

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**
Su proposta del Dirigente **U.O.C. AFFARI GENERALI**N. 62 del 3.02.2015**OGGETTO:** Adozione Regolamento di organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA)**CENTRO DI COSTO:** _____**Tipo Atto : ATTO IMMEDIATAMENTE ESEGUIBILE**

Con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, si attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

IL RESPONSABILE DEL
PROCEDIMENTORanieri

IL DIRIGENTE UOS

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI

IL DIRETTORE f.f.

U.O.C. AA.GG.

Dott.ssa Daniela Nunzi

Il Dirigente addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta l'assunzione di oneri a carico del bilancio dell'Azienda

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI GENERALI

IL DIRETTORE f.f.

U.O.C. AA.GG.

Dott.ssa Daniela Nunzi

Parere del Direttore Amministrativo :**Drssa Francesca Merli** FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)Data 2.02.2015Firma [Firma]**Parere del Direttore Sanitario :****Dr. Narciso Mostarda** FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)Data 02.02.2015Firma [Firma]**Il Direttore Generale****Dr. Fabrizio d'Alba**Data 03/02/2015Firma [Firma]

IL DIRETTORE F.F. U.O.C. AFFARI GENERALI

- VISTA** la determinazione dirigenziale n. 11/463 del 4/2/2014 con la quale si è preso atto della nomina del Dott. Fabrizio d'Alba quale Direttore Generale dell'Azienda USL Roma H;
- PREMESSO** **che** con deliberazione n. 1057 del 21/10/2009, in carenza della copertura assicurativa RCT/O, è stato istituito l'Ufficio di Conciliazione, staff tecnico della U.O.C. AA.GG., finalizzato ad attivare interventi per la risoluzione stragiudiziale delle vertenze mediante la conciliazione;
- che** detto Ufficio di Conciliazione ha cessato la propria attività il 31/12/2014 a seguito della costituzione, con deliberazione del Direttore Generale n. 722 del 16/12/2014, del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale in applicazione delle linee guida di cui alla determinazione 2 luglio 2014, n. G09535 della Regione Lazio - Direzione Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria;
- che** il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale si è insediato in data 15/01/2015;
- CONSIDERATO** che, ai sensi dell'art. 3.2, lett. B della richiamata determinazione regionale 2 luglio 2014, n. G09535, ogni Comitato Valutazione Sinistri Aziendale dovrà dotarsi di un Regolamento per il proprio funzionamento che si ispiri alle Linee Guida regionali, da adottarsi con Deliberazione del Direttore Generale”;
- PRESO ATTO** che in data 28/01/2015, i componenti del C.V.S.A. hanno approvato all'unanimità il “Regolamento di organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA)”, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- RITENUTO** pertanto opportuno dover procedere all'adozione del “Regolamento di organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA)”.

PROPONE

Per le motivazioni espresse in narrativa :

- di adottare il “Regolamento di organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA)”, formulato ai sensi delle linee guida di cui alla determinazione 2 luglio 2014, n. G09535 della Regione Lazio - Direzione Salute ed Integrazione Socio-Sanitaria, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di pubblicare il “Regolamento di organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA)”, sul sito istituzionale dell'Azienda al link “Comitato Valutazione Sinistri”.

IL DIRETTORE GENERALE

LETTA E VALUTATA la sopraesposta proposta di deliberazione presentata dal Direttore f.f. della U.O.C. AA.GG. in frontespizio indicata;

SENTITI il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario che esprimono parere favorevole nell'adozione del presente atto

DELIBERA

- di approvare la proposta di deliberazione avente ad oggetto : "Adozione Regolamento di organizzazione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA)".
- Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4 del D.Lgs. 267/2000.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Fabrizio d'Alba



REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Art.1 Premessa

Il presente regolamento disciplina la composizione ed il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) dell'Azienda USL Roma H ("*Self Insurance Retention*").

