantificazione economica del possibile risarcimento. Qualora il tentativo di transazione così avviato non dovesse dare esito positivo a causa della distanza tra le parti in ordine all'entità del risarcimento da erogare, sarà facoltà della controparte adire le vie legali.

Completata la fase istruttoria, ogni sinistro in S.I.R., viene analizzato alla luce della documentazione raccolta, nella prima riunione utile tenuta dal Comitato di Valutazione Sinistri, organo cui compete, grazie all'apporto delle specifiche competenze dei suoi membri, l'espletamento delle funzioni già evidenziate e quindi, la valutazione complessiva di ogni sinistro per individuare la strategia da assumere nella gestione dello stesso.
Il *Broker*, previo confronto con la Struttura Affari Generali e con la Struttura Legale, provvederà a redigere l'ordine del giorno della sessione del C.V.S., contenente l'elenco delle pratiche che verranno discusse per l'analisi delle responsabilità, strategie di gestione e modalità di definizione, secondo la seguente procedura:

a) **Illustrazione dei sinistri con quantificazione e proposta di accantonamento finanziario**
Lo *Specialist* nei sinistri di RCT/O, sulla scorta delle risultanze dello *screening* primario effettuato, illustra al Comitato:
- ⇨ la storia del sinistro riassumendo brevemente il caso e aggiornando l'Ente sugli sviluppi assicurativi della vicenda;
- ⇨ la certezza della quantificazione sotto S.I.R. o sulla persistenza di eventuali dubbi inerenti il superamento della citata soglia: in tale ultimo caso fornisce indicazioni su come gestire al meglio la trattazione del sinistro (dando anche contezza di aver esortato la compagnia a prendersene carico);
- ⇨ la sussistenza dei presupposti giuridici della responsabilità.

Sulla base di quanto emergerà dall'attività svolta anche in seno al C.V.S., nel corso della gestione della vertenza, il *Broker* fornirà al Management della A.O.U. - con cadenza semestrale – uno specifico rendiconto che consenta di valutare la congruità del fondo inizialmente stanziato anche

sulla base del potenziale aggiornamento dell'esposizione finanziaria in funzione delle evoluzioni intervenute nel tempo di gestione della vertenza (avanzamento del livello di istruzione del fascicolo di sinistro, evoluzione giurisprudenziale ecc.).

b) Analisi della documentazione e delle responsabilità dei sanitari, mediante:

- ⇨ Valutazione circa la necessità di acquisire ulteriori informazioni.
- ⇨ Individuazione del potenziale interessamento di responsabilità personalmente identificabili e conseguente coinvolgimento di eventuali ulteriori coperture assicurative.

Il Medico Legale, incaricato dall'A.O.U., se ritenuto opportuno, si confronterà con tali soggetti così da renderli edotti delle prime risultanze emerse e dell'eventuale *fumus* di responsabilità individuata.
Il *Broker* richiederà formalmente a tali soggetti, in caso di sinistri in S.I.R., di produrre copia del contratto assicurativo eventualmente sottoscritto e della relativa denuncia di sinistro, invitandoli, se del caso, a partecipare alla discussione del caso in sede di successiva riunione del C.V.S..

c) Definizione della strategia di gestione della vertenza

L'istruttoria compiuta sfocerà nelle seguenti attività da svolgere a seconda delle esigenze emerse in Comitato:

- ⇨ Invito a visita medico legale;
- ⇨ Esame medico legale della documentazione sanitaria;
- ⇨ Esame, sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso di giudizio;
- ⇨ Valutazione circa la formulazione di una proposta transattiva;
- ⇨ Gestione del procedimento di mediazione ex D. Lgs. 28/2010 e s.m.i.;
- ⇨ Gestione ricorso per Accertamento Tecnico Preventivo ex Art. 696 bis c.p.c.;
- ⇨ Proposta transattiva a definizione del danno;
- ⇨ Invio di formale reiezione.

Eventuali professionisti coinvolti nel processo (Medici Legali e Legali) saranno incaricati direttamente dalla Struttura Legale che sarà inoltre responsabile del riconoscimento ai professionisti dei corrispettivi pattuiti.

L'esame di ogni sinistro può comportare, quindi, i seguenti esiti:

- ⇨ **Viene accertata l'infondatezza della pretesa risarcitoria avanzata dalla controparte per assenza di responsabilità a carico dell'Azienda.**

Il C.V.S. da mandato alla Struttura Legale di respingere la richiesta risarcitoria.
La ripresa della trattazione del sinistro è subordinata a successive iniziative di parte.

- ⇨ **Viene accertata un'attendibile fondatezza della pretesa risarcitoria.**

Il C.V.S. investe del compito di addivenire ad una risoluzione bonaria del sinistro il *Broker*.
Il C.V.S. supporta l'attività di negoziazione con la controparte che verrà effettuata, di concerto dalla Struttura Affari Generali e dalla Struttura Legale in sede diversa da quella del CVS stabilendo:

1) la quantificazione economica del sinistro da porre a riserva;
2) il congruo valore del danno risarcibile cui attenersi, per quanto possibile, nella definizione di una transazione.

- ⇨ **Impossibilità di pronunciarsi sulla fondatezza o meno della richiesta risarcitoria.**

Il C.V.S. può disporre ulteriori adempimenti istruttori.
In tal caso il Comitato dispone il riesame del sinistro per la successiva seduta investendo del compito di espletare gli ulteriori atti istruttori, in ragione della loro diversa tipologia, la propria componente più adatta ad eseguirli.
Rientra nel novero degli atti istruttori supplementari;

1. la convocazione per la successiva seduta, tramite la Struttura Affari Generali, dei sanitari interessati al sinistro per una diretta audizione degli stessi;
2. il rifiuto della controparte a concorrere al perfezionamento degli atti istruttori indicati dal Comitato e la conseguente impossibilità di tale organo ad esprimersi sul fondamento della domanda determina uno stato di quiescenza del sinistro la cui ripresa dipenderà da future iniziative promosse dalla parte reclamante.

Qualora in sede di analisi dei sinistri e dei relativi fattori causali emerga la necessità di intervenire sulle procedure o sulle situazioni organizzative e gestionali in essere per evitare il ripetersi di sinistri analoghi, il Comitato monitorizza l'andamento dei sinistri e formula valutazioni circa le strategie da assumere per ridurre i fattori di rischio e propone o indica alle competenti componenti aziendali (*Risk Manager*, Responsabile Aziendale della Qualità, Ufficio Tecnico, Struttura Patrimonio, ecc.), le misure di riduzione del rischio che ritiene utile vengano adottate.
Il *Risk Manager* assicura la comunicazione delle suddette valutazioni al Direttore Sanitario perché le traduca in misure operative e ne riferisca l'adozione in sede di stesura del *reporting* periodico semestrale riferito al sistema di indicatori per il governo del rischio sanitario da sottoporre alla Direzione Generale per il successivo invio in Regione.

Le decisioni assunte dal C.V.S., con le motivazioni che le giustificano, sono documentate nei verbali delle sedute dell'Organo la cui custodia spetta alla Struttura Affari Generali.

Il C.V.S. per il tramite della Struttura Affari Generali informa dell'esito di ogni richiesta risarcitoria il Responsabile dell'U.O. cui il sinistro afferisce.

Art. 10 - Attività su contenzioso

Lo scambio di documentazione interna tra gli uffici preposti – Struttura Affari Generali ed Struttura Legale – costituisce il cardine di una corretta gestione di tale fase.
Nel momento in cui si riceva un qualsiasi atto giudiziario (intendendosi per tale anche l'istanza di mediazione) il medesimo sarà inoltrato entro tre giorni al *Broker* ed la Struttura Legale (in originale).
Il *Broker*, laddove si avvii un contenzioso, trasmetterà l'intera documentazione alla Struttura Legale in modo che sia possibile predisporre una linea di difesa.
I due uffici dovranno garantire una corretta gestione integrata del sinistro/contenzioso attraverso uno scambio documentale puntuale e completo.
I sinistri sfociati in contenzioso saranno dunque trattati dalla Struttura Legale che interagirà col *Broker* e con la Struttura Affari Generali.

Art. 11 - Attività informativa

Il *Broker* predisporrà i *bordereaux* trimestrali per la trasmissione di informazioni quali, a titolo meramente esemplificativo, anagrafiche, date, descrizioni dei fatti, riserva preventiva e successivi aggiornamenti, stato del sinistro e altri, tutti elaborati e predisposti in linea con quelli previsti dal sistema NSIS per il rilevamento SIMES.

Art. 12 - Definizione della vertenza - Liquidazione del sinistro Coordinamento e collegamento con gli assicuratori dei medici coinvolti

Nel caso l'A.O.U. e/o il C.V.S. decidessero di formulare una proposta transattiva, la Struttura Affari Generali si occuperà di coinvolgere i sanitari interessati, al fine di renderli edotti sulle determinazioni assunte e, ove esistenti posizioni assicurative aperte su polizze personali dei

medici interessati, consentire all'Amministrazione, tramite il *Broker*, di tentare una preventiva condivisione e compartecipazione nel risarcimento da parte delle altre compagnie coinvolte.

Art. 13 - Trattativa diretta con i legali dei danneggiati

Per tutti i sinistri valutati in sede di C.V.S. per i quali sia prevedibile un **esito totalmente o parzialmente sfavorevole per l'Azienda** e vi sia stata indicazione dei limiti possibili entro i quali risulti utile addivenire ad un accordo, sarà considerata l'opportunità di avviare una trattativa con la controparte o con il legale che la assista.
Detta trattativa verrà discussa:

- ⇨ in sede di C.V.S. per individuare i margini entro i quali essa potrà concretizzarsi;
- ⇨ in una fase successiva. In tale ultima ipotesi, l'A.O.U. autorizzerà per iscritto il *Broker* affinché contatti la parte istante ed avvii la trattativa che potrà concludersi dopo del CVS.

L'A.O.U. può riservarsi di gestire in via autonoma la trattativa per il tramite della Struttura Legale, dandone comunicazione al *Broker* e al CVS fornendo riscontro al medesimo non appena conclusa la stessa.
Ove l'Azienda venga investita della trattazione diretta del danno, il *Broker* si occuperà di acquisire la documentazione fondante le ragioni di parte avversa, prima fra tutte la legittimazione degli aventi causa (eredi ecc..) attestata da apposite dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà. L'autorizzazione all'incasso di somme da parte del Tribunale in presenza di minori, in quanto attività non delegabile, sarà espletata direttamente dall'A.O.U. di Foggia.
Eventuali nuovi elementi che possano modificare le valutazioni saranno presentati e nuovamente discussi ed, eventualmente, sottoposti al C.V.S., per una nuova valutazione del caso.
In esito **all'accettazione dell'importo proposto al danneggiato**, il *Broker* predisporrà bozza degli atti per la formalizzazione dell'accordo intercorso che trasmetterà agli uffici competenti per il successivo inoltro a controparte e relativo pagamento.

Art. 14 - Definizione della vertenza – Reiezione

In questo stadio, il *Broker* porterà a conoscenza del danneggiato la decisione dell'A.O.U. di respingere il sinistro motivandone sommariamente le ragioni a controparte.

Art. 15 - Revisione riserve – C.V.S. straordinario

Tenuto conto delle risultanze dell'istruttoria compiuta, il *Broker* chiederà all'A.O.U. la convocazione di una o più sedute straordinarie dell'organo per valutare nuovamente le riserve apposte e consentire all'A.O.U. un corretto accantonamento delle poste a riserva nel fondo rischi aziendale.

GESTIONE SINISTRI SOPRA S.I.R.

Art. 16 - Fase di apertura del sinistro/denuncia

La Struttura Affari Generali inoltra al *Broker* a mezzo mail e/o corrispondenza cartacea, entro 30 giorni dal ricevimento della richiesta di risarcimento, denuncia del sinistro presumibilmente qualificato sopra S.I.R. e comunque rientrante nei casi indicati in polizza come automaticamente sopra S.I.R. (es. valore > € 250.000, *baby cases*, sinistri mortali), allegando alla denuncia sia la richiesta di risarcimento pervenuta sia l'eventuale valutazione di massima della Struttura di Medicina Legale.

Il *Broker* invia il sinistro presso la compagna assicurativa, dandone comunicazione all'A.O.U..
Come già specificato negli artt. 8, 9, 10, 20 del presente regolamento i sinistri in già in fase giudiziale, cioè aperti con atti giudiziari e/o sfociati in contenzioso, saranno trattati dalla Struttura Legale. Si specifica che, sebbene non strettamente correlati alla fase di apertura del sinistro, rientrano in tale ambito: gli atti di citazione, le richieste di accertamento autoptico, gli avvisi di garanzia, i procedimenti di mediazione, il conferimento e pagamento di: incarichi legali, di consulenze giudiziali e ogni altra attività connessa ad un contenzioso.

Art. 17 - Fase istruttoria

Il *Broker*, esperita una preliminare e sommaria analisi sulla completezza della richiesta di risarcimento (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc.) e dell'ammissibilità della stessa (eccezioni preliminari es. prescrizione), procederà nel rispetto degli *input* ricevuti dall'A.O.U. e dall'assicuratore ad attivare il flusso utile ad istruire correttamente il fascicolo del sinistro sopra S.I.R..
La Compagnia di assicurazione, laddove il sinistro non ponga immediati dubbi sulla copertura, procederà con l'istruzione del fascicolo, svolgendo le seguenti attività:

Riscontro alla Controparte mediante:
- ⇨ trasmissione di una nota di presa in carico e gestione, unitamente all'invio del modulo *privacy* che dovrà essere restituito firmato per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (d.lgs. 196/2003), che contempli tra i soggetti autorizzati:
  - ✓ Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Foggia;
  - ✓ *Broker*;
  - ✓ tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano necessità di trattare la documentazione contenente tali dati.
- ⇨ istanza di integrazione documentale riguardante in particolare eventuali prestazioni effettuate presso altre strutture sanitarie;
- ⇨ richiesta di relazione medico legale di parte dalla quale possa evincersi la precisa inadempienza contestata ai sanitari;
- ⇨ istanza di eventuale quantificazione economica del danno lamentato ai soli fini istruttori della pratica e senza che ciò possa implicare il riconoscimento di alcuna responsabilità da parte della A.O.U. e dei relativi sanitari;
- ⇨ richiesta di trasmettere tutte le altre eventuali informazioni ritenute utili per la migliore gestione della richiesta di risarcimento.

Verifica, tramite il *Broker*, ove la richiesta sia indirizzata anche ad un sanitario, che quest'ultimo abbia attivato la copertura assicurativa personale, con contestuale richiesta di copia della stessa e del relativo contratto assicurativo.

Richiesta all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, tramite il *Broker*, di acquisire:
- ⇨ documentazione sanitaria (es: cartella clinica, certificati, immagini radiografiche, etc.);
- ⇨ relazione sanitaria sul caso;
- ⇨ relazioni tecniche (es: descrizione e foto dei luoghi, conformità alla normativa vigente, obblighi manutentivi, responsabilità di terzi);
- ⇨ eventuali dichiarazioni testimoniali.

Registrazione della posizione aperta su sistema informatico e comunicazione numero sinistro al *Broker*.

Art. 18 - Valutazione del danno e revisione delle riserve

La Struttura di Medicina Legale dell'A.O.U. provvede:

- ove occorra, ad eseguire una visita medico-legale nei confronti della controparte al fine di una corretta valutazione delle conseguenze lesive;
- **a redigere una specifica e motivata relazione utile alla valutazione del potenziale nesso causale**, degli eventuali profili di responsabilità e dell'entità del danno. Il medico legale inoltrerà la relazione sia alla Struttura Affari Generali sia al *Broker*. Detta relazione rappresenterà un elemento utile per la presentazione di un quadro generale al C.V.S. sul singolo caso.

La Struttura Legale, per i casi in fase giudiziale, provvede:

- **a redigere una specifica e motivata relazione che esporrà in sede di CVS,** utile ad individuare un potenziale nesso causale anche sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso di giudizio.

Analogamente la compagnia, procederà a far visitare il danneggiato dal proprio medico legale, producendo copia della relazione medico-legale redatta al *Broker* per il successivo inoltro all'A.O.U. di Foggia.
La quantificazione economica del danno sarà effettuata dalla compagnia, che apposterà una corretta riserva anche sulla base della relazione medico-legale svolta dal proprio fiduciario.
Le riunioni del C.V.S. su danni oltre S.I.R. si terranno con periodicità, indicativamente ogni 3 mesi e comunque in relazione al numero di sinistri di questa tipologia da gestire.

Art. 19 – Composizione ed attività del Comitato Valutazione Sinistri Gestione sinistri

Il C.V.S., come previsto in polizza, è composto da: *Broker*, Dirigente della Struttura Affari Generali, Direttore della Struttura Legale, Direttore Sanitario o suo delegato, Direttore Amministrativo o suo delegato, Direttore della Struttura di Medicina Legale, eventuali altri componenti interessati alla trattazione di casi oggetto del C.V.S. e l'ufficio sinistri della compagnia assicuratrice.
La compagnia, completata la fase istruttoria, condividerà la documentazione raccolta, nella prima riunione utile tenuta dal Comitato di Valutazione Sinistri, organo cui compete, grazie all'apporto delle specifiche competenze dei suoi membri l'espletamento delle funzioni già evidenziate e quindi, la valutazione complessiva di ogni sinistro per individuare la miglior strategia da assumere nella gestione dello stesso.
Il *Broker*, previo confronto con la Struttura Affari Generali, con la Struttura Legale e con la compagnia, provvederà a redigere l'ordine del giorno della sessione C.V.S., contenente l'elenco delle pratiche che verranno discusse per l'analisi delle responsabilità, strategie di gestione e modalità di definizione.

a) Illustrazione dei sinistri con quantificazione e proposta di accantonamento finanziario

Il liquidatore incaricato dalla compagnia per la gestione dei sinistri di RCT/O, sulla scorta delle risultanze dello screening primario effettuato, illustra al Comitato:

- la storia del sinistro riassumendo brevemente il caso e aggiornando l'Ente sugli sviluppi assicurativi della vicenda;
- la certezza della quantificazione sopra S.I.R. o sulla persistenza di eventuali dubbi inerenti il superamento della citata soglia;
- la sussistenza dei presupposti giuridici della responsabilità.

Sulla base di quanto emergerà dall'attività svolta anche in seno al C.V.S., nel corso della gestione della vertenza, il *Broker* fornirà al *Management* della A.O.U. - con cadenza semestrale – uno specifico rendiconto che consenta di valutare la congruità del fondo inizialmente stanziato anche sulla base del potenziale aggiornamento dell'esposizione finanziaria in funzione delle evoluzioni

intervenute nel tempo di gestione della vertenza (avanzamento del livello di istruzione del fascicolo di sinistro, evoluzione giurisprudenziale ecc.).

b) Analisi della documentazione e delle responsabilità dei sanitari, mediante:

- ⇨ Valutazione della necessità di acquisizione di eventuali ulteriori informazioni.
- ⇨ Individuazione del potenziale interessamento di responsabilità personalmente identificabili e conseguente coinvolgimento di eventuali coperture assicurative.

