



**AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
CONSORZIALE POLICLINICO
BARI**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 0881 DEL 28 GIU. 2017

OGGETTO: Adozione di apposita procedura per la gestione delle richieste risarcitorie a seguito dell'entrata in vigore della Legge Gelli n. 24/2017.

U.O. Proponente: STRUTTURA BUROCRATICA LEGALE

L'anno 2017 il giorno VENTOTTO del mese di GIUGNO in Bari, nella sede del Policlinico, alle ore 18,00 con la continuazione, il direttore generale Dr. Vitangelo Dattoli, assistito dal direttore amministrativo Avv. Alessandro Delle Donne e dal direttore sanitario Dr.ssa Maria Giustina D'Amelio, ha adottato la seguente

DELIBERAZIONE

Premesso che:

- In data 28.02.2017 è entrata in vigore la L. 24/2017. L'approvazione della cosiddetta Legge Gelli si pone come obiettivo quello di provare a regolamentare l'attività di gestione del rischio sanitario, prevedendo che tutte le strutture Sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio;
- Tale intervento si pone come obiettivo principale quello di acquisire una diretta gestione e definizione delle politiche di liquidazione sinistri, favorendo, in tal senso, una maggior consapevolezza riguardo la correlazione tra la gestione del rischio clinico, le best practice in tema di qualità e standardizzazione dei processi e le ricadute economico finanziarie sul bilancio delle singole Aziende Ospedaliere;
- Negli anni passati, difatti, la gestione autonoma delle singole pratiche risarcitorie da parte delle Compagnie Assicuratrici e la stipulazione di apposite polizze di responsabilità RCT/RCO con totale esclusione di responsabilità personale nei confronti dei singoli operatori, ha determinato, a carattere nazionale, una inadeguata gestione del rischio sanitario e del monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché la mancanza di una consapevolezza diffusa tra gli esercenti le professioni sanitarie;
- Nel corso degli anni, lo stesso Ministero della Salute si è posto come obiettivo quello di individuare le condizioni e le procedure cliniche ed assistenziali dove più alto è il rischio di errore, di renderne consapevoli e attenti gli operatori sanitari e di fornire loro strumenti operativi efficaci per ridurre i pericoli, promuovendone al tempo stesso l'assunzione di responsabilità, in coerenza ed attuazione del dovere di garanzia che incombe non solo su tutti gli operatori sanitari, ma anche sulla Direzione Strategica dell'Azienda Ospedaliera, quale datore di lavoro.
- In ragione dei suesposti principi, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari ha già da tempo attivato una serie di percorsi amministrativi ed organizzativi, tesi proprio all'attuazione di obblighi normativi, anche nell'ottica di creare una forma di integrazione tra le diverse funzioni aziendali in senso più organico e funzionale al rispetto di norme che impongono una trasversalità di funzioni nella organizzazione aziendale, tesa al perseguimento del superiore e prioritario fine istituzionale della tutela del diritto alla salute (D.Lgs. 502/92, DPCM 22.11.2001, D.Lgs. 165/2001, D.Lgs. 81/2008, D.Lgs. 150/2009, D.Lgs. 158/2012, DM 70/2015), ponendo in essere funzioni integrate tra loro, come ad esempio l'istituzione delle seguenti Unità:
 - Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA);
 - Unità di Gestione del Rischio Clinico;

- Servizio di sorveglianza Sanitaria Aziendale e Radioprotezione;
 - Comitato di Valutazione Sinistri;
 - Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.
- L'azienda Policlinico di Bari ha, inoltre, recepito ed adottato tutte le 17 «Raccomandazioni» emesse dal Ministero della Salute, per offrire agli operatori Sanitari idonee informazioni ed adeguati strumenti per la definizione del Rischio Clinico:
- Raccomandazione n. 1 "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di Potassio - KCL - ed altre soluzioni concentrate contenenti Potassio" → Deliberazione n. 863 del 05/06/2015;
 - Raccomandazione n. 2 "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" → Deliberazione n. 226 del 04/03/2014;
 - Raccomandazione n. 3 "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" → Deliberazione n. 226 del 04/03/2014;
 - Raccomandazione n. 4 "Raccomandazione per la prevenzione del suicidio del paziente in ospedale" → Deliberazione n. 863 del 05/06/2015;
 - Raccomandazione n. 5 "Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" → Deliberazione n. 863 del 05/06/2015;
 - Raccomandazione n. 6 "Raccomandazione per la morte materna correlata al travaglio e/o parto" → Deliberazione n. 1770 del 12.11.2015;
 - Raccomandazione n. 7 "Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" → Deliberazione n. 226 del 04/03/2014;
 - Raccomandazione n. 8 "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori" → Deliberazione n. 863 del 05/06/2015;
 - Raccomandazione n. 9 "Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento di dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" → Deliberazione n. 863 del 05/06/2015;
 - Raccomandazione n. 10 "Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati" → Deliberazione n. 1764 del 09/11/2015;
 - Raccomandazione n. 11 "Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero) → Deliberazione n. 1765 del 11/11/2015;
 - Raccomandazione n. 12 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci Look-alike/sound-alike" → Deliberazione n. 1764 del 09/11/2015;
 - Raccomandazione n. 13 "Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie" → Deliberazione n. 863 del 05/06/2015;
 - Raccomandazione n. 14 "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" → Deliberazione n. 1960 del 14.12.2016;
 - Raccomandazione n. 15 "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso" → Deliberazione n. 863 del 05/06/2015;
 - Raccomandazione n. 16 "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita" → Deliberazione n. 1577 del 11.11.2016;
 - Raccomandazione n. 17 "Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica" → Deliberazione n. 531 del 15.04.2016.
- Con deliberazione aziendale n. 1292 del 19.10.2011, questa Azienda ha altresì istituito il Comitato di Valutazione Sinistri (CVS), quale Organo autonomo e indipendente in grado di valutare, in maniera collegiale e multidisciplinare, le singole richieste di risarcimento danni pervenute dai singoli istanti.
- L'obiettivo principale del predetto Comitato è quello di analizzare le singole dinamiche relative a ciascuna istanza risarcitoria, nell'ottica di una migliore gestione amministrativa dei sinistri rientranti nella franchigia Aziendale, quale quota ad esclusivo carico dell'Azienda, nonché di provare ad ottenere il monitoraggio e controllo della spesa legati ai danni da malpractice medica. L'attuale composizione di tale Comitato prevede le seguenti figure professionali:

- Direttore Amministrativo o suo delegato;
- Direttore Sanitario o suo delegato;
- Responsabile Ufficio Legale e figure professionali afferenti a tale Struttura;
- Coordinatore Gestione del Rischio Clinico e medici legali afferenti a tale Unità;
- Broker Assicurazione;
- Loss Adjuster Compagnia Assicuratrice;
- Direttore dell'U.O. interessata dal sinistro o dal danno;
- Segretario.

- La stipulazione, da parte di questa Azienda, di apposita polizza assicurativa con individuazione di una quota SIR (*Self Insurance Retention*), decorrenza dal 31.03.2014 al 30.09.2016, ha successivamente determinato la necessità di costituire e disciplinare l'avvio di un iter amministrativo correlato alla ricezione delle singole richieste di risarcimento danni, nonché attivare percorsi di coordinamento con le varie UU.OO., con il Loss Adjuster, con la Compagnia Assicuratrice e con il Broker Assicurativo;
- Con l'adozione del sistema di parziale autoassicurazione attraverso l'utilizzo della predetta franchigia SIR, l'Azienda Policlinico è riuscita ad ottenere i seguenti risultati:
 - ✓ gestione completa delle attività finalizzate alla registrazione delle singole richieste risarcitorie, alla predisposizione e cura dell'attività istruttoria volta ad ottenere documentazione medica e relazioni degli operatori sanitari coinvolti, allo studio ed analisi delle perizie medico legali redatte dai consulenti ed infine alla definizione bonaria di ciascun singolo sinistro;
 - ✓ maggior risparmio sulla quota di costo, con conseguenti riverberi positivi sul risultato economico d'esercizio e Raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 1 comma 538 della L. 208/2015, in linea con quanto previsto dall'articolo 3-bis della legge 8 novembre 2012, n. 189, nonché della razionalizzazione della spesa di cui alla Legge 111/2011.
- Con deliberazione n. 1076 del 21.07.2016 questa Azienda ha stipulato, previa aggiudicazione della relativa procedura di gara ad evidenza pubblica, una nuova polizza assicurativa con copertura RCT/RCO, con decorrenza dal 30.9.2016 al 30.09.2017, in forza della quale si è deciso di proseguire con una "forma di autoassicurazione" nei limiti di una franchigia aggregata annuale del valore di € 4.000.000,00. Tale contratto prevede, comunque, una forma di co-gestione ed una serie di adempimenti posti a carico della Struttura Burocratica Legale, comportando l'onere della valutazione di sinistri denunciati a seguito di malpractice, nonché la valutazione dei danni e la gestione completa dell'istruttoria prodromica ad una eventuale definizione bonaria della controversia nei limiti della suddetta franchigia;
- La recente entrata in vigore della Legge Gelli, a partire dal 28.02.2017, ha posto a carico di ciascuna Azienda Ospedaliera numerosi ed ulteriori adempimenti, in aggiunta alle normali attività istituzionali, con il chiaro obiettivo di provare a standardizzare una procedura amministrativa di gestione del contenzioso, contemperando altresì una maggior tutela dei diritti dei presunti pazienti danneggiati dagli episodi di malpractice.