Il modello operativo del CVS è adottato coerentemente alle linee guida regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria approvate con Determinazione 2 luglio 2014, n.G09535.

Art.2 Finalità

La trattazione, gestione e definizione di ogni sinistro rappresenta lo strumento con il quale l'Azienda Sanitaria, attraverso l'istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), si impegna a prevenire il ricorso al processo ordinario civile favorendo, ove possibile, forme di negoziazione volontaria.

Il presente regolamento disciplina le attività del Comitato Valutazione Sinistri dell'Azienda USL Roma H, la cui finalità è quella di ricercare una risoluzione preventiva e stragiudiziale delle controversie derivanti da responsabilità civile verso terzi mediante una negoziazione tra l'utente e l'Azienda, ivi comprese le procedure di mediazione di cui al D.lgs. n.28 del 04/03/2010 e s.m.i.

Gli obiettivi che ci si prefigge sono i seguenti:

- conseguimento di risparmio attraverso la trattazione diretta e celere delle pratiche con la controparte ed abbattimento del relativo contenzioso;
- migliorare il rapporto tra Struttura e danneggiato;
- tutelare l'immagine dei Professionisti e dell'Azienda;
- migliorare il clima organizzativo all'interno delle strutture sanitarie, favorendo la creazione di regole chiare, certe e condivise, che aiutino anche gli operatori a muoversi in un contesto organizzativo ben definito;
- garantire lo stretto coordinamento delle politiche di gestione assicurativa degli eventi avversi con le politiche di Risk Management al fine di :
 - a) diminuzione della sinistrosità in conseguenza del sistema di controllo che si intende mettere in atto con iniziative mirate alla prevenzione delle cause più frequenti che danno origine alle richieste di risarcimento;
 - b) prevenire l'incidenza di errori e migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Art.3 Il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA)

Il C.V.S.A., organo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti dell'Azienda.

E' uno degli Organismi Aziendali ed è posto in staff alla Direzione Strategica Aziendale.

Esso svolge le seguenti attività:

- a) valuta i sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti;
- b) individua una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- c) ne valuta l'impatto economico;
- d) valuta le tipologie ed entità degli eventuali danni arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per una analisi dei sinistri anche in una ottica preventiva finalizzata a scongiurare che si ripetano;
- e) formula il proprio parere e/o la propria proposta di definizione del sinistro;
- f) nei casi previsti all'art. 3.1 lettera C delle linee guida regionali, coinvolge il Comitato Valutazione Sinistri Regionale (CVSR), in qualità di "second opinion", che deve esprimere il proprio parere, non vincolante, relativamente a sinistri per i quali il CVSA ha proposto transazione.

A. Composizione:

Deve essere garantita la partecipazione di norma delle seguenti professionalità individuate prioritariamente presso i dipendenti di questa Azienda :

1. Dirigente Affari Generali;
2. Avvocato ;
3. n. 2 Medici Legali, ovvero n. 1 tecnico esperto in materia per i sinistri non derivanti da responsabilità sanitaria;
4. Risk Manager;
5. un membro della Direzione Sanitaria.
6. un "loss adjuster" (figura professionale in grado di quantificare l'eventuale danno) individuato dalla Regione. Nelle more dell'individuazione del "loss adjuster" da parte della Regione, le Aziende potranno individuare, ove necessario e con oneri a proprio carico, dei "loss adjuster" di propria fiducia, sempre nel rispetto delle procedure concorrenziali previste dalla legge.

Le funzioni di coordinatore sono svolte dal Dirigente della U.O.C. Affari Generali.

Le funzioni di segreteria sono svolte dall'Ufficio Amministrativo afferente alla U.O.C. AA.GG..

Per ciascun componente titolare è previsto un componente supplente, tranne per la figura del Medico Legale.

Il Comitato Valutazione Sinistri (CAVS) può avvalersi, in casi di particolare complessità e/o rilevanza economica, di professionisti con competenze specialistiche inerenti il caso in esame, anche esterni alla Struttura, qualora ritenga necessario acquisire parere terzo.

Nel caso in cui tale consulenza specialistica debba essere acquisita da professionisti esterni all'Azienda si farà prioritariamente riferimento a professionisti dipendenti da altre Aziende del SSN e/o da Aziende Ospedaliere Universitarie. In tal caso i relativi oneri saranno a carico dell'Azienda ed i compensi saranno parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate.

B. Funzionamento

Il Comitato Valutazione Sinistri è convocato dal coordinatore con regolare periodicità, le sedute sono fissate a seconda delle esigenze aziendali e comunque con un minimo di due sedute mensili.

Le riunioni devono svolgersi in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo.

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

Al termine di ciascuna seduta è redatto, a cura del segretario, un sintetico verbale.

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

Handwritten signatures and initials: AR, MA, G, SM

Handwritten signature: [Signature]

Handwritten initials: BA LA

Le sedute del CVS non sono pubbliche anche atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili.

Tutta la documentazione oggetto di valutazione del CVS è da considerarsi dato sensibile e deve essere trattata in ottemperanza a quanto previsto dal vigente codice della privacy.

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

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

Il CVSA adotta le proprie decisioni a maggioranza e, in caso di parità, prevale il voto del Coordinatore.

Art.4 Procedura e Fasi

La procedura per la risoluzione negoziata del contenzioso comprende le seguenti fasi:

A. Apertura sinistro

Il procedimento per la gestione stragiudiziale dei sinistri è avviato a seguito di :

- istanza di risarcimento danni da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti legali;
- avviso di garanzia o altro provvedimento della Procura della Repubblica a carico di un dipendente/collaboratore relativo ad accadimenti che destano particolare allarme sociale per i quali la Direzione Strategica ritenga opportuno il coinvolgimento del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale.

B. Fase preliminare

La fase preliminare è effettuata a cura dell'Ufficio Amministrativo e deve concludersi di norma entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta.

Essa 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:

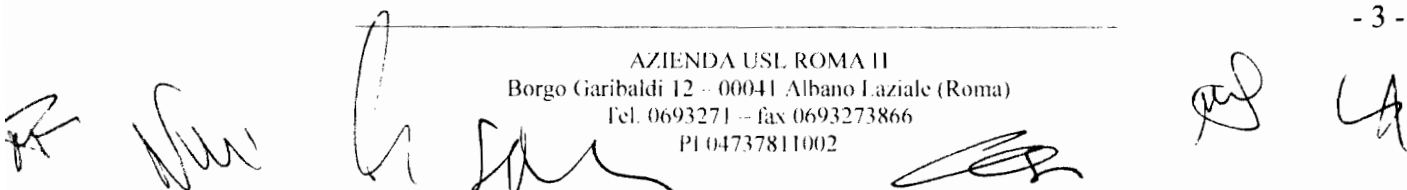
- ricezione della richiesta di risarcimento e iscrizione nel data base;
- analisi della richiesta di risarcimento e valutazione di completezza (es. sottoscrizione del richiedente o rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, etc.);
- valutazione della sua ammissibilità;
- gestione e presa in carico della richiesta di risarcimento;
- informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro, richiesta di eventuali valutazioni medico – legali e documentazione sanitaria in possesso dell'istante, allegando, inoltre, il modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati ai sensi del D.lgs. n. 196/2003;

Le richieste di dubbia ammissibilità vengono portate all'attenzione del CVS, che le esaminerà alla prima seduta utile.

C. Fase Istruttoria

La fase istruttoria è effettuata a cura dell'Ufficio Amministrativo deve concludersi di norma entro 60 giorni dalla conclusione della fase preliminare.

Durante la fase istruttoria l'Ufficio Amministrativo procede alla raccolta della documentazione sanitaria necessaria alla trattazione del sinistro, nonché all'acquisizione della relazione di accertamento dei fatti a firma del Direttore del Dipartimento di competenza ove è avvenuto il sinistro, che dovrà essere redatta sul modello **(All. 1)** predisposto dalla Regione Lazio e scaricabile



dal sito istituzionale dell'Azienda al link "*Comitato Valutazione Sinistri*", nonché eventuale relazione debitamente sottoscritta del personale sanitario coinvolto.

L'Ufficio Amministrativo procede alla comunicazione formale al personale sanitario coinvolto dell'avvenuta apertura del sinistro, invitandolo contestualmente a dare informativa sull'eventuale copertura assicurativa personale.

Le controparti, direttamente e/o attraverso i loro procuratori legali, debbono essere tempestivamente sensibilizzate circa la necessità di produrre tutti gli elementi di valutazione, compresa la documentazione relativa alla 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 circa la evoluzione del danno.

Al termine dell'istruttoria, l'Ufficio Amministrativo trasmette gli atti al Medico Legale per la fase Peritale/Accertativa.

D. Fase Peritale/Accertativa

La fase peritale/accertativa deve concludersi di norma entro 60 giorni decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria a cura del Medico Legale. Eventuali incompletezze dell'istruttoria non addebitabili alle aziende sanitarie interessate, ma per deficitaria collaborazione dei presunti danneggiati, dovranno essere tempestivamente segnalate ai medesimi.

La fase accertativa concerne l'analisi della documentazione raccolta, e a seguito degli accertamenti ritenuti opportuni, il medico legale procede a redigere una propria relazione, avvalendosi ove lo ritenga opportuno di un consulente specialista Aziendale. Il parere medico-legale è reso a seguito di eventuale visita del richiedente, appositamente invitato presso i locali di questa ASL o su gli atti in caso di decesso. La scelta di convocare a visita il richiedente va opportunamente valutata e riservata preferibilmente ai casi in cui si preveda un probabile parere positivo sull'an debeat. 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/accertativa il medico legale verifica la completezza del proprio operato attraverso una check list (**All. 2**), predisposta dalla Regione Lazio e scaricabile dal sito istituzionale dell'Azienda al link "*Comitato Valutazione Sinistri*", e trasmette tutta la documentazione al Coordinatore del CVS.

E. Fase propositiva

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

Il Coordinatore del CVS, dopo aver acquisito tutta la documentazione, ivi compresa la relazione medico-legale, provvede alla convocazione del CVS secondo i tempi e le modalità previste all'art. 3.2, lettera B.

Il CVS procede alla discussione (eventualmente anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti) ed alla espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro (**All. 3**), formulando, altresì, la relativa quantificazione del danno, indicando un valore massimo risarcibile.

Per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le indicazioni orientative delle Guide in uso in Italia, privilegiando la Guida accreditata dalla associazione scientifica nazionale di settore (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, SIMLA), in attesa della pubblicazione delle tabelle per i danni valutabili oltre le c.d. micro permanenti.

Per le determinazioni e valutazioni delle c.d. micro permanenti, si utilizzano le tabelle di cui al Decreto del Ministero della Salute del 3 luglio 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'11 settembre 2003, n. 211, recante "*Tabella della menomazione all'integrità psicofisica compresa tra 1 e 9 punti di invalidità*"

RR
MWS
G
SA
CA

Per la determinazione e l'ammontare della liquidazione del danno biologico e morale si assumono come criteri di riferimento i coefficienti delle vigenti tabelle d'invalidità permanente in uso presso i tribunali territorialmente competenti, ovvero, in mancanza, secondo l'orientamento giurisprudenziale di questi ultimi.

In ogni caso il Comitato Valutazione Sinistri Aziendale (CVSA) adotta i predetti criteri di valutazione tenendo conto degli aggiornamenti ed integrazioni da parte di Società Scientifiche e/o di carattere normativo e/o giurisprudenziale.

Il CVS formula una proposta che invia ai sanitari coinvolti dandogli un termine per comunicare eventuali osservazioni (che in ogni caso non possono costituire carattere vincolante).