Il Medico Legale, incaricato dall'A.O.U., laddove ritenuto, si confronterà con tali soggetti così da renderli edotti delle prime risultanze emerse e dell'eventuale fumus di responsabilità individuata.
Il *Broker* richiederà, in caso di sinistri sopra S.I.R., poi formalmente a tali soggetti la produzione di copia del contratto assicurativo, se sottoscritto e della relativa denuncia di sinistro, invitandoli eventualmente a partecipare alla discussione del caso in sede di successiva riunione del C.V.S..

c) Definizione della strategia di gestione della vertenza

L'istruttoria compiuta sfocerà nelle seguenti attività da svolgere a seconda delle esigenze emerse in Comitato:

- ⇨ Invito a visita medico legale;
- ⇨ Esame medico legale della documentazione sanitaria;
- ⇨ Valutazione circa la formulazione di una proposta transattiva;
- ⇨ valutazione del potenziale nesso causale anche sotto il profilo tecnico-giuridico della fondatezza della domanda, di valutazione del rischio di soccombenza e di eventuali ulteriori oneri in caso di giudizio;
- ⇨ Gestione del procedimento di mediazione ex D. Lgs. 28/2010 e s.m.i.;
- ⇨ Gestione ricorso per Accertamento Tecnico Preventivo ex Art. 696 bis c.p.c.;
- ⇨ Proposta transattiva a definizione del danno;
- ⇨ Invio di formale reiezione.

Eventuali professionisti coinvolti nel processo (Medici Legali e Legali) saranno incaricati direttamente dalla compagnia, che sarà inoltre responsabile del riconoscimento ai professionisti dei corrispettivi pattuiti.
L'esame di ogni sinistro può comportare, quindi, i seguenti esiti:

- ⇨ Viene **accertata l'infondatezza della pretesa risarcitoria** avanzata dalla controparte per assenza di responsabilità a carico dell'Azienda: il C.V.S. da mandato alla compagnia di respingere la richiesta risarcitoria.
  La ripresa del sinistro è subordinata a successive iniziative di parte.
- ⇨ Sul presupposto di un'attendibile **fondatezza della pretesa risarcitoria,** il C.V.S. investe la compagnia del compito di addivenire ad una risoluzione bonaria del sinistro.
  La compagnia supporta l'attività di negoziazione con la controparte stabilendo:
  1) la quantificazione economica del sinistro da porre a riserva;
  2) il congruo valore del danno risarcibile cui attenersi, per quanto possibile, nella definizione di una transazione.

Nell'**impossibilità di pronunciarsi sulla fondatezza o meno della richiesta risarcitoria** sulla base dei soli elementi di valutazione già acquisiti, il C.V.S. può disporre ulteriori adempimenti istruttori.
In tal caso il Comitato dispone il riesame del sinistro per la successiva seduta investendo del compito di espletare gli ulteriori atti istruttori, in ragione della loro diversa tipologia, la propria componente più adatta ad eseguirli.
Rientra nel novero degli atti istruttori supplementari:

- ⇨ la convocazione per la successiva seduta, tramite la Struttura Affari Generali, dei sanitari interessati al sinistro per una diretta audizione degli stessi.

Il rifiuto della controparte a concorrere al perfezionamento degli atti istruttori indicati dal Comitato e la conseguente impossibilità di tale organo ad esprimersi sul fondamento della domanda determina uno stato di quiescenza del sinistro la cui ripresa dipenderà da future iniziative promosse

dalla parte reclamante.
Qualora in sede di analisi dei sinistri e dei relativi fattori causali emerga la necessità di intervenire sulle procedure o sulle situazioni organizzative e gestionali in essere al fine di evitare il ripetersi di sinistri analoghi, il Comitato monitora l'andamento dei sinistri e formula valutazioni circa le strategie da assumere per ridurre i fattori di rischio connessi alle attività cliniche ed assistenziali e propone o indica alle competenti componenti aziendali (*Risk Manager*, Responsabile Aziendale della Qualità, Ufficio Tecnico, Struttura Patrimonio, ecc.) le misure di riduzione del rischio che ritiene utile vengano adottate.
Il *Risk Manager* assicura la comunicazione delle suddette valutazioni al Direttore Sanitario perché le traduca in misure operative e ne riferisca l'adozione in sede di stesura del *reporting* periodico semestrale riferito al sistema di indicatori per il Governo del rischio sanitario da sottoporre alla Direzione Generale per il successivo invio in Regione.
Le decisioni, ed i motivi che le giustificano, assunte dal C.V.S. vengono documentate in un verbale delle sedute dell'organo la cui custodia spetta alla Struttura Affari Generali.
Il C.V.S. per il tramite della Struttura Affari Generali informa dell'esito di ogni richiesta risarcitoria il Responsabile dell'U.O. cui il sinistro afferisce.

Art. 20 - Attività sul contenzioso

Lo scambio di documentazione interna tra gli uffici preposti – Struttura Affari Generali e Struttura Legale – costituisce il cardine di una corretta gestione di tale fase.
Nel momento in cui si riceva un atto giudiziario (intendendosi per tale anche la mediazione) è necessario che il medesimo venga inoltrato, entro tre giorni, al *Broker* ed alla Struttura Legale.
Il *Broker* trasmetterà l'intera documentazione alla Struttura Legale in modo che sia possibile la costruzione di una linea difensiva, che sarà comunque di competenza della compagnia.
I sinistri sfociati in contenzioso saranno trattati dalla compagnia, che interagirà con la Struttura Legale ed il *Broker*.

Art 21 - Attività informativa

Il *Broker* predisporrà i *bordereaux* semestrali per la trasmissione di informazioni quali, ad esempio: anagrafica, date, descrizione dei fatti, riserva preventiva e successivi aggiornamenti, ecc., stato del sinistro, tutti elaborati e predisposti in linea con quelli previsti dal sistema NSIS per il rilevamento SIMES.

Art. 22 - Definizione della vertenza - Liquidazione del sinistro

L'Istituto Assicuratore, AMTRUST Europe, comunica al C.V.S. gli esiti dei tentativi di transazione condotti nei confronti della controparte, fornendo adeguata documentazione attestante:

- ⇨ l'entità economica delle richieste della controparte;
- ⇨ l'entità di quanto offerto a tacitazione delle suddette richieste;
- ⇨ l'esito finale della trattativa.

La competenza ad autorizzare la stipula delle transazioni è propria del C.V.S..
Qualora in sede di C.V.S. l'A.O.U. comunichi agli assicuratori:

- ⇨ la volontà di **non definire il sinistro** nei termini prospettati dalla compagnia, la stessa anche successivamente, resterà esposta esclusivamente nei termini indicati nella proposta, al netto del valore della S.I.R..
- ⇨ Qualora successivamente il **sinistro fosse definito con un importo superiore alla proposta presentata nel C.V.S.**, la compagnia resterà obbligata solo entro i limiti indicati nella proposta stessa.

Solo per i casi urgenti e da chiudersi con rapidità, l'autorizzazione potrà essere data dalla Direzione Aziendale, salvo poi riferirne alla prima occasione utile al C.V.S..
Previa comunicazione della concessa autorizzazione, l'Assicurazione procede alla sottoscrizione delle quietanze liberatorie ed alla formale stipula della transazione.
Nei termini contrattualmente previsti, il sinistro che superi la soglia S.I.R. sarà gestito dalla Società AMTRUST che manterrà a proprio carico tutti i relativi costi - fermi i limiti disciplinati in polizza - anche qualora, a conclusione dello stesso, il sinistro dovesse risultare di valore pari o inferiore all'importo della S.I.R..
Resta comunque inteso tra le Parti che, ove a seguito delle valutazioni esperite dalla Società al ricevimento della denuncia di sinistro, quest'ultima ritenesse che la valorizzazione del potenziale danno risulti inferiore all'importo della S.I.R., sarà impegno della stessa fornire all'A.O.U. la propria diversa valutazione integrando la propria tesi con adeguata documentazione di supporto. In tal caso l'A.O.U. – previo confronto con la Società che potrà avvenire anche in seno alla prima riunione utile del C.V.S. – assumerà la gestione del sinistro come segue:

1) procederà con la **gestione diretta del sinistro** (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Società, per il tramite del *Broker*, degli esiti conclusivi, qualora ritenuto opportuno da entrambe le parti;
2) la Società potrà effettuare *audit* presso la Contraente al fine di analizzare lo stato delle relative posizioni e l'Azienda O.U. aggiornerà periodicamente quest'ultima, anche in occasione degli incontri del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.), qualora ritenuto opportuno da entrambe le parti.

Art. 23 - Trattativa diretta con i legali dei danneggiati

Per tutti i sinistri per i quali sia prevedibile un **esito totalmente o parzialmente sfavorevole** per l'Azienda – a seguito del parere espresso in tal senso dal C.V.S., nel quale siano indicati i limiti entro i quali risulti utile addivenire ad un accordo – sarà valutata l'opportunità di avviare una trattativa con controparte legale. L'esito di detta trattativa verrà ridiscusso n sede di CVS ai fini della definitiva autorizzazione.
La compagnia si occuperà di acquisire la documentazione fondante le ragioni di parte avversa, prima fra tutte la legittimazione degli aventi causa (eredi ecc..) attestata da apposite dichiarazioni sostitutive di atti di notorietà. L'autorizzazione all'incasso di somme da parte del Tribunale per in presenza di minori, essendo attività non delegabile, sarà espletata direttamente dall'A.O.U. di Foggia.
Eventuali nuovi elementi che possano modificare le valutazioni saranno presentati e nuovamente discussi ed eventualmente sottoposti al C.V.S. per una nuova valutazione del caso. In esito all'accettazione dell'importo proposto al danneggiato, la compagnia predisporrà bozza degli atti per la formalizzazione dell'accordo intercorso ed il successivo inoltro a controparte e relativo pagamento.