Su proposta del Direttore della U.O. proponente, Avv. Alessandro Delle Donne, e acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

D E L I B E R A

Per tutto quanto in premessa esplicitato e che qui si intende integralmente riportato:

1. Di approvare il regolamento per la gestione delle richieste risarcitorie e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante della stessa;
2. Di rinnovare la composizione del Comitato Valutazione Sinistri dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, con durata triennale, integrandone la composizione, anche con le nuove figure professionali specificamente assunte da questa Azienda, così come segue:
 - Direttore Amministrativo o suo delegato;

- Direttore Sanitario o suo delegato;
 - Responsabile Ufficio Legale e figure professionali afferenti a tale Struttura;
 - Coordinatore Unità di Gestione del Rischio Clinico e figure professionali afferenti a tale Unità;
 - Broker Assicurazione;
 - Loss Adjuster Compagnia Assicuratrice;
 - Direttore della U.O. interessata dal sinistro del danno;
 - Esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità;
 - Segretario
3. Di affidare l'incarico di coordinamento del Comitato di Valutazione Sinistri al Responsabile della Struttura Burocratica Legale;
 4. Di stabilire che la presente deliberazione sostituisce la precedente n. 1292/DG del 19.10.2011;
 5. Di stabilire che l'adozione di tale regolamento non comporta alcun onere a carico dell'Azienda Policlinico di Bari;
 6. Di dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile attesa la necessità ed indifferibilità di provvedere tempestivamente agli adempimenti previsti dalla Legge n. 24/2017.

La presente delibera viene trasmessa:

- Alla Struttura Burocratica Legale;
- All'Unità di Gestione del Rischio Clinico;
- Alla Direzione Sanitaria;
- Ai Direttori delle UU.OO. Aziendali;
- Agli Affari Generali;

Il Direttore Proponente Struttura Burocratica Legale
Avv. Alessandro Delle Donne

Il Direttore Amministrativo
Avv. Alessandro Delle Donne

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Maria Giustina D'Amelio

Il Direttore Generale
Dott. Vitangelo Dattoli

Si attesta che la presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo Informatico, sul sito web www.sanita.puglia.it - Portale della Salute (sezione "Policlinico di Bari - Ospedale Giovanni XXIII"), dal...2.9.6.10...2017.....

Unità Operativa
Segreteria e Affari Generali
Il Collaboratore Amministrativo Esperto
Dr.ssa Raffaella Castellaneta



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO - BARI

REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE RICHIESTE RISARCITORIE E PER IL FUNZIONAMENTO DEL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE 24/2017**Introduzione:**

Il presente regolamento si fonda sulla volontà di realizzare il passaggio della gestione del rischio assicurativo RCT dalla mera presa d'atto dell'intervento ad una gestione diretta dello stesso, attraverso procedure che non assumono più come elemento guida il criterio del trasferimento esclusivo del rischio alla compagnia assicurativa.

Esso tiene conto dell'entrata in vigore della Legge 24/2017 e dei necessari adempimenti di legge ad essa connessi, in aggiunta alle normali attività istituzionali, a carico delle singole Aree o Ufficio di questa Azienda Ospedaliera, finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) Conseguimento di risparmio attraverso la trattazione diretta e celere delle pratiche con gli uffici legali di controparte ed abbattimento del relativo contenzioso;
- b) 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 danni;
- c) Miglioramento del rapporto tra Azienda e danneggiato, basata su una corretta e trasparente comunicazione, al fine di tutelare il decoro e l'immagine della Struttura e del professionista da una parte e i diritti del cittadino dall'altra;
- d) Ottenimento di un maggior risparmio sulla quota di costo, con conseguenti riverberi positivi sul risultato economico d'esercizio e Raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 1 comma 538 della L. 208/2015, in linea con quanto previsto dall'articolo 3-bis della legge 8 novembre 2012, n. 189, nonché della razionalizzazione della spesa di cui alla Legge 111/2011.
- e) Rendere omogenee le modalità di attuazione del nuovo sistema di gestione dei sinistri con particolare riferimento:
 - all'organizzazione degli adempimenti connessi alla gestione stragiudiziale;
 - alla tempistica relativa alla gestione dei sinistri e liquidazione dei risarcimenti;
 - al pagamento dei sinistri;
 - al monitoraggio del fenomeno e dei flussi informativi.

Art. 1) SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento si propone di promuovere lo sviluppo delle sinergie, secondo logiche di processi e funzioni nonché di *team building management*, tra area amministrativa e area sanitaria, sul tema della gestione dei rischi, valorizzando la funzione strategica di alcuni servizi (Struttura Burocratica Legale, Rischio Clinico, Direzione Sanitaria, URP, Ufficio Qualità, Medicina Legale, Servizio di Prevenzione e Protezione), non solo per quanto attiene l'ambito della gestione dei sinistri, ma anche nelle fasi dell'istruttoria e delle risposte ai reclami tecnico professionali di tutela degli utenti.

Le azioni comprendo lo svolgimento di una serie di adempimenti che, laddove effettuati in ritardo, potrebbero comportare preclusioni e decadenze, anche procedurali e/o processuali, in conformità con quanto previsto dalla L. 24/2017.

Lo scopo finale è, quindi, quello di consentire una gestione completa delle attività finalizzate alla registrazione delle singole richieste risarcitorie, alla predisposizione e cura dell'attività istruttoria volta



ad ottenere documentazione medica e relazioni degli operatori sanitari coinvolti, nonché allo studio ed analisi delle perizie medico legali redatte dai consulenti e, in ultimo, alla definizione bonaria di ciascun singolo sinistro, con annessi risparmi di costo.

Il tutto, in assoluta conformità con i principi costituzionali di buon andamento, volta alla realizzazione dell'interesse pubblico secondo criteri di efficacia ed efficienza ed economicità, che sorreggono l'apparato istituzionale della Pubblica Amministrazione.

Art. 2) DEFINIZIONI

Richiesta di risarcimento: qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni correlata allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda (ricevimento di richieste di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o aventi diritto, notifica dell'istanza di mediazione, ricevimento di avviso di apertura di un procedimento penale connesso all'esercizio delle funzioni istituzionali, notifica di un atto di citazione per risarcimento danni);

Sinistro RCT: la formale richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente e/o inchiesta amministrativa;

Sinistro RCO: la formale notifica all'Azienda dell'apertura di una inchiesta giudiziaria / amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica all'azienda dell'apertura di un procedimento penale; la formale richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la formale notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto;

Sinistro in serie: più richieste di risarcimento pervenute all'Azienda provenienti da soggetti terzi, in conseguenza di una pluralità di eventi dannosi, riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, o a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica, le quali tutte saranno considerate come un unico evento;

Fatti noti: eventi che, verificatisi in data antecedente all'effetto della polizza anche in assenza di specifica costituzione in mora, potrebbero successivamente dare origine ad uno degli eventi definiti come "sinistro RCT" e che siano identificabili in una o più delle seguenti casistiche:

- la notifica all'Azienda e /o ad un assicurato, di atti giudiziari a seguito dei quali non abbia avuto luogo alcun evento riconducibile alla definizione di "sinistro" di cui sopra, ma dalle cui motivazioni che si evincono dalla documentazione di riferimento si ravvisi la possibilità dell'eventuale generazione di un "sinistro";
- tutti quegli avventi avversi (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale ed indesiderabile) che presentino contemporaneamente tutte le cinque seguenti caratteristiche:
 1. concentrazione cronologica di accadimento;
 2. serialità (almeno 3 accadimenti);
 3. univocità eziopatogenetica;
 4. oggetto di indagine interna e/o esterna;
 5. noti alla direzione aziendale per il tramite di comunicazione scritta.
- qualunque altro evento rientrante nell'elenco degli "eventi sentinella" così come definiti ed elencati dal Ministero della Salute (o altra istituzione ufficialmente a ciò deputata a livello nazionale).

Danno: il pregiudizio economico addebitato all'Azienda in conseguenza di un fatto eziologicamente correlato a responsabilità medica o della struttura che abbia cagionato a terzi la morte, lesioni personali o danni a cose.



Danno medical malpractice: il pregiudizio economico addebitato all'Azienda in conseguenza di un fatto che abbia cagionato lesioni personali, morte, danni a cose, conseguente a prestazione medico-sanitaria, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, vaccinazioni, visite mediche, prestazioni diagnostiche, continuità assistenziale, operazioni legate all'igiene della persona e/o legate alla mobilitazione del paziente (a letto, carrozzina, assistenza al passo);

Terzi/parte: persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti;

Self Insured Retention (S.I.R.): l'importo che l'Azienda tiene a proprio carico per ciascun sinistro, anche in termini di gestione ove il sinistro rientri integralmente in tale importo e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa;

Loss Adjuster: liquidatore assicurativo;

Comitato di valutazione dei sinistri (CVS): comitato multidisciplinare inizialmente istituito con deliberazione n. 1292 del 19.10.2011 ed attualmente composto da:

- Direttore Amministrativo o suo delegato;
- Direttore Sanitario o suo delegato;
- Direttore Ufficio Legale, che ne assume il ruolo di Coordinatore, e figure professionali afferenti a tale Struttura;
- Coordinatore Unità di Gestione del Rischio Clinico e figure professionali afferenti a tale Unità;
- Broker Assicurazione;
- Loss Adjuster Compagnia Assicuratrice;
- Direttore della U.O. interessata dal sinistro del danno;
- Esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità;
- Segretario

I principali compiti del Comitato Valutazione sinistri, anche alla luce dei provvedimenti regionali in materia, consistono nel valutare e definire la presunta valenza o l'infondatezza della pretesa risarcitoria, sulla base di approfondita disamina delle documentazioni tecniche – cartella clinica, referti, perizie medico-legali di parte e di controparte, relazioni mediche e quant'altro a corredo della pratica – utili e/o decisivi per l'inquadramento del caso. Il Comitato si pone altresì come obiettivo quello di valutare le tipologie e le entità dei danni (in termini di impatto economico) con l'ausilio delle tabelle di indennizzo medico-legale, della somma massima ritenuta congrua o, in determinati casi, della forbice entro cui può essere definita la somma da riconoscere a titolo di risarcimento del danno a fini transattivi.

Accertamento medico legale: attività tecnico professionale per la valutazione del nesso causale, della colpa professionale e dell'entità della lesione, a supporto dell'attività di accertamento, gestione e liquidazione dei danni che compete all'ufficio legale e contenzioso.

Bordereaux: prospetto software informatico di riferimento per l'imputazione dei dati riferiti ai singoli sinistri, alimentato dall'ufficio legale;

Procedura stragiudiziale: attività istruttoria, transattiva e di liquidazione dei sinistri derivanti da RCT/O, per i quali non sia ancora stata avviata un'azione in sede giudiziale;

Mediazione: attività comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della controversia.

Art. 3) SOGGETTI

Struttura Burocratica Legale

E' incaricato all'accertamento, istruttoria, gestione ed eventuale liquidazione dei sinistri. Per la



trattazione della richiesta risarcitoria si avvale di specialisti in ambito di medicina legale, tecnici o di altre professionalità in ragione della natura dell'evento dannoso.

Per la definizione dei sinistri con danni a persone, l'ufficio legale si avvale del contributo del servizio di medicina legale e/o delle singole unità operative mediche/sanitarie e di ogni professionalità utile per giungere alla definizione del sinistro. In presenza di sinistri con danni a cose o persone l'ufficio si avvale della collaborazione della struttura tecnica aziendale competente, cui farà carico l'istruttoria per la parte di specifica competenza.

I componenti della S.B.L. che partecipano alle procedure afferenti al C.V.S. ed il medico-legale incaricato non devono trovarsi rispetto alla controparte in relazione di parentela, coniugio, affinità, dipendenza collaborazione professionale o cointeressenza economica, ovvero in qualsiasi altra situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, idonea a diminuirne o pregiudicarne l'imparzialità. I componenti possono chiedere alla direzione aziendale la sostituzione per giustificati motivi di opportunità o incompatibilità, al verificarsi di tali ipotesi.

L'ufficio legale gestisce l'istruttoria del procedimento ed i rapporti tra i diversi attori coinvolti:

- a) fornisce informazioni in ordine alla procedura in essere ai soggetti coinvolti;
- b) valuta le richieste di accesso agli atti, fornendo, ricorrendone i presupposti di diritto, copia degli atti e dei documenti che possano essere divulgati e che siano parte della pratica di valutazione del danno. Gli atti strettamente attinenti al Rischio Clinico, le relazioni medico legali, i verbali del CVS e tutto ciò che concerne la valutazione endoprocedimentale amministrativa del sinistro non possono invece essere concessi, a mente dell'art. 16 della L. 24/2017, secondo cui "« I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari...»
- c) gestisce il flusso documentale e informatico (software di gestione sinistri), in particolare cura il monitoraggio trimestrale dei sinistri e il monitoraggio semestrale cadute;
- d) forma il fascicolo del procedimento inserendovi la domanda/segnalazione, nonché ogni altro atto e documento inerente alla procedura in corso, utile a ricostruire l'iter logico giuridico sotteso all'assunzione della determinazione finale;
- e) provvede ad ogni comunicazione relativa al procedimento;
- f) elabora report e rilevazioni circa la procedura stragiudiziale;
- g) effettua un monitoraggio continuo sui sinistri, con particolare attenzione alla tipologia del danno, all'ammontare economico del danno presumibile o quantificato, alla frequenza, all'area di attività interessata, anche al fine di costruire una mappa del rischio ed individuare le strategie di intervento;
- h) monitora il numero di sinistri aperti per anno e la tempistica della loro definizione.

Il Direttore della Struttura Burocratico Legale, nella qualità di Coordinatore, procede alla **convocazione del Comitato valutazione sinistri** periodicamente con cadenza almeno bimestrale per la gestione delle seguenti attività:

- ✓ valutazione delle tipologie e dell'entità dei danni (in termini di responsabilità ed impatto economico) arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri, anche in un'ottica preventiva;
- ✓ confronto e parere sulla gestione dei rapporti con i danneggiati e/o studi legali per una composizione stragiudiziale dei sinistri in cogestione assicurativa, al fine di valutare un accordo diretto tra Azienda e danneggiato a composizione.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 24/2017 la Struttura Burocratica Legale dovrà compiere, in



aggiunta alle precedenti attività già richiamate e in aggiunta agli ordinari impegni istituzionali, le seguenti attività:

1. **Predisposizione**, d'intesa con l'Unità di Gestione del Rischio Clinico, ai sensi dell'art. 2, comma 5, della L. 24/2017 (di modifica ed integrazione all'art. 1, comma 539, lettera d-bis della L. 208/2015), di un aggiornamento trimestrale sull'andamento dei sinistri che confluirà in una **relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi** verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.
I relativi dati dovranno essere pubblicati sul proprio sito internet Aziendale;
2. **Pubblicazione** sul sito internet aziendale, ai sensi dell'art. 4 comma 3 della legge 24/2017, di tutti i **dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**, verificatisi nell'ambito delle attività di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. Tale adempimento dovrà essere effettuato **entro il 31 dicembre** di ogni anno, già a far data dal 2017.
3. D'intesa con l'Area Approvvigionamento e Patrimonio dell'AOUC, ai sensi dell'art. 10, comma 1 della Legge 24/2017, provvederà, contestualmente con la **pubblicazione** della delibera di aggiudicazione del servizio assicurativo a rendere nota, mediante pubblicazione su relativo sito internet, la **denominazione dell'impresa che presterà la copertura assicurativa**, indicando contratti, clausole ed altre misure. Tale adempimento dovrà essere adempiuto entro e non oltre 10 giorni dalla pubblicazione della delibera di aggiudicazione del servizio assicurativo;
4. Ai sensi dell'art. 11 della legge 24/2017, tramite **relazione semestrale da approvare in sede di CVS** (con decorrenza di sei mesi a partire dal 28.02.2017), **sottoporrà a rivalutazione** da parte dell'Area Gestione Patrimonio, **le condizioni previste dall'attuale contratto assicurativo**, soprattutto in considerazione della obbligatoria estensione della sua operatività temporale. La garanzia, infatti, dovrà risultare idonea a coprire gli eventi accaduti nei 10 anni antecedenti la conclusione del contratto, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza;
5. Ai sensi dell'art. 13 della Legge 24/2017, comunicherà all'esercente la professione sanitaria, **entro e non oltre 10 giorni** dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante PEC o lettera raccomandata, **l'instaurazione del giudizio** promosso nei loro confronti dal danneggiato. Medesimo iter verrà seguito per informare lo stesso esercente dell'eventuale **avvio di trattative stragiudiziali** con il danneggiato, invitandolo, contestualmente, a prendervi parte con la consapevolezza che l'omissione, la tardività o l'incompletezza delle predette comunicazioni precluderà l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa;
6. Ai sensi dell'art. 9 della Legge 24/2017, trasmetterà relazione dettagliata corredata della rispettiva documentazione alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti, e relativa all'accoglimento della singola domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della A.O.U. Tale adempimento dovrà essere compiuto entro 30 giorni dalla pubblicazione della deliberazione di definizione e liquidazione del sinistro, al fine di consentire alla Magistratura Contabile di avviare l'eventuale Azione di responsabilità Amministrativa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria.

Unità di Gestione del Rischio Clinico

E' incaricata di predisporre ed organizzare Audit periodici o su impulso/segnalazione dei singoli esercenti la professione sanitaria.

Controlla la spesa legata ai danni da malpractice, contribuendo a mantenere un rapporto di trasparenza con l'utenza e la cittadinanza nell'ambito del buon andamento e corretto utilizzo delle risorse della P.A..
Collabora con il Difensore Civico nominato dalla Regione Puglia, anche al fine di individuare criticità e



promuovere probabili soluzioni al verificarsi degli eventi avversi/eventi sentinella.

Trasmette al Sistema di Monitoraggio degli Eventi in Sanità (cosiddetto SIMES), con frequenza periodica, i flussi relativi alla registrazione delle pratiche risarcitorie e la loro evoluzione.

Provvede alla redazione di Regolamenti interni, anche recettivi delle Linee Guida e Buone Pratiche Cliniche previste dall'art. 5 della Legge 24/2017.

Sottopone il soggetto denunciante a visita medico-legale, su espressa richiesta formulata dalla Struttura Burocratica Legale, trasmettendo relazione di visita Medico-Legale entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della richiesta, salvo impedimenti determinati da causa ad essa non imputabile.

Inoltre il responsabile della Unità di Gestione del Rischio Clinico, ha il compito di:

- introdurre la metodologia dell'audit clinico/gestionale sia in forma retroattiva che proattiva sulle aree a priorità di rischio clinico;
- creare un'atmosfera di fiducia e collaborazione, cornice indispensabile entro la quale
- sviluppare tutte le dinamiche di gestione del rischio;
- quantificare il rischio Aziendale, individuando le criticità più o meno latenti, anche mediante la realizzazione della mappatura del rischio e della sinistrosità aziendale;
- riorganizzare i Flussi di informazione, anche mediante l'implementazione di un sistema di incident reporting aziendale;
- individuare gli Strumenti e le Azioni per ridurre i danni al paziente, agli Operatori e il Contenzioso legale, anche utilizzando metodiche di indagine reattive come la Root Cause Analysis (RCA) e la FMEA/FMECA;

In ultimo, prende parte alle riunioni del CVS, affinché in tale sede vengano esaminati con chiarezza, e laddove sussistano, le tipologie dei danni lamentati dagli istanti e la quantificazione del danno patrimoniale.

Direzione Sanitaria

E' incaricata della trasmissione di tutta la documentazione medica richiesta dalla SBL (cartelle cliniche e relazioni), protocolli sanitari, verbali di audit ed ogni ulteriore documentazione utile alla definizione del sinistro (markers, referti, esami di laboratorio ... etc ...). Sarà sua cura adempiere a tale compito **entro 30 giorni** dal ricevimento della richiesta formulata dall'Ufficio Legale, sollecitando le varie UU.OO. a trasmettere le relazioni mediche e copia delle polizze assicurative contratte dai singoli operatori. In ogni caso, la trasmissione della documentazione richiesta non dovrà eccedere il termine di 60 giorni dal ricevimento della prima richiesta inviata dalla SBL.