La proposta del CVS corredata delle eventuali osservazioni viene a questo punto inviata alla Direzione Aziendale che fornisce indicazioni circa la percorribilità della proposta medesima, eventualmente indicando possibili margini di scostamento.

Successivamente la Direzione Aziendale dà mandato alla U.O.C. AA.GG. di predisporre gli atti per la negoziazione con la parte, come previsto dalla fase "F" di cui in prosieguo.

La scelta di procedere transattivamente deve rispondere ai criteri di razionalità e congruità dell'azione. L'Ente dovrà rapportare la convenienza economica della transazione all'incertezza ed alla durata del giudizio. Tale incertezza andrà valutata in relazione alla natura delle pretese, alla chiarezza 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 dell'Ente;
3. valutazione tecnica della scelta di transigere: in tale valutazione si dovrà tener conto, tra l'altro, anche di una valutazione realistica circa l'effettiva probabilità di soccombenza in giudizio, considerate anche le eventuali difficoltà derivanti dalla ripartizione dell'onere della prova.

F. Fase conclusiva

La fase conclusiva consiste nel portare a conoscenza dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi, nonché nella ricerca di un accordo che possa definire la questione.

Tale proposta è sottoscritta dal Direttore Generale, Amministrativo e Sanitario e trasmessa al soggetto/i interessato/i, ovvero al Legale/i Rappresentante/i a cura dell'Ufficio Amministrativo della UOC AA.GG..

La fase conclusiva, nel caso in cui si sia raggiunto un accordo, deve terminare con l'adozione di un provvedimento deliberativo, su proposta della UOC Affari Generali, di approvazione della bozza di atto transattivo che ripercorra tutte le fasi del processo di gestione del sinistro e che abbia il seguente contenuto minimo:

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

Successivamente all'adozione dell'atto, le parti procedono alla sottoscrizione dell'atto di transazione.

Nel caso in cui l'accordo non si raggiunga, il procedimento termina con un sintetico verbale conclusivo del CVS, redatto a cura dell'Ufficio Amministrativo della UOC AA.GG., nel quale si da adeguatamente conto dell'attività svolta e delle motivazioni per le quali non si è raggiunto l'accordo.

Art.5 Istanza di Mediazione

Il CVS si pronuncia anche sulle istanze di mediazione, al riguardo si attivano le procedure di cui all'art. 4 in tempi compatibili con la data fissata per il 1° incontro di mediazione.
Il rappresentante della ASL, individuato secondo quanto disposto dalla vigente normativa, in sede di mediazione dovrà avvalersi del parere del CVS.

Art.6 Difesa nell'eventuale contenzioso

L'Ufficio amministrativo acquisisce tramite il protocollo informatico aziendale gli atti giudiziari di natura risarcitoria che sono stati inviati in originale alla UOC AA.LL..

Dal momento dell'acquisizione di copia dell'atto giudiziario si attivano le procedure di cui all'art. 4. Al fine di consentire alla UOC AA.LL. di costituirsi in giudizio e di attivare le procedure propedeutiche a tale adempimento, il CVS entro 40 giorni prima dell'udienza fissata nell'atto di citazione conclude e/o interrompe le attività di propria competenza e trasmette alla medesima UOC, a cura dell'Ufficio Amministrativo, tutta la documentazione acquisita unitamente ad una relazione sullo svolgimento della fase conciliativa.

Il Comitato Valutazione Sinistri deve garantire una tempestiva e completa attività di confronto e raccordo con il difensore nominato dall'Azienda, trasmettendogli tutta la documentazione acquisita durante l'istruttoria della pratica e rendendosi disponibile 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 Comitato Valutazione Sinistri si raccorda e collabora, durante l'intero corso del giudizio, anche con il Consulente Tecnico di Parte che sia eventualmente nominato.