Art. 24 - Definizione della vertenza – Reiezione

In questo stadio, la compagnia porterà a conoscenza del danneggiato la decisione dell'A.O.U. di respingere il sinistro motivandone sommariamente le ragioni a controparte.

Art. 25 - Fase di acquisizione delle Polizze personali

Al ricevimento di una richiesta di risarcimento il cui valore superi la soglia S.I.R., l'Azienda si attiverà per individuare i nominativi degli operatori che hanno preso parte al percorso diagnostico-terapeutico oggetto della richiesta di risarcimento.
L'Azienda invierà a tali soggetti formale comunicazione in ordine a quanto sopra, richiedendo loro l'acquisizione di copia dell'eventuale polizza personale o, in caso di inesistenza della stessa, specifica dichiarazione.
L'Azienda, indipendentemente dalle attività di cui sopra, richiederà gli estremi delle polizze personali nei seguenti casi:

- ogni qualvolta il nominativo di un operatore **sia specificatamente indicato nella richiesta** di risarcimento;
- qualora, in caso di **convocazione avanti a un organismo di mediazione o nell'atto di citazione**, gli operatori dovessero essere personalmente e direttamente individuati.

Laddove il C.V.S./l'Azienda e/o la Compagnia convengano che, nel singolo caso, sia impegnata la responsabilità personale di qualche operatore, sarà onere della Compagnia, appena ricevuti gli estremi dell'eventuale polizza personale, attivarsi per addivenire a un accordo con l'altro assicuratore interessato perché partecipi alla liquidazione del sinistro.
Tale compartecipazione, in difetto di accoglimento, verrà formalmente e periodicamente sollecitata dalla Società.
Per evitare che le attività necessarie al compiuto coinvolgimento delle altre compagnie interessate possano precludere l'efficacia di una positiva transazione, la Compagnia potrà sottoporre all'Azienda ed al C.V.S. l'opportunità di procedere comunque con la definizione del danno fornendo un'indicazione circa la quantificazione, le tempistiche e le modalità previste per il recupero del "credito".
Sarà onere della Compagnia aggiornare periodicamente il contraente sullo stato di recupero del risarcimento presso gli altri assicuratori coinvolti.

Art. 26 - Attività di informazione Corte dei Conti

Semestralmente la Struttura Affari Generali redige l'elenco dei sinistri liquidati che, o perché in S.I.R. o perché rientranti nella franchigia annuale prevista dal contratto di assicurazione, abbiano comportato l'utilizzo di fondi aziendali e lo trasmette alla Sezione Regionale della Corte dei Conti affinché tale organo - qualora valuti che ne sussistano i presupposti - promuova azioni di responsabilità per colpa grave a carico dei sanitari coinvolti nei sinistri oggetto di segnalazione.

Fase stragiudiziale

- Struttura Affari Generali

Fase giudiziale

- Struttura Legale

Sinistri in SIR

- 1. apertura sinistro entro 30 gg. previa valutazione di massima Medicina Legale
- 2. istruttoria broker:

3. riscontro controparte
4. tasmette documenti ad AOU
5. verifica attivazione copertura assicurativa personale medico
6. richiede ad AOu cartella clinica e relazioni sanitari
7. registra posizine su supporto informtico

Valutazione danno e riserve

8. lesione alla persona:

MEDICINA LEGALE attività entro 15 gg.

a) esegue visita medico-legale su presunto danneggaiato entro 45 gg.
b) redige relazione per CVS

STRUTTURA AFFARI GENERALI - stragiudiziale

a) redige relazione per CVS

- Struttura legale

a) redige relazione per CVS - giudiziale

Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

- Comitato Valutazione Sinistri (CVS)
- 1. Direttore Medicina Legale - Coordinatore (DGR 1575/2011)
- 2. Direttore Sanitario o delagto
- 3. Direttore Amministrativo o delegato
- 4. Dirigente Struttura Affari Generali
- 5. Direttore Struttura legale
- 6. broker
- RICEZIONE DENUNCIA su RCT/O:
- 1. coordinatore convoca CVS
- 2. CVS analizza fondatezza richiesta risarcitoria e quantifica danno
- riconoscimento resposabilità AOU:
- - invio pratica all'Assicurazione tramite broker
  - dubbio riconoscimento responsabilità e bassa entità danno:
  - trattazione diretta in CVS con:
  - - relazioni AG e ML (casi in stragiudiziale)
  - - relazioni SL e Ml (casi in fase giudiiziale
- infondatezza pretesa risarcitoria
- CVS autorizza SL a respinegere la richiesta risarcitoria
- Fondatezza pretesa risarcitoria
- CVS autorizza broker e Sl a definizione bonaria
- impossibilità pronunciarsi su rchiesta
- riesame del sìnistro

Sinistri sopra SIR

- apertura sinistro
- AG lentro 30 gg. inoltro denuncia al broker con eventuale valutazione di massima della Struttura di Medicina Legale.
- istruttoria
- Riscontro alla Controparte
- Verifica, tramite il Broker, ove la richiesta sia indirizzata anche ad un sanitario, che quest'ultimo abbia attivato la copertura assicurativa personale, con contestuale richiesta di copia della stessa e del relativo contratto assicurativo.
- Richiesta all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di documentazione
- Registrazione della posizione aperta su sistema informatico e comunicazione numero sinistro al Broker.

Valutazione del danno e revisione delle riserve

- La Medicina Legale provvede:
  - ove occorra, ad eseguire una visita medico-legale sul presunto danneggiato per una corretta valutazione delle conseguenze lesive;
  - a redigere una specifica e motivata relazione
- La Struttura Legale provvede, nel caso in cui la richiesta risarcitoria sia sfociata in un contenzioso:
- a porre in essere una valutazione che esporrà in sede di CVS,
- La quantificazione di cui sopra sarà necessaria per valorizzare il potenziale quantum del risarcimento e valutare se occorra o no proseguire nella gestione interna del caso.
- Le attività della Struttura di Medicina Legale dovranno concludersi in 45 giorni, qualora si renda necessaria una visita medico-legale e in 15 giorni in tutti gli altri casi.

Definizione della vertenza - Liquidazione del sinistro

- L'Istituto Assicuratore comunica al C.V.S. gli esiti dei tentativi di transazione condotti nei confronti della controparte, con:
  - l'entità economica delle richieste della controparte;
  - l'entità di quanto offerto a tacitazione delle suddette richieste;
  - l'esito finale della trattativa.
- C.V.S. autorizza transazione e può comunicare agli assicuratori:
  - la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dalla compagnia, la stessa resterà esposta esclusivamente nella misura indicatia nella proposta, al netto del valore della S.I.R..
  - sinistro definito con un importo superiore alla proposta presentata nel C.V.S., la compagnia resta obbligata solo entro i limiti indicati nella proposta stessa.
- casi urgenti e da chiudersi con rapidità, l'autorizzazione potrà essere data dalla Direzione Aziendale..
- il sinistro che superi la S.I.R. sarà gestito dalla Società AMTRUST che manterrà a proprio carico tutti i relativi costi
- a seguito delle valutazioni esperite dalla Società quest'ultima ritenesse che la valorizzazione del potenziale danno risulti inferiore all'importo della S.I.R., sarà impegno della stessa fornire all'A.O.U. la propria diversa valutazione integrando la propria tesi con adeguata documentazione di supporto.
- In tal caso l'A.O.U. assumerà la gestione del sinistro come segue:
  - procederà con la gestione diretta del sinistro (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Società, per il tramite del Broker, degli esiti conclusivi, qualora ritenuto opportuno da entrambe le parti;
  - la Società potrà effettuare audit presso la Contraente al fine di analizzare lo stato delle relative posizioni e l'Azienda O.U. aggiornerà periodicamente quest'ultima, anche in occasione degli incontri del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.), qualora ritenuto opportuno da entrambe le parti.

Trattativa diretta con i legali dei danneggiati

- Per tutti i sinistri per i quali sia prevedibile un esito totalmente o parzialmente sfavorevole per l'Azienda – a seguito del parere espresso in tal senso dal C.V.S., si avvia una trattativa con controparte legale. L'esito di detta trattativa verrà ridiscusso in sede di CVS ai fini della definitiva autorizzazione.

Fase di acquisizione delle Polizze personali

- valore sopra S.I.R., l'Azienda si attiverà per individuare i nominativi degli operatori che hanno preso parte al percorso diagnostico-terapeutico oggetto della richiesta di risarcimento.
- richiedendo loro l'acquisizione di copia dell'eventuale polizza personale o, in caso di inesistenza della stessa, specifica dichiarazione.
- L'Azienda, richiederà gli estremi delle polizze personali nei seguenti casi:
  - ogni qualvolta il nominativo di un operatore sia specificatamente indicato nella richiesta di risarcimento;
  - qualora, in caso di convocazione avanti a un organismo di mediazione o nell'atto di citazione, gli operatori dovessero essere personalmente e direttamente individuati.
- Laddove il C.V.S./l'Azienda e/o la Compagnia convengano che, nel singolo caso, sia impegnata la responsabilità personale di qualche operatore, sarà onere della Compagnia, appena ricevuti gli estremi dell'eventuale polizza personale, attivarsi per addivenire a un accordo con l'altro assicuratore interessato perché partecipi alla liquidazione del sinistro.