Partecipa, per il tramite del Direttore Sanitario o proprio delegato, al Comitato di Valutazione Sinistri, individuando eventuali criticità nell'erogazione della prestazione sanitaria a danno del paziente.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 24/2017, art. 4, dovrà adeguare, anche d'intesa con l'URP e comunque entro il 30 maggio 2017, **il regolamento interno disciplinante le istanze di accesso agli atti** pervenute da parte dei danneggiati, con le seguenti modalità e, comunque, nel rispetto dei criteri stabiliti dalla L. 196/2003 e dalla L. 241/90:

1. Trasmissione entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta degli interessati aventi diritto, della documentazione sanitaria disponibile e relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico;
2. Trasmissione di eventuali integrazioni entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della suddetta richiesta;
3. Trasmissione, ai sensi dell' art. 12, comma 4, della Legge 24/2017, nell'ipotesi di un eventuale giudizio promosso direttamente contro l'impresa di assicurazione della struttura sanitaria, della documentazione in suo possesso e relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del



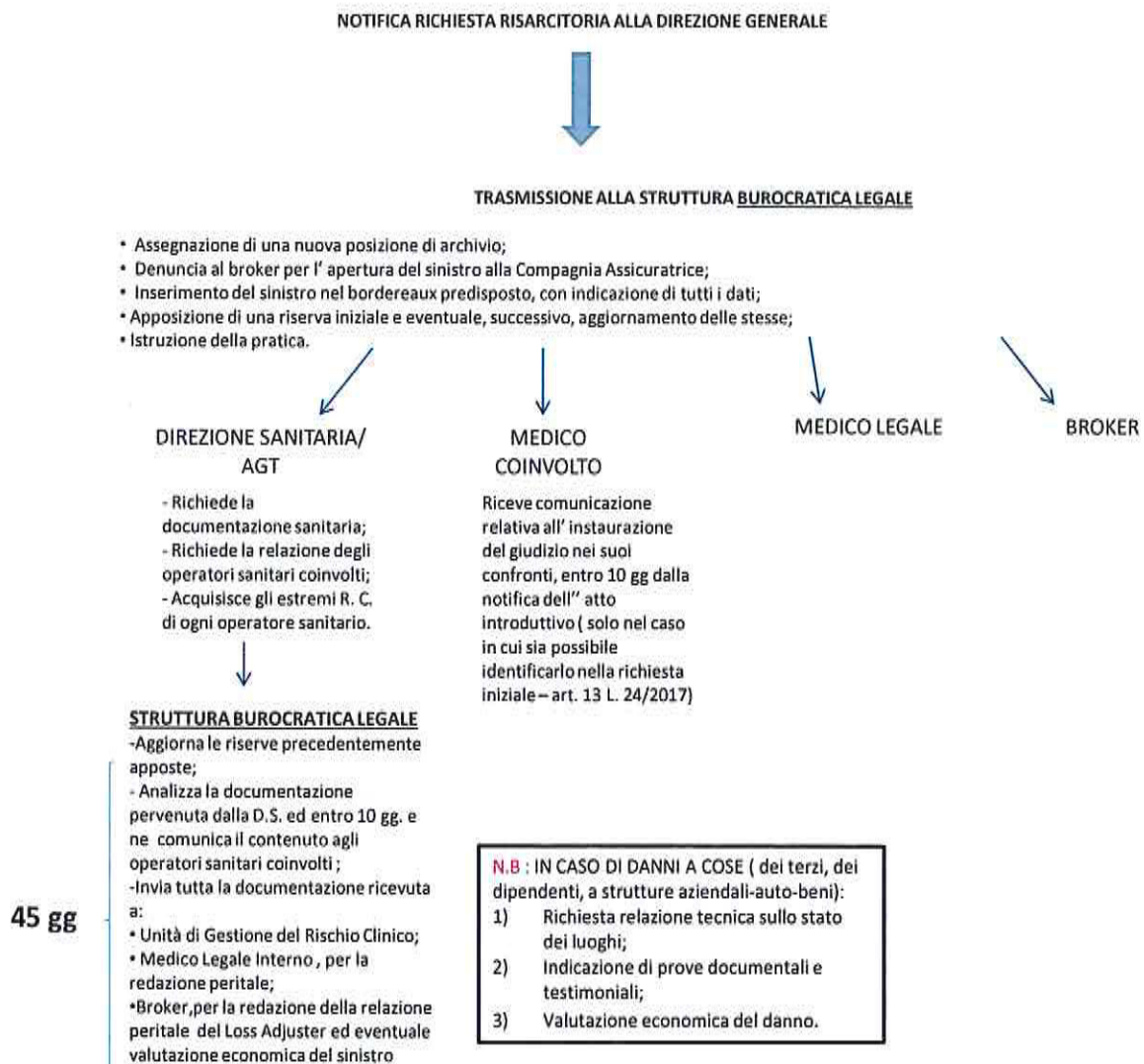
sinistro, sia all'assicuratore, sia all'esercente la professione sanitaria e sia al danneggiato che ne potrebbe fare richiesta.

Art. 4) MODALITA' OPERATIVE DI GESTIONE DEL SINISTRO

Il sinistro rappresenta un evento purtroppo ineludibile in un settore ad alta complessità come le aziende sanitarie e può dar luogo ad un risarcimento o meno in rapporto alla fondatezza delle pretese risarcitorie.

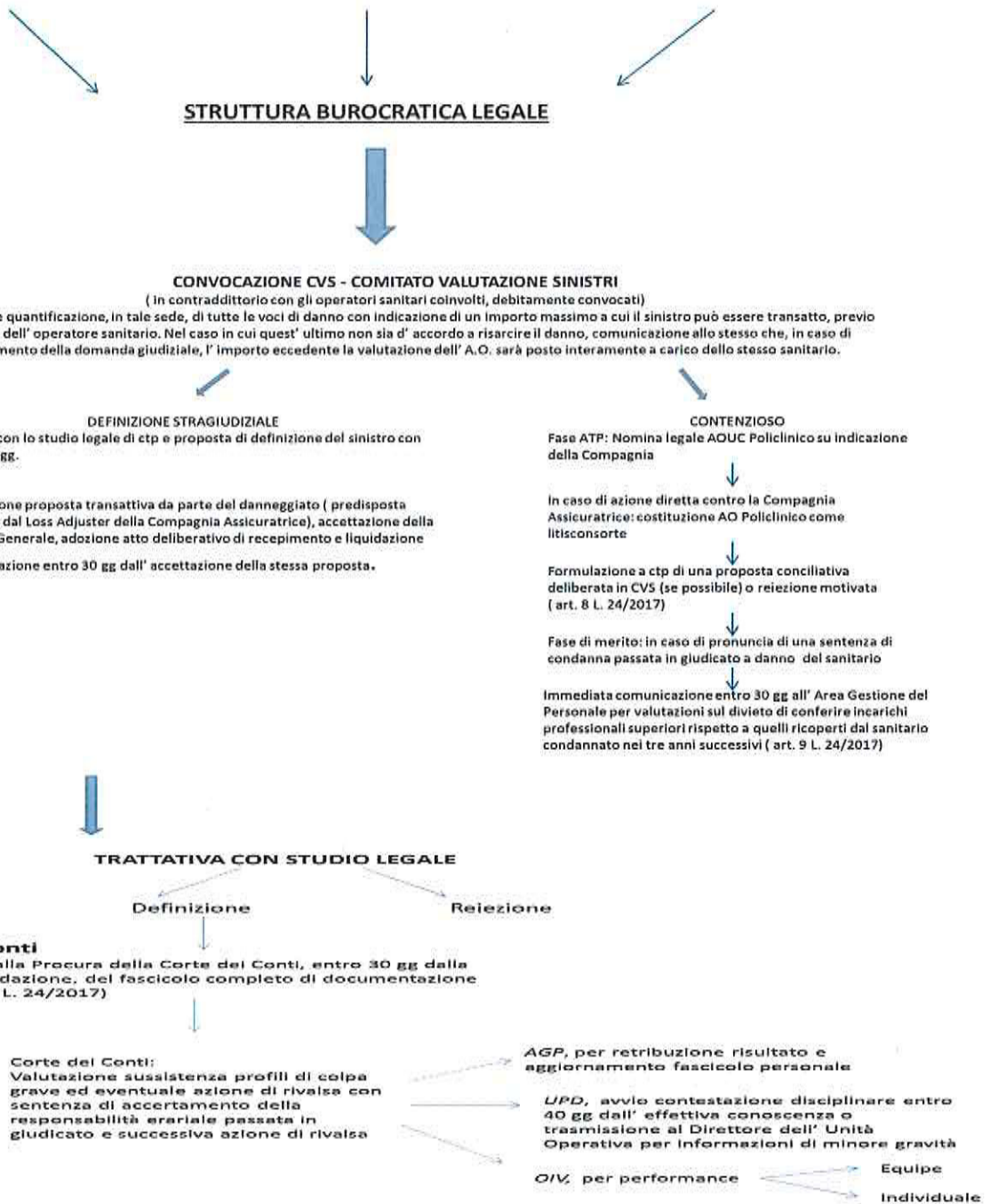
4.1 ISTRUTTORIA

L'Azienda, per il tramite della Struttura Burocratica Legale competente per la gestione del sinistro, provvede, di norma, a tutte le comunicazioni con il richiedente, in proprio o per il tramite della propria Compagnia Assicuratrice. Ogni singolo sinistro deve essere istruito con le seguenti modalità:





AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO - BARI



Art. 5 OBBLIGATORIETA' DELLE INFORMAZIONI E PRIVACY

Ogni dipendente è tenuto a dare tempestivamente al Coordinatore del Comitato Valutazione Sinistri (Responsabile Ufficio Legale) tutte le informazioni necessarie all'istruzione e definizione dei sinistri, ivi comprese le informazioni relative alla eventuale sussistenza di polizze assicurative personali.

La violazione di tale obbligo è comportamento disciplinarmente rilevante e sanzionabile, come previsto dalle vigenti norme contrattuali, nonché dal regolamento per i procedimenti disciplinari Aziendale.

Ogni informazione correlata e connessa all'istruzione dei procedimenti oggetto delle attività del Comitato Valutazione Sinistri sarà tenuta e conservata secondo le vigenti normative in materia di privacy e sarà dato divieto assoluto di divulgazione per fini non connessi alle attività di cui sopra.