In particolare, nel caso in cui all'esito della eventuale prova tecnica ammessa in corso di giudizio (CTU) dovessero emergere responsabilità dei sanitari coinvolti o dell'Azienda (a titolo di responsabilità oggettiva), l'Avvocato difensore, prima di sottoporre ipotesi transattive alla Direzione Aziendale, acquisisce il parere del CVSA, che in uno al proprio parere finale ed alla CTU, trasmette al Direttore Generale per le valutazioni di competenza.

Quanto precede si applica anche alle procedure di Accertamento Tecnico Preventivo, ove compatibili con detto istituto.

Art. 7 Rapporti con la Corte dei Conti - Flussi Informativi – Formazione

Per quanto riguarda i rapporti con la Corte dei Conti, i Flussi informativi e la Formazione, che attengono all'attività complessiva di gestione dei sinistri, si rinvia a quanto previsto dalle linee guida regionali approvate con Determinazione 2 luglio 2014, n.G09535.

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. On the left, there are three distinct signatures. In the center, there are some initials. On the right, there are two more signatures, one of which appears to be 'LA'.

Art.8
Accantonamento Fondi

La consistenza del fondo rischi deve essere dimensionata avuto riguardo alla sinistrosità aziendale. La natura dell'attività svolta dalle Strutture Sanitarie fa sì che per effetto delle richieste di risarcimento danni l'indennizzo che dovrà essere corrisposto è futuro ed incerto.

Pertanto, se alla chiusura dell'esercizio sia pervenuta una denuncia di sinistro, ma esso non sia stato ancora liquidato, è necessario accantonare per ogni esercizio successivo quote destinate a coprire i rischi ancora in corso, da considerare "*riserve tecniche*" vincolate al soddisfacimento dei risarcimenti per i danni denunciati ma non ancora liquidati.

Il fondo da appostare in bilancio dovrà essere calcolato applicando il principio contabile della "*competenza*" e non della "*cassa*", in adempimento a quanto stabilito dal D.Lgs. n.° 118/2011 che ha innovato in maniera significativa la formazione dei bilanci regionali e di conseguenza quelli delle Strutture Sanitarie.

Essendo la transazione stragiudiziale un contratto per sua natura "*aleatorio*" risulta difficile quantificare a priori l'esatto importo del relativo fondo rischi, il quale non potrà che variare in funzione del numero di richieste di risarcimento pervenute nell'anno di riferimento nonché della relativa quantificazione economica e andrà, quindi, aggiornato periodicamente per renderlo il più possibile attendibile (il fondo dovrà comunque essere aggiornato in occasione della redazione 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 del bilancio di esercizio deve essere, altresì, previsto uno specifico sottoconto relativo al "*fondo rischi per risarcimento danni*" nel quale far confluire le "*riserve tecniche*" stanziare per tutti i sinistri che sono sorti nell'anno ma che si definiranno in anni successivi.

Pertanto, il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) entro la fine del mese di gennaio di ciascun anno dovrà provvedere a quantificare, per l'esercizio precedente, le quote destinate a coprire i rischi ancora in corso che dovranno essere accantonate e considerate appunto "*riserve tecniche*" vincolate al soddisfacimento dei risarcimenti per danni denunciati ma non ancora liquidati.

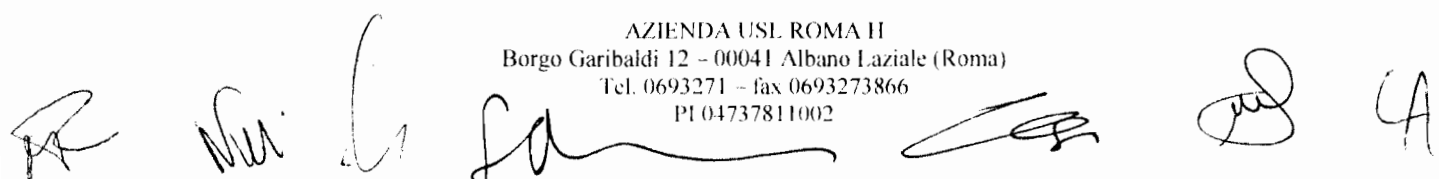
Art. 9
Riservatezza

I Componenti del CVS e tutti coloro che intervengono nella procedura conciliativa sono tenuti al rispetto delle norme in materia di privacy di cui al D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.

L'intero ciclo di funzionamento e la relativa documentazione del CVSA sono sottratti all'accesso di cui alla L. n. 241/90 e s.m.i., in quanto tra l'altro finalizzati all'esercizio del diritto di difesa dell'Amministrazione in sede giudiziaria in caso di mancata definizione bonaria del singolo sinistro.

Art. 10
Norme Transitorie

Nelle more della riorganizzazione aziendale, la relazione di accertamento dei fatti, di cui all'art. 4, lettera C del presente regolamento, dovrà essere sottoscritta dal Responsabile dell'Unità Operativa, ovvero dal Direttore del Distretto ove è avvenuto il sinistro e dovrà essere redatta sul modello (All.1) predisposto dalla Regione Lazio e scaricabile dal sito istituzionale dell'Azienda al link "*Comitato Valutazione Sinistri*".



Allegato n. 1

MODELLO PER RELAZIONE RELATIVA AD EVENTO – SINISTRO RCT.

DATI DI COLUI CHE PREDISPONE LA RELAZIONE :

NOME E COGNOME _____

DATA DI NASCITA _____ **DOMICILIO** _____

SEDE LAVORATIVA _____ **STRUTTURA** _____

POSIZIONE FUNZIONALE _____ **N.RO DI MATRICOLA** _____

SEDE DOVE È AVVENUTO L'EVENTO OGGETTO DI CONTESTAZIONE _____

DATA DELL'EVENTO _____

NOMINATIVI E DATI DEGLI OPERATORI COINVOLTI:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

DESCRIZIONE DETTAGLIATA E CIRCOSTANZIATA DEI FATTI

**E VENTUALI CIRCOSTANZE INDIPENDENTI DALLA VOLONTA' DEGLI OPERATORI CONINVOLTI CHE
POSSONO AVER INFLUITO SULLA DETERMINAZIONE DELL'EVENTO (GESTIONALI, ORGANIZZATIVE,
LOGISTICHE, ALTRE)**

COMMENTO RISPETTO ALLE CIRCOSTANZE E AI COMPORTEMENTI ASSUNTI DAGLI OPERATORI

VALUTAZIONE MOTIVATA SULLA FONDATEZZA DELLA CONTESTAZIONE DI RESPONSABILITA' MOSSA

VALUTAZIONE MOTIVATA SULLA CORRETTA APPLICAZIONE DI PROCEDURE, PROTOCOLLI, LINEE GUIDA

NOMINATIVI E DATI DI EVENTUALI TESTIMONI

IL RESPONSABILE U.O. / DIRETTORE DISTRETTO

ALLEGATI :

1) RELAZIONE/DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA DAI SANITARI COINVOLTI NELL'EVENTO

CHECK LIST MEDICO LEGALE

Azienda USL Roma H		Danneggiato : _____	
Sinistro n. _____ del _____		età _____ Deceduto <input type="checkbox"/> Vivente <input type="checkbox"/>	
Inserito su piattaforma il _____		Città _____ Via _____	
Visita del _____			
Relazione M.L. controparte		I.P..... %ITA gg..... ITP.....% ITP.....%	
Relazione sanitario/sanitari coinvolti		Parere specialistico (second opinion)	
Relazione Ufficio Tecnico		Documentazione richiesta all'Archivio	
Documentazione esibita dal paziente			

		Sequestrata	Alterata	Completa	Incompleta			
		Anamnesi	Esame Obiettivo	Consulenze	Scheda P.S.			
		Referto istologico	Check list operatoria	Scheda cadute	Scheda Unica Terapia			
C A R T E L L A	c	chirurgico	anestesiologico	emotrasfusionale	procedure invasive			
	n	farmaci	privacy	HIV	mezzo di contrasto			
	s	completo	incompleto	alternative	benefici	rischi	firma	
		Cartella infermieristica		Scheda operatoria	Scheda anestesilogica			
C L I N I C A	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
	Valutazione e profilassi piaghe da decubito				Profilassi, diagnosi, trattamento ICA			
Descrizione di eventuali criticità								

Allegato n. 2

D I A G N O S I	corretta	erronea	omessa	ritardo diagnostico		
	causa operatore	reparto	struttura	Note		
T E R A P I A	corretta	erronea	errore di prescrizione	errore di somministrazione	errore di profilassi	
	causa operatore	reparto	struttura	Note		
complicanze		prevedibili	prevenibili	descrizione :		
guarigione		postumi	decesso	descrizione postumi :		
patologie o fattori :		preesistenti	concomitanti	efficienti	indifferenti	Note :
Procedure aziendali		Protocolli aziendali		Linee guida	Adesione	

V A L U T A Z I O N E M E D I C O L E G A L E	nesso causale materiale :		si	no	intervento di facile esecuzione			
	responsabilità		operatore	struttura		corresponsabilità soggetti esterni		
	elementi della colpa : negligenza			imperizia			imprudenza	
	grado della colpa :			lieve	grave		non valutata	
	PENALE	1° grado	appello	cassazione	CIVILE	1° grado	appello	cassazione
I.P.% I.T.A. gg. I.T.P.% gg. I.T.P.					IL MEDICO LEGALE			
Legenda p: presente a: assente i: incompleta								

Allegato n. 3

OGGETTO : PARERE CONCLUSIVO DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

PAZIENTE :

DATA EVENTO :

IL COMITATO PER LA VALUTAZIONE DEI SINISTRI RIUNITO IN SEDUTA PRESSO LA STRUTTURA

ESAMINATI GLI ATTI RELATIVI AL SINISTRO IN OGGETTO INDICATO (RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI, DOCUMENTAZIONE E RELAZIONI SANITARIE);

DISCUSO IL CASO SULLA BASE DEL PARERE DEI PROFESSIONISTI COMPONENTI DEL COMITATO (MEDICO LEGALE E AVVOCATO);

VALUTATI TUTTI GLI ASPETTI CONNESSI ALLA FONDATEZZA DELLA RICHIESTA DEL DANNEGGIATO, ALL'ENTITA' 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, MA PER IL QUALE SI RITIENE UTILE SUGGERIRE UNA QUANTIFICAZIONE DEL DANNO PARI A CIRCA €**
- **SINISTRO ALLO STATO DA RIGETTARE (RISERVA)**
- **SINISTRO DA LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE, INDICATIVAMENTE NELLA MISURA MASSIMA DI € (CON CIÒ INTENDENDO CHE, QUALORA LA RICHIESTA DEL DANNEGGIATO FOSSE SUPERIORE A TALE IMPORTO, CONVIENE AFFRONTARE IL GIUDIZIO CONFIDANDO – SULLA BASE DEGLI ELEMENTI E DELLE CIRCOSTANZE AD OGGI CONOSCIUTE E CONSIDERATE – IN UN ESITO MENO ONEROSO).**

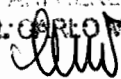
IL SINISTRO MERITA DI ESSERE OGGETTO DI APPROFONDIMENTO TRAMITE AUDIT INTERNO.

**PER IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI
IL COORDINATORE**

DELIBERAZIONE N° 62 del 3.02.2015
composta di n. 4 pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. ... 1 ... allegati

La presente deliberazione è stata inviata al Collegio Sindacale ed è stata affissa all'Albo dell'Azienda

in data - 4 FEB. 2015

IL FUNZIONARIO
AZIENDA U.S.L. ROMA - H
U.O. AFFARI GENERALI
COLLABM: CARLO MAGGIONI.....


Per copia conforme all'originale conservato agli atti di questa Amministrazione

IL FUNZIONARIO DELEGATO

.....