



REGIONE LAZIO

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N° : **639** DEL 11 GIU. 2015

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. AFFARI GENERALI

OGGETTO: Revoca delibera n. 603 del 04/07/2014 e approvazione nuovo Regolamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) sulla base delle nuove Linee Guida Regionali

STENDARDI ANGELO

Angelo Stendardi
L'Estensore

RESPONSABILE ANTICORRUZIONE
Delibera n. 522/2014
Dott. Paolo Pezzato

Parere del Direttore Amministrativo :

Drssa Daniela Donetti

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

[Signature]

Data

11 GIU. 2015

Parere del Direttore Sanitario :

Dr. Antonio Bray

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma

Antonio Bray

Data

11 GIU. 2015

Il funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa :

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget :

ASL VITERBO
L. DIRETTORE F.F.
ECONOMIA & FINANZA
Data (Doc. sta Annunziata Minopoli)

Il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990, come modificato dalla L. n° 15/2005.

Responsabile del procedimento :

Data 29/04/2015

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Firma

Angelo Stendardi

Il Dirigente :

Data 11

Firma

IL DIRETTORE
U. O. C. Affari Generali
(Dr.ssa Francesca Gubiotti)

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti []

Oggetto: Revoca delibera n. 603 del 04/07/2014 e approvazione nuovo Regolamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (C.A.V.S.) sulla base delle nuove Linee Guida Regionali.

II DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI

PREMESSO che la ASL di Viterbo con delibera 603 del 04/07/2014 ha approvato il regolamento del Comitato Valutazione e Gestione Sinistri della ASL di Viterbo e con delibera 635 del 17/07/2014 ha nominato i componenti del suddetto Comitato;

CHE successivamente la Regione Lazio, con determina n. G09535 del 02 luglio 2014 pubblicata sul BURL n. 58 del 22/07/2014 supplemento n. I, ha definito le Linee Guida Regionali per le attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Aziendali Valutazione Sinistri;

CHE la AUSL di Viterbo, seguendo le indicazioni alle suddette Linee Guida con delibera n. 953 del 30/12/2014 ha provveduto alla nomina dei nuovi componenti del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri della AUSL di Viterbo (C.A.V.S.);

CONSIDERATO CHE le Linee Guida Regionali al punto 3.2 lettera B indicano che ogni CVS Aziendale deve dotarsi di un regolamento per il proprio funzionamento e che eventuali regolamenti in essere devono essere riformulati coerentemente con le nuove Linee Guida;

CHE il nuovo C.A.V.S. ha provveduto tempestivamente alla discussione delle nuove Linee Guida Regionali al fine di procedere alla rimodulazione di un nuovo regolamento indispensabile per il proprio funzionamento;

CHE il C.A.V.S. nella seduta del 16/04/2015 verbale n. 13, dopo aver acquisito sull'argomento ulteriori informazioni e chiarimenti negli incontri che si sono susseguiti in sede regionale, ha approvato il regolamento che ne definisce la composizione, il funzionamento e le modalità di gestione dei sinistri sulla base delle nuove Linee Guida Regionali;

VISTA la determina della Regione Lazio n. G09535 del 02 luglio 2014, pubblicata sul BURL n. 58 del 22/07/2014 supplemento n. I;



VISTA la delibera della ASL di Viterbo n. 603 del 04/07/2014;

VISTA la delibera della ASL di Viterbo n. 953 del 30/12/2014;

VISTO il verbale del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri n. 13 del 16/04/2015;

VISTO il nuovo regolamento rimodulato per il funzionamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri che unito al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;

con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

PROPONE DI DELIBERARE

Per i motivi espressi nella premessa, che si intendono integralmente richiamati:

- La revoca della precedente deliberazione n. 603 del 04/07/2014 di approvazione del precedente regolamento del Comitato Valutazione e Gestione Sinistri della ASL di Viterbo;
- L'approvazione del nuovo regolamento per il funzionamento del Comitato Aziendale Valutazione Sinistri della ASL di Viterbo che allegato al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- L'individuazione del Sig. Angelo Stendardi quale Responsabile del procedimento di cui al presente atto;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

La presente Deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazio n. 45/96

IL DIRETTORE
U.O.C. Affari Generali
dr.ssa Francesca Gubiotti

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Visto:

il Decreto Legislativo n. 502/1992 e ss.mm.li. ;
il Decreto Legislativo n. 165/2001 e ss.mm.li. ;
le Leggi Regionali nn.18/94 e 19/94;
il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00017 del 16 aprile
2013;

Preso atto dell'allegato provvedimento che con la sottoscrizione del Dirigente dell' U.O.C. AFFARI GENERALI, viene dallo stesso dichiarato nella forma e nella sostanza, legittimo ed utile per il servizio pubblico;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

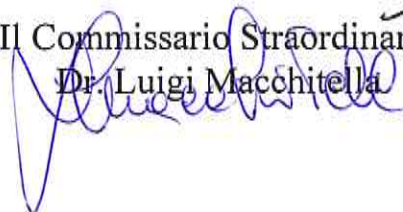
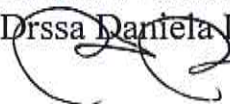
Di approvare integralmente il provvedimento sopra riportato.

Il presente atto sarà pubblicato all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della Legge Regionale del Lazio n. 45/96.

Il Direttore Amministrativo
Drssa Daniela Donetti

Il Direttore Sanitario
Dr. Antonio Bray

Il Commissario Straordinario
Dr. Luigi Macchitella



REGOLAMENTO

COMITATO AZIENDALE VALUTAZIONE SINISTRI (CAVS)

In applicazione alle linee Guida Regionali per l'attività di gestione dei sinistri di responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri di cui alla determina n. G09535 del 02 luglio 2014

Indice del Regolamento

Art.	Argomento	Pagina
1	Oggetto Regolamento	3
2	Scopo	3
3	Definizioni	3
3.1	CAVS	3
3.2	Compagnia di Assicurazione	3
3.3	Sinistro	3
3.4	Sinistro RCTO	3
3.5	Sinistro RCT	3
3.6	Richiedente	3
4	Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (CAVS)	4
4.1	Componenti del CAVS	4
4.2	Funzioni	5
4.3	Obiettivi	5
4.4	Funzionamento e modalità di lavoro	5
5	Procedure e Fasi	7
5.1	Apertura Sinistro	7
5.2	Fase Preliminare	7
5.3	Fase Istruttoria	8
5.4	Fase Peritale/Accertativa	8
5.5	Fase Propositiva	9
5.6	Fase Conclusiva	10
6	Rapporto con la Corte dei Conti	12
7	Accantonamento Fondi	13
8	Flussi Formativi	14
9	Formazione	13
10	Norme di riferimento	14

REGOLAMENTO

ART. 1 OGGETTO

Il presente regolamento definisce le modalità di gestione dei sinistri RCT/RCO in riferimento alle peculiari condizioni di polizza del contratto assicurativo stipulato dall'Azienda U.S.L di Viterbo con la Compagnia di Assicurazione del momento, e/o in regime di auto-assicurazione. Individua i compiti e le responsabilità dei soggetti coinvolti in ciascuna fase della gestione del sinistro.

ART. 2 SCOPO

Lo scopo è quello di armonizzare un complesso articolato di procedure, attraverso la definizione di processi aziendali finalizzati a valutare e gestire i sinistri, anche per prevenire e ridurre i rischi per gli utenti e per l'Azienda.

ART. 3 DEFINIZIONI

3.1 CAVS (Comitato Aziendale Valutazione Sinistri): Organo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle richieste risarcitorie nei confronti dell'Azienda

3.2 Compagnia di Assicurazione: Società di Assicurazione che stipula con l'Azienda U.S.L. di Viterbo la polizza di RCT/RCO (RCT: polizza responsabilità civile verso terzi RCO: polizza responsabilità civile verso il prestatore d'opera, infortunio-malattia professionale)

3.3 Sinistro: evento rispetto al quale viene formulata richiesta di risarcimento danni che fa scattare l'operatività delle garanzie di polizza RCT e/o RCO previste dal contratto stipulato dall'Azienda U.S.L. con la Compagnia di Assicurazione o le modalità di gestione sinistri in autonomia. Si tratta di evento "ritenuto dannoso" occorso al paziente/utente in esito ad una prestazione di tipo sanitario o ad un operatore sanitario nel corso dell'attività lavorativa.

3.4 Sinistro RCTO: è l'evento rispetto al quale viene formulata richiesta di risarcimento danni denunciato dall'Azienda U.S.L. alla Compagnia di Assicurazione (se coinvolta) o in regime di autogestione in esito ad una formale richiesta di risarcimento danni da chiunque avanzata, o in esito all'apertura di una inchiesta giudiziaria o avvio di un giudizio in sede civile, nonché ogni azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.

3.5 Sinistro RCT: è l'evento rispetto al quale viene formulata richiesta di risarcimento danni denunciato dall'Azienda U.S.L. alla Compagnia di Assicurazione in esito ad una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato e/o ad azione di rivalsa da parte dell'INAIL o dell'INPS e/o a inchiesta giudiziaria e/o amministrativa, o avvio di un giudizio in sede civile, nonché ogni azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.

3.6 Richiedente: colui/coloro (cittadino/paziente - operatore sanitario - familiari/eredi – ente previdenziale, INAIL, ecc) che ritenendo di essere stato/i danneggiato/ dall'Azienda U.S.L. (prestazione sanitaria –attività lavorativa in ambito sanitario) avanzano :

- un reclamo all'URP tendente a ricevere adeguata risposta e chiarimenti ai quesiti o segnalazioni posti in evidenza
- una formale richiesta di risarcimento danni e/o azione di rivalsa nei confronti dell'Azienda Sanitaria

ART. 4

IL COMITATO AZIENDALE VALUTAZIONE SINISTRI

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri (di seguito CAVS) è un organo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo con parere obbligatorio, ma non vincolante, sulle richieste risarcitorie avanzate nei confronti dell'Azienda. E' uno degli Organismi Aziendali ed è posto in staff alla Direzione.

Il CAVS nasce dall'esigenza di interrompere la tendenza al frazionamento delle informazioni e delle attività, radunando intorno ad un tavolo comune le figure professionali implicate nella risoluzione delle diverse problematiche.

Il compito del CAVS è quello di analizzare, nel dettaglio, ogni singolo sinistro al fine di minimizzare l'impatto economico sul bilancio aziendale. Le sue funzioni si individuano precipuamente nella gestione del rischio assicurativo ed i sinistri al fine di ottenere il miglior risultato possibile in termini di *risk management* per l'Azienda.

4.1 Componenti del CAVS

Fanno parte del CAVS i seguenti componenti:

- Il Dirigente U.O. Affari Generali
- Un Avvocato
- Un Medico Legale,
- Il Risk Manager
- Un membro della Direzione Sanitaria
- Il Dirigente U.O.C. Economia & Finanze
- Un rappresentante dell'Ufficio Assicurativo
- Un rappresentante della compagnia di assicurazione o in alternativa della società di brokeraggio, fino ad esaurimento dei rapporti contrattuali in essere, o in alternativa il loss adjuster individuato dalla Regione qualora sia carente presso l'Azienda una figura professionale in grado di quantificare l'eventuale danno; o, ancora, se l'Azienda è in autotutela dal responsabile della struttura (UOS Assicurazione) che istruisce i sinistri;

Ove le figure del Risk Manager e del membro della Direzione Sanitaria o del Risk Manager e del Medico Legale dovessero coincidere, il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri è validamente costituito con la presenza del solo Risk Manager.

Nelle more dell'individuazione del loss adjuster da parte della Regione l'Azienda AUSL di Viterbo potrà individuare, ove necessario e con oneri a proprio carico, dei loss adjuster di propria fiducia, nel rispetto delle procedure concorrenziali previste dalla legge.

Nel caso in cui all'interno dell'Azienda non sia presente la figura del Dirigente Medico Legale, si farà ricorso prioritariamente a Convenzioni con altre Aziende ed Enti del SSR.

Nel caso in cui all'interno dell'Azienda non sia presente la figura del Dirigente Avvocato si farà ricorso a Convenzioni con altre Aziende ed Enti del SSR ovvero si provvederà alla partecipazione al Comitato di personale di categoria D, laureato in giurisprudenza, possibilmente in possesso dell'abilitazione alla professione forense.

I componenti il CAVS, effettivi e supplenti, sono nominati con delibera del Direttore Generale dell'Azienda con la quale sarà anche individuato, tra i componenti, la figura del coordinatore.

Le funzioni di Segreteria saranno assicurate dal personale afferente alla U.O. Affari Generali.

Il CAVS nell'esercizio delle proprie funzioni, si avvale dei professionisti, con competenze specialistiche inerenti il caso, interni alla AUSL VT e, qualora ravvedesse la necessità di un parere terzo, potrà avvalersi, in casi di particolare complessità e/o rilevanza economica di professionisti con competenze

specialistiche inerenti il caso in esame, anche esterni alla AUSL VT. Nel caso in cui tale consulenza specialistica debba essere acquisita da professionisti esterni all'Azienda si dovrà fare prioritariamente riferimento a professionisti provenienti da altre Aziende del SSN e/o da Aziende Ospedaliere Universitarie e i relativi oneri e compensi saranno a carico della AUSL VT parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate.

4.2 Funzioni

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri svolge le seguenti attività:

- Valuta i sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale nell'ambito degli eventi che hanno generato i sinistri;
- Individua e definisce una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- Valuta l'impatto economico del singolo sinistro;
- Valuta tipologie ed entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per una analisi dei sinistri anche in un'ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si possono ripetere;
- Formula il proprio parere e/o la propria proposta di definizione del sinistro redigendo per ogni singolo caso un documento di sintesi di cui all'allegato Mod. 3.
- Nel caso in cui si tratti di autorizzazione alla liquidazione da parte della Direzione il documento di sintesi viene inviato all'U.O.C. Affari Generali-Ufficio Assicurativo per le proprie competenze;
- Provvede congiuntamente al Risk Management alla promozione tra gli operatori della "cultura nella sicurezza e nel rischio";

4.3 Obiettivi

Gli obiettivi principali del CAVS, nell'esercizio delle proprie funzioni, consistono nel:

- ottimizzare il rapporto tra rischi e premi assicurativi, fungendo da punto di riferimento per la definizione delle politiche di copertura assicurativa aziendale;
- facilitare la sollecita definizione delle pratiche al fine di evitare il contenzioso giudiziario;
- Contenimento della sinistrosità operando, in sinergia con la politica aziendale in materia di sicurezza, con le Direzioni Sanitarie ed il Risk Manager, per il governo dei processi che presentano maggiore frequenza di errori;
- miglioramento del rapporto azienda/utente al fine di tutelare da una parte i diritti dei cittadini e dall'altra il decoro e l'immagine della struttura e del professionista;

4.4 Funzionamento e modalità di lavoro del CAVS

Il CAVS è convocato dal coordinatore, in forma scritta e trasmessa per posta elettronica, anche su richiesta di ciascuno dei suoi componenti, previa esplicitazione di parere motivato circa la rilevanza del sinistro da porre in disamina e con supervisione e parere favorevole del Risk Manager.

La seduta del CAVS è ritenuta valida quando il numero legale dei partecipanti è rispettato ed è pari al 50% + 1.

Resta comunque inteso che il parere e/o la propria proposta di definizione del sinistro di cui al documento di sintesi (**Allegato 3**) che deve contenere il giudizio di tutti i componenti ritenuti indispensabili ai fini della valutazione medico legale, legale ed economica del sinistro.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del CAVS in caso di conflitto di interessi i componenti devono astenersi.

Si ritiene inoltre opportuno che il CAVS possa riunirsi anche in via eccezionale per la disamina di alcuni sinistri ritenuti, da ciascun componente, di "particolare rilevanza" (per gravità dell'accadimento, risvolti organizzativi, urgenza di provvedimenti correttivi-preventivi rispetto all'accadimento per evitarne il reiterarsi, entità della richiesta risarcitoria, grave danno all'immagine dell'Azienda, ecc.).

Le sedute devono essere convocate con regolare periodicità a seconda delle esigenze aziendali e comunque con un minimo di due sedute mensili.

Le riunioni devono svolgersi in orario istituzionale e non prevedono compensi aggiuntivi.

Il Comitato ha facoltà di convocare per l'esame di specifici casi il responsabile delle strutture coinvolte nell'evento e il personale sanitario tecnico coinvolto o informato sui fatti.

Al termine di ciascuna seduta sarà redatto a cura del Segretario un sintetico verbale.

Le sedute non sono pubbliche atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili, in ottemperanza a quanto previsto dal vigente codice della privacy.

Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CAVS, nonché tutta la documentazione ad essi inerenti, non potranno essere divulgate, né trattate né riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del CAVS.

La valutazione in ordine alla sussistenza della responsabilità, la determinazione della percentuale del danno biologico e dell'ammontare della relativa liquidazione spetta al CAVS nella sua collegialità.

Il CAVS provvede:

- alla disamina delle richieste di risarcimento danni alla luce della documentazione sanitaria relativa al sinistro;
- alla espressione di un giudizio sull'evento con particolare riferimento agli aspetti di gestione assicurativa, esprimendo un parere in ordine all'opportunità di liquidare o meno il sinistro ed in che misura, contribuendo alla stima del danno potenziale e all'allocazione di adeguate riserve nel pieno rispetto dei criteri e dei limiti del presente regolamento.
- all'individuazione della opportunità/necessità di *studio approfondito del caso mediante tecniche di audit e/o RCA coordinate dal Risk Manager*, con la finalità di attivare azioni correttive e preventive.
- alla quantificazione del danno secondo i criteri e le indicazioni riportate nel presente regolamento considerando, nella fase propositiva, anche gli eredi che possono essere ammessi al risarcimento, criteri per determinare entità del danno degli eredi stessi, possibilità o meno di riconoscere le spese legali ai legali di controparte ed eventualmente in quale misura, ecc;

ART. 5 PROCEDURE E FASI

Le procedure per la risoluzione negoziata del contenzioso comprendono 6 fasi:

1. Apertura sinistro
2. Fase Preliminare
3. Fase Istruttoria
4. Fase Peritale/Accertativa
5. Fase Propositiva
6. Fase Conclusiva

5.1 Apertura sinistro:

La prima fase denominata "Apertura Sinistro" è avviata con una delle seguenti modalità:

1. istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali;
2. avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore per un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
3. atto di citazione di giudizio civile, eventualmente notificato anche al/ai sanitario/i coinvolto/i.

I compiti relativi alla fase di apertura sinistro sono di competenza dell'Ufficio Assicurativo.

5.2 Fase Preliminare:

La seconda fase denominata "Fase Preliminare" è volta all'acquisizione della documentazione legale-amministrativa ed all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante, in particolare attraverso le seguenti attività;

- ricezione delle richieste di risarcimento e iscrizione nel data base;
- analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza
- gestione e presa in carico della richiesta di risarcimento;
- valutazione della loro ammissibilità ;
- trasmissione della richiesta risarcimento danni alla Medina Legale per la valutazione della SIR;
- inoltro formale di tale richiesta alla Compagnia di assicurazione, ove presente, secondo le modalità previste dai contratti;
- informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro e la richiesta di valutazioni medico legali. In tale fase si può acquisire la ulteriore documentazione del richiedente. Va sempre allegato il modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del d.lgs. N. 196/2003
- acquisizione dell'informativa sull'eventuale copertura assicurativa personale da parte dell'operatore coinvolto nel sinistro.

La fase preliminare deve concludersi di norma entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

I compiti relativi alla fase preliminare sono di competenza dell'Ufficio Assicurativo e della Medicina Legale.

5.3 Fase Istruttoria:

Durante la terza fase denominata "Fase Istruttoria", si procede alla raccolta della documentazione necessaria alla trattazione del sinistro (copia cartella clinica, dei referti e della documentazione medica, compresa quella iconografica, nonché le relazioni di accertamento dei fatti a firma del personale sanitario coinvolto) redigendo il modello 1 (*Allegato 1*).

Le controparti, direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali, dovranno essere tempestivamente sensibilizzate circa le necessità di produrre tutti gli elementi di valutazione, compresa la documentazione relativa alla eventuale prosecuzione delle cure presso altre strutture sanitarie, al fine di consentire una valutazione completa non solo circa la sussistenza di difetti di assistenza ma anche relativi alla evoluzione del danno.

La fase Istruttoria deve concludersi di norma entro 60 giorni, decorrenti dalla conclusione della fase preliminare.

I compiti relativi alla fase istruttoria sono di competenza dell' Ufficio Assicurativo – Medicina Legale

5.4 Fase Peritale/Accertativa:

La quarta fase denominata "Fase Peritale/Accertativa" riguarda la valutazione dei singoli sinistri (sia quelli esclusivamente gestiti dall'Azienda sia quelli condivisi con la gestione assicurativa), per distinguere quelli per cui disporre necessariamente la convocazione a visita diretta dell'interessato da quelli per cui è sufficiente una valutazione sugli atti.

L' Ufficio Responsabilità Professionale prende in carico dall'Ufficio Assicurativo il fascicolo, costituito dalla documentazione amministrativa e sanitaria "interna" (cartelle cliniche, relazioni interne a firma dei Direttori dei Reparti coinvolti e dei sanitari, interessati in prima persona nel sinistro, relazioni tecniche, etc)

Si verifica la completezza della documentazione sia amministrativa sia sanitaria, prodotta in fase Istruttoria e, laddove necessario, si provvede a completare il fascicolo. È compito del personale amministrativo in forza alla Medicina Legale Ufficio Responsabilità Professionale richiedere le necessarie integrazioni documentali.

A tal fine, viene esaminata la documentazione in atti e valutata la carenza di documentazione sanitaria e/o amministrativa esterna alla Ns. Azienda che andrà richiesta alla controparte. Tale richiesta potrà essere effettuata o in occasione della visita diretta oppure attraverso l'invio di comunicazione scritta. In sede di visita diretta, laddove si ritiene opportuno, viene anche raccolta documentazione fotografica, previo consenso sottoscritto dalla parte. Nei casi in cui, tale documentazione venga acquisita in originale, sarà compito del personale amministrativo dell' Ufficio Responsabilità Professionale, una volta evaso il sinistro, provvedere ad informare la controparte per la restituzione della predetta documentazione, indicandone modi e tempi. All'esito degli accertamenti medico-legali eseguiti, il medico legale procede a redigere una propria relazione.

Le visite dirette sui richiedenti sono effettuate presso i locali della Medicina Legale, con il supporto del personale amministrativo dell'Ufficio Responsabilità Professionale, che preventivamente ha provveduto alle convocazioni a visita, o sugli atti in caso di decesso. Se il medico-legale, valutati gli atti e sottoposto a visita diretta il richiedente, stante il carattere tecnico del caso in specie, ritiene opportuno richiedere una consulenza specialistica, argomenterà su tale evenienza in occasione del CAVS che dovrà individuare il sanitario interno all'azienda oppure esterno, nei casi in cui sia sconsigliabile avvalersi di personale interno. In quest'ultimo caso, il CAVS dovrà proporre il relativo preventivo di spesa alla Direzione Strategica, perché ne autorizzi l'attivazione. Sarà compito del personale amministrativo dell' Ufficio Responsabilità Professionale sia individuare i sanitari interni od esterni all'Azienda indicati per la consulenza sia contattarli, previa acquisizione di parere positivo del CAVS ed autorizzazione della Direzione.

Sarà compito del personale amministrativo dell' Ufficio Responsabilità Professionale provvedere ad informare la controparte sulla visita specialistica da effettuare, comunicandone modi, tempi e sede.

Al termine della fase peritale/accertativa l'Ufficio Responsabilità Professionale provvederà a trasmettere l'istruttoria al CAVS.

Al termine della fase Peritale/Accertativa, la Medicina Legale produce perizia medico-legale, su cui si esprime sia in ordine all'an sia al quantum debeatur. In relazione alla percentualizzazione ed alla monetizzazione del danno alla persona, si rimanda alla fase Propositiva.

Ove sia possibile individuare i sanitari coinvolti, questi possono avvalersi di un proprio medico legale e di un legale a proprie spese e presentare una relazione tecnica sull'evento, che dovrà essere obbligatoriamente vagliata.

Al termine della fase peritale il medico legale verificherà attraverso una check list la completezza del proprio operato redigendo il modello 2 (**Allegato 2**).

La fase Peritale/Accertativa deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase Istruttoria.

I compiti relativi alla fase peritale/accertativa sono di competenza della medicina legale

5.5 Fase Propositiva:

L'Ufficio Assicurativo, acquisita e verificata la documentazione, la invia agli uffici coinvolti (medicina legale, Ufficio Tecnico, ecc.) per quanto di competenza ed invia al CAVS quanto a lui trasmesso.

Il C.A.V.S. dopo aver acquisito la documentazione da parte dell'Ufficio Assicurativo e in caso di malpractice la relazione medico legale, *corredata della quantificazione del danno e della relativa proposta risarcitoria*, e la relazione del medico legale della Compagnia di Assicurazione (ove presente), procede alla discussione, eventualmente anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti, ed alla espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro redigendo il modello 3. (**Allegato 3**). Formula, altresì, la relativa quantificazione del danno e accantonamento al fondo rischi, indicando un valore massimo risarcibile.

La medicina legale provvederà alla determinazione percentuale del danno biologico. In relazione alla percentualizzazione del danno alla persona, individuando i baremes valutativi più opportuni per la sua determinazione. Il medico legale si esprime alla valutazione sulla congruità delle spese mediche prodotte dalla controparte. Segue la fase della monetizzazione della percentuale di danno biologico permanente e dei giorni di danno biologico temporaneo, ad esclusivo appannaggio del personale amministrativo dell'Ufficio responsabilità Professionale, che provvede anche alla quantificazione delle spese legali secondo le tabelle extragiudiziali minime DM 55.

Per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le tabelle territoriali in attesa della pubblicazione delle tabelle per i danni oltre le c.d. micro permanenti.

Alla luce delle risultanze medico legali, il CAVS esprime ed invia il parere conclusivo (modello 3) alla Direzione Strategica per le indicazioni circa la percorribilità della proposta stessa con allegata nota predisposta a firma del Direttore Generale, indicante il seguente oggetto: "proposta risarcitoria da inviare alla controparte". Il CAVS comunica inoltre il possibile scostamento rispetto a quanto previsto in bilancio sul fondo che deve essere monitorato trimestralmente per renderlo il più attendibile possibile ed aggiornato in occasione della redazione del bilancio di esercizio.

Contestualmente la Direzione Strategica dà mandato al competente ufficio di informare della proposta il personale coinvolto nel sinistro e di procedere alla negoziazione con la parte.

La scelta di procedere transattivamente deve comunque rispondere ai criteri di razionalità e congruità dell'azione rapportando la convenienza economica della transazione all'incertezza ed alla durata del giudizio, valutata caso per caso in relazione alla natura delle pretese, alla chiarezza della normativa ed agli orientamenti giurisprudenziali, come anche ai precedenti in materia.

I criteri principali cui ispirarsi nel perfezionamento di una transazione sono:

1. ragionevolezza, logicità e razionalità
2. rispondenza alla missione della AUSL di VT;
3. valutazione tecnica della scelta di transigere: in tale valutazione si dovrà tener conto, tra le altre cose, anche di una valutazione realistica circa l'effettiva probabilità di soccombenza in giudizio, considerate anche le eventuali difficoltà derivanti dall'attuale ripartizione dell'onere della prova;

La fase Propositiva deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della Fase Peritale/Accertativa.

I compiti relativi alla fase propositiva sono di competenza del CAVS nella sua globalità, la formulazione e la gestione amministrativa delle proposte risarcitorie in materia ed esito istruttorie per i sinistri respinti da Medical Malpractice saranno gestite dall'Ufficio Responsabilità Professionale.

Le modalità amministrative saranno gestite dagli AA.GG.-Ufficio Assicurativo.

5.6 Fase Conclusiva:

La quarta fase denominata "Fase Conclusiva" consiste nel portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi, in relazione a quanto previsto in bilancio nel fondo nonché nella ricerca di un accordo che possa definire la questione.

L'Ufficio Assicurativo sulla base delle risultanze delle fasi precedenti:

- in caso di accettazione della proposta provvede ad inviare la stessa alla controparte;
- in caso di accertata assenza di profili di condotta colposa, alla luce delle risultanze medico legali, del parere conclusivo del CAVS (modello 3) e acquisito il visto della Direzione Generale comunica alla controparte le risultanze.

Nella fase interlocutoria con la controparte, al fine di raggiungere una soluzione transattiva condivisa dalle parti, l'U.O. Affari Generali si avvarrà della collaborazione della Medicina Legale Ufficio Responsabilità Professionale, fino a chiusura del sinistro.

Nel caso sia raggiunto un accordo, l'azione termina con l'adozione di un provvedimento deliberativo – su proposta della U.O. Affari Generali – che ripercorra tutte le fasi del processo di gestione del sinistro e che abbia il seguente contenuto minimo:

- Riferimento richiesta risarcimento danni;
- Riferimento evento;
- Riferimenti alla fase valutativa e motivazione del riconoscimento del nesso di causalità tra evento e danno;
- Riferimento alla autorizzazione del Legale Rappresentante a procedere alla liquidazione;
- Riferimenti all'accordo raggiunto;
- Riferimenti al sottoconto di bilancio relativo ai costi per copertura di risarcimenti assicurativi.

Nel caso in cui l'accordo non si raggiunga, il procedimento terminerà con un sintetico verbale conclusivo nel quale si dia adeguatamente conto dell'attività svolta e delle motivazioni per le quali non si è raggiunto l'accordo.

Difesa nell'eventuale contenzioso:

Nel caso in cui non sia possibile pervenire ad una transazione per differente valutazione sulla sussistenza della responsabilità o per divergente e non componibile valutazione nella quantificazione del danno, il CAVS dovrà garantire una tempestiva e completa attività di confronto e raccordo con il difensore nominato dall'Azienda. Verrà trasmessa tutta la documentazione richiesta e ci sarà disponibilità ad incontri finalizzati a condividere le scelte difensive nell'intero corso del giudizio ed a favorire da parte del difensore medesimo la piena e completa conoscenza dei fatti.

Inoltre, al fine di garantire una difesa efficace e completa il CAVS si raccorda e collabora durante l'intero corso del giudizio, anche con il CTP eventualmente nominato.

L'Ufficio Responsabilità Professionale provvederà alla Richiesta di integrazione della documentazione da reperire eventualmente dal fascicolo depositato in tribunale.

E' compito della medicina Legale, in caso di contenzioso, valutare i quesiti da formulare al CTU, individuare lo specialista interno da nominare come CTP insieme al medico legale, garantire la partecipazione alle operazioni peritali, ricevere la bozza di CTU e formulare eventuali osservazioni critiche, supportare il Legale dell'Azienda in caso di convocazione del CTU a Chiarimenti da parte del Giudice Istruttore. È, altresì, compito della medicina legale valutare l'opportunità di perseguire la via transattiva con la controparte anche in corso di giudizio, soprattutto in caso di CTU sfavorevole.

I compiti relativi alla fase conclusiva sono di competenza degli AA.GG. - Ufficio Assicurativo -Ufficio Legale e Medicina Legale Ufficio Responsabilità Professionale .

MEDIAZIONE

Ai fini della corretta gestione del sinistro in previsione della Mediazione, L'Ufficio Responsabilità Professionale deve ricevere dall'Ufficio Assicurativo il fascicolo completo. Redatto il parere medico legale, è compito dell'Ufficio Responsabilità Professionale trasmettere il fascicolo al CAVS. È compito del medico legale indicare al CAVS l'opportunità o meno di aderire al tentativo di conciliazione, soprattutto in relazione al rischio di soccombenza in giudizio.

Sulla base di tali risultanze l'Ufficio Legale predispose e trasmette all'Organismo di Mediazione nota a firma del Legale Rappresentante della Ausl Viterbo.

ART: 6
RAPPORTO CON LA CORTE DEI CONTI

L'obbligo di segnalazione alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti di fatti che possano dare luogo a responsabilità è un adempimento inderogabile.

Il presupposto della segnalazione è costituito naturalmente dal verificarsi di un fatto dannoso per la finanza pubblica. Perché sorga l'obbligo della segnalazione è necessario che il danno sia concreto ed attuale, con ciò escludendo tutti quei fatti che abbiano solo una potenzialità lesiva (che vanno comunque attentamente vigilati). Non solo dunque deve essersi verificato l'evento produttivo del danno, ma ne deve anche essere seguito l'effettivo pregiudizio patrimoniale.

Il danno deve essere Attuale, Certo ed Effettivo.

Andranno quindi comunicati alla Procura Regionale: tutti i casi di danni liquidati a terzi, sia nell'ambito delle polizze RCT/O per la parte in franchigia, sia in tutti i casi di eventuale ritenzione in proprio del rischio assicurativo.

Andranno, altresì, comunicate le sentenze passate in giudicato con le quali l'Amministrazione sia stata condannata a risarcire un danno a terzi imputabile ad un errore medico o sanitario.

Tempi della segnalazione e messa in mora del dipendente

Le segnalazioni sono di competenza della UOC Affari Generali Ufficio Assicurativo, ad eccezione dei sinistri con sentenze passate in giudicato che sono di competenza dell'Ufficio Legale, e devono essere fatte "tempestivamente", e comunque in tempo utile ad evitare la decorrenza del termine di prescrizione quinquennale Art.1 c.2 L.20/1994. Le segnalazioni devono avere un grado di completezza tale da consentire alle Procure Regionali, ove ne ricorrano gli estremi, l'eventuale avvio delle iniziative di competenza. Gli elementi oggetto della segnalazione rappresentano comunque il contenuto minimo che deve avere l'atto deliberativo di recepimento della liquidazione del sinistro; pertanto si ritiene che l'onere informativo possa essere adeguatamente assolto con la trasmissione alla Corte dell'atto deliberativo medesimo.

In alternativa la comunicazione potrà avvenire utilizzando il modello 4 (*Allegato 4*).

Quanto sopra anche al fine di consentire all'Azienda, parallelamente, di valutare la necessità di mettere in mora i dipendenti coinvolti nell'evento.

Al riguardo si ritiene ragionevole prevedere due diverse modalità:

- Se l'Azienda, contestualmente alla liquidazione dell'importo a terzi, provvede alla segnalazione alla Corte dei Conti, tale contestualità fa venire meno la necessità di mettere in mora i dipendenti, in quanto lascia inalterato il periodo di prescrizione quinquennale stabilito dall'art. 1 c.2 l. 20/1994;
- Se invece l'Azienda non provvede contestualmente alla segnalazione, nasce l'esigenza di mettere in mora il dipendente ai fini interruttivi della prescrizione. Naturalmente, l'atto di messa in mora dovrà essere inviato alla Corte unitamente a tutta la documentazione inerente il caso.

Contenuti della segnalazione alla Corte dei Conti:

La segnalazione dovrà contenere:

- 1) Indicazione del fatto dannoso che dovrà essere adeguatamente descritto;
- 2) L'importo del presunto danno: in materia di responsabilità da malpractice l'importo liquidato in favore del danneggiato (e/o dei suoi eredi) ovvero l'importo oggetto della condanna.

Costituiscono un contenuto facoltativo della segnalazione:

- 1) L'indicazione nominativa di coloro cui possa essere presuntivamente imputato l'evento lesivo, tranne i casi in cui sia chiara la partecipazione di determinati soggetti ai fatti dannosi.
- 2) La rappresentazione di motivate valutazioni circa la colpevolezza dei dipendenti coinvolti nell'evento.

La segnalazione dovrà essere accompagnata dalla documentazione necessaria ed utile dalla quale si possa desumere il percorso seguito dall'Azienda nella liquidazione del danno. In aggiunta agli elementi sopraindicati è necessario, pertanto, specificare nella segnalazione le motivazioni, i criteri e le modalità di calcolo utilizzate dall'Azienda per pervenire alla quantificazione della somma liquidata.

La segnalazione avviene a cura della UOC Affari Generali o dell'Avvocatura.

Entro il 30 giugno ed entro il 31 dicembre di ogni anno, l' Azienda dovrà inviare alla Regione report riepilogativi dei fatti che hanno formato oggetto di segnalazione alla Corte dei Conti in materia di responsabilità medica e/o sanitaria.

Tali report dovranno contenere, al minimo, per ciascuna segnalazione la data dell'evento lesivo e dell'inoltro alla Procura, la sintetica descrizione del fatto, l'importo liquidato, ed il titolo dell'esborso (liquidazione in proprio, sinistro in franchigia, sentenza di condanna, altro).

La segnalazione avverrà con l'utilizzo del modello 5 (*Allegato 5*).

ART. 7 ACCANTONAMENTO FONDI

La consistenza del fondo deve essere dimensionata alla sinistrosità dell'Azienda ed alla eventuale franchigia ove esistente.

Considerato che per effetto delle richieste di risarcimento danni l'indennizzo che dovrà essere pagato è futuro ed incerto, se alla chiusura dell'esercizio sia pervenuta la denuncia di sinistro, ma esso non sia stato ancora liquidato, è necessario accantonare per ogni esercizio quote destinate a coprire i rischi ancora in corso, da considerare "riserve tecniche" vincolate al soddisfacimento dei risarcimenti per danni denunciati ma non ancora liquidati.

Tali riserve sono destinate ad assorbire le fluttuazioni impreviste per aggravamenti o per liquidazione di importi inferiori rispetto a quanto riservato.

Il fondo da riservare in bilancio dovrà essere calcolato applicando il principio contabile della competenza e non della cassa (D.Lgs. 118/2011).

Il suddetto fondo potrà variare in funzione del numero di richieste di risarcimento ricevute nell'anno di riferimento, nonché della relativa quantificazione economica e andrà, quindi aggiornato periodicamente per renderlo il più attendibile possibile, in quanto risulta difficile quantificarne aprioristicamente l'esatto importo.

Il fondo dovrà comunque essere aggiornato in occasione del bilancio di esercizio

Nel conto economico del bilancio di esercizio deve essere previsto uno specifico sottoconto dedicato ai "costi per copertura diretta risarcimento danni" nel quale far confluire i pagamenti di sinistri sorti e definiti nell'anno con la relativa liquidazione e pagamento.

Nello stato patrimoniale di bilancio di esercizio deve essere, altresì, previsto uno specifico sottoconto relativo al "fondo rischi per risarcimento danni" nel quale far confluire le "riserve tecniche" stanziata per tutti i sinistri che sono sorti nell'anno e che si definiranno in anni successivi.

ART. 8 FLUSSI INFORMATIVI

- Sistema per il monitoraggio degli errori in sanità – SIMES
- Piattaforma Regionale Rating – ASL

Tutte le figure operative che collaborano alla gestione del rischio clinico e dei sinistri (affari generali, ufficio legale, risk manager, medicina legale etc.) hanno l'obbligo di alimentare il flusso dei dati attraverso i suddetti sistemi e software gestionale.

ART. 9 FORMAZIONE

La direzione strategica della AUSL di Viterbo garantisce che tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione dei sinistri intraprendano un percorso formativo con i seguenti obiettivi:

- fornire elementi di conoscenza del contesto e delle principali problematiche e dinamiche presenti all'interno del sistema sanitario sul tema dell'appropriatezza e sicurezza delle cure;
- fornire strumenti per la comprensione del mercato assicurativo per responsabilità civile verso terzi in ambito sanitario e relativa valutazione del danno;
- sviluppare strumenti e metodi per il coinvolgimento delle persone danneggiate e per introdurre modelli di prevenzione e contenimento della conflittualità medico/paziente in particolare e, più in generale professionista/cittadino utente;
- sviluppare nei partecipanti adeguate conoscenze degli elementi metodologici ed operativi per addivenire alla composizione delle parti anche in collaborazione con le compagnie assicurative.

Le modalità e i tempi della formazione verranno concordati con la Regione Lazio al fine di garantire uniformità nella gestione e valutazione dei sinistri, nonché al fine di ottimizzare costi e modalità delle formazioni.

ART. 10 NORME DI RIFERIMENTO

- 1) programmi operativi Regione Lazio 2013/2015;
- 2) art. 1 L. 14/01/94 n. 20;
- 3) artt. Da 81 a 86 del R.D. 18/11/1923 n. 2440;
- 4) artt. Da 51 a 56 R.D. 12/07/34 n.1214;
- 5) art. 23, c. 5, della L. 27/12/2002 n.289 (finanziaria 203);
- 6) Procura Generale della Corte dei Conti con nota prot. n. 9434/2007/p del 2 agosto 2007;
- 7) D.lgs. 118/2011;
- 8) Art. 2 c. 3 D. M. salute 11/12/2009" Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità";
- 9) Determina n. G09535 del 2 luglio 2014 "Linee guida regionali per l'attività di gestione dei sinistro da responsabilità medico sanitaria- composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri"

Allegati:

- Modello 1- Fase istruttoria- Relazione relativa ad evento sinistro RCT;
- Modello 2- Check list medico legale;
- Modello 3- Fase propositiva- Parere conclusivo per CAVS;
- Modello 4- Segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti;
- Modello 5- Report comunicazione riepilogativa all'Autorità Regionale.

**Modello 1****FASE ISTRUTTORIA - RELAZIONE RELATIVA AD EVENTO-SINISTRO RCT**

Danneggiato Sig. _____

Estensore:

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Domicilio _____

prov _____

via/p.za _____

n. _____

Sede lavoro _____

Poizione Funzionale _____

n. matricola _____

Luogo evento _____

Data evento _____

Operatori coinvolti: _____

_____Descrizione evento: _____

_____Circostanze indipendenti dalla volontà degli operatori coinvolti che possono aver influito sulla determinazione dell'evento (gestionali, organizzative, logistiche ...):

_____Commento rispetto alle circostanze e ai comportamenti assunti dagli operatori: _____

_____Valutazione sulla fondatezza della contestazione di responsabilità mossa: _____

_____Correttezza applicazione di procedure, protocolli, linee guida: _____

_____Indicazione e dati di eventuali testimoni: _____

U.O.C. AFFARI GENERALI
 UFFICIO ASSICURATIVO
Modello 2**FASE PERITALE/ACCERTATIVA – CHECK LIST MEDICO LEGALE**

Danneggiato:			
Età:		Deceduto	Vivente
Sinistro del		Pervenuto il:	
Numero pratica			
Comune di nascita	Comune	Provincia	
Codice fiscale			
Comune di residenza			
Via			
Recapito telefonico		Cellulare	
Indirizzo e-mail			
Documento d'identità			
Numero documento			
Rilasciato da			
In data			
Relazione sanitario/sanitari coinvolti		Parere specialistico (second opinion)	
Relazione Ufficio tecnico		Relazione Assicurazione	
Documentazione esibita dal paziente		Documentazione sequestrata	
Relazione M.L. Controparte	DR.		
Inabilità temporanea biologica totale giorni	0	Lavorativa totale giorni	0
Parziale 75%	0	Parziale 75%	0

Parziale 50%	0	Parziale 50%	0
Parziale 25%	0	Parziale 25%	0
Invalidità permanente biologica		0	
Incidenza specifica capacità di lavoro		0	

SITUAZIONE PROFESSIONALE DEL DANNEGGIATO

Lavoro	
INFORTUNIO SUL LAVORO	
Periodo Di Assenza Dal Lavoro Dichiarato	

VALUTAZIONE M.L.

VISITA MEDICO LEGALE DEL

MODALITA' ACCADIMENTO

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

SINTOMATOLOGIA SOGGETTIVA

ESAME OBIETTIVO

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

CARTELLA CLINICA

	SEQUESTRATA		ALTERATA		COMPLETA		INCOMPLETA										
	ESAME OBIETTIVO		ANAMSI		CONSULENZE		SCHEDA P.S.										
	REFERTO STOLOGICO		CHECK LIST OPERATORIA		SCHEDA CADUTE		SCHEDA UNICA TERAPIA										
CONSENSO	CHIRURGICO		ANESTESIOLOGICO		EMOTRASFUSIONE		PROCEDURE INVASIVE										
	FARMACI		PRIVACY		HIV		MEZZO DI CONTRASTO										
	COMPLETO		INCOMPLETO		ALTERNATIVE		BENEFICI	RISCHI	FIRMA								
	CARTELLA INFERMIERISTICA		SCHEDA OPERATORIA		SCHEDA ANESTESIOLOGICA												
	REFERTI DIAGNOSTICI	P	A	I	PROGETTO E PROGRAMMA RIABILITATIVO	P	A	I	REFERTI LABORATORIO	P	A	I	TRACCIATI ((ECG, EEG, CTG ecc)	P	A	I	
	ESAMI ICONOGRAFICI	P	A	I	DIARIA GIORNALIERA	P	A	I	SCHEDA DI MISSIONE	P	A	I	VALUTAZIONE E PROFILASSI PIAGHE DA DECUBITO				
PROFILASSI, DIAGNOSI, TRATTAMENTO DI EVENTUALI CRITICITA'																	
DIAGNOSI	CORRETTA		ERRONEA		OMESSA		RITARDO DIAGNOSTICO										
TERAPIA	CORRETTA		ERRONEA		ERRORE DI PRESCRIZIONE		ERRORE DI SOMMINISTRAZIONE										
	ERRORE DI PROFILASSI		COMPLICANZE		PREVEDIBILI		PREVENIBILI										
	DESCRIZIONE:		GUARIGIONE		POSTUMI		DECESSO										
	DESCRIZIONE POSTUMI		PATOLOGIE E/O FATTORI PRESISTENTI		CONCOMITANTI												
	PROCEDURE AZIENDALI		LINEE GUIDA														
	ERRATO INTERVENTO CHIRURGICO																

RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

RICHIESTA CONSULENZE

NESSO CAUSALE

INTERVENTO DI FACILE ESECUZIONE	RESPONSABILITA'	OPERATORE	STRUTTURA	
CORRESPONSABILITA' SOGGETTI ESTERNI	ELEMENTI DELLA COLPA	NEGLIGENZA	IMPERIZIA	
IMPRUDENZA	GRADO DELLA COLPA	LIEVE	GRAVE	
NON VALUTATA				
CIVILE	I GRADO	APPELLO	CASSAZIONE	
MEDIAZIONE				
PENALE	I GRADO	APPELLO	CASSAZIONE	

CONCLUSIONI

Lesione Stabilizzata			
Inabilità temporanea biologica totale giorni	0	Maggior Danno	
Parziale 75%	0		
Parziale 50%	0		
Parziale 25%	0		
Invalità permanente biologica	7%		
Incidenza specifica capacità di lavoro	0		
Spese mediche			

DEPOSITO RADIOGRAMMI / TC / REFERTI

Il/La sottoscritto/a.....
Ai fini di una completa valutazione del caso autorizzo il deposito della documentazione sanitaria in originale di seguito elencata :

Dichiaro di essere stato/a informato/a che la documentazione sanitaria sopracitata verrà restituita a chiusura dell'istruttoria.

DEPOSITO

DATA

FIRMA

FIRMA

Il sig./ra
con delega del la /sig./ra
della documentazione sopra elencata depositata in sede di visita medico legale

ritira personalmente
verificata la rispondenza

DATA

FIRMA

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2009

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 (di seguito T.U.), ed in relazione ai dati personali di cui L'AUSL di Viterbo entrerà in possesso con la richiesta di risarcimento danni, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati.

Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa istruttoria della richiesta al fine della sua definizione da parte della AUSL.

2. Modalità del trattamento dei dati.

a) Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complesso di operazioni indicate all'art.4 comma 1 lett. a) T.U.: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

b) Le operazioni possono essere svolte con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati.

c) Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento nominati dal titolare stesso.

3. Conferimento dei dati.

Il conferimento di dati personali comuni, sensibili è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.

4. Rifiuto di conferimento dei dati.

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.

5. Comunicazione dei dati.

I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a collaboratori esterni, soggetti operanti nel settore sanitario e RCT/O, in genere a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.

6. Diritti dell'interessato.

L'art. 7 T.U. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelleggibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, il titolare ha diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

7. Titolare del trattamento.

Titolare del trattamento è AUSL Viterbo con domicilio eletto in Via E. Fermi, 15 – 01100 Viterbo.

Data _____

Per ricevuta comunicazione

Io sottoscritto _____ autorizzo a norma degli artt. 23 e 26 T.U. L' AUSL di Viterbo al trattamento dei miei dati personali comuni, sensibili.

Data _____

Firma _____

Per il rilasciato consenso

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196/2003

**Modello 3****PARERE CONCLUSIVO DEL C.A.V.S.**

Documento approvato nella seduta del _____

Verbale n. _____

Allegato n. _____

Danneggiato _____

Sigla _____

n. pratica _____

Luogo evento _____

Data evento _____

Descrizione evento: _____

Copertura Assicurativa

SI

NO

Il Comitato Aziendale Valutazione Sinistri riunito nella seduta del giorno _____

Esaminati gli atti relativi al sinistro in oggetto, quali richiesta risarcimento danni, documentazione e relazioni sanitarie discusso il caso sulla base del parere dei componenti il Comitato, valutati gli aspetti connessi alla fondatezza della richiesta del danneggiato, all'entità del danno lamentato, ai rischi legati al contenzioso e tutti gli altri elementi che occorre considerare per la corretta gestione assicurativa del sinistro, esprime il seguente

PARERE

SINISTRO DA NON LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE

Si ritiene utile suggerire una quantificazione del danno pari ad _____

Euro _____

SINISTRO DA LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE

Si ritiene una quantificazione indicativa nella misura massima di _____ Euro

Il sinistro merita di essere oggetto di approfondimento tramite audit interno

SINISTRO ALLO STATO DA RIGETTARE (riserva)

Note : _____

Tenuto conto di quanto sopra espresso:

Per il C.A.V.S.

Il Coordinatore

Si autorizza

Non si autorizza

**Modello 4****SEGNALAZIONE ALLA PROCURA REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI****Danneggiato:**

Cognome _____ **Nome** _____
Nato a _____ **il** _____
Domicilio _____ **prov** _____ **via/p.za** _____ **n.** _____

Luogo evento _____ **Data apertura sinistro** _____

Struttura interessata _____

Data di definizione _____

Importo di definizione _____

Copertura Assicurativa SI NO

Franchigia SI NO **Importo** _____

Descrizione evento: _____

Motivazione delle ragioni di convenienza ed opportunità della definizione transattiva: _____

Criteri di quantificazione del danno: _____

Definizione giudiziale della vertenza: _____

Importo a carico del fondo regionale: _____

Importo a carico del fondo aziendale: _____

Procedimento disciplinare Attivato Non Attivato

Per il C.A.V.S.
Il Coordinatore

REPORT COMUNICAZIONE RIEPILOGATIVA ALL'AUTORITÀ REGIONALEModello 5

<i>Sinistro n°</i>	<i>Danneggiato</i>	<i>Data evento</i>	<i>Struttura interessata</i>	<i>Importo di definizione</i>	<i>Copertura assicurativa</i>	<i>Data segnalazione Corte dei Conti</i>	<i>Note</i>

639

11 GIU. 2015

DELIBERAZIONE N° del
composta di n.5...pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. 25... allegati

11 GIU. 2015

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il :
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li 11 GIU. 2015

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

11 GIU. 2015

Trasmessa al Collegio Sindacale il :

Viterbo, li 11 GIU. 2015

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il : 11 GIU. 2015

Viterbo, li 11 GIU. 2015

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE

Viterbo, li 11 GIU. 2015

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI
GENERALI
Drssa Francesca Gubiotti