



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 76 del 06/02/2023

N. 272 del 12/04/2024

OGGETTO

Regolamento per il funzionamento del Comitato Valutazione sinistri - modifica e integrazione.

Struttura proponente	DIREZIONE STRATEGICA	
Documenti integranti il provvedimento:		
Descrizione Allegato	n. pag.	
Regolamento	15	
Allegati	3	
<input checked="" type="checkbox"/> Dichiarazione di immediata esecutività		

Spese previste	
Conto Economico n.	
Descrizione conto economico	
Bilancio	
Dirigente	

Destinatari dell'atto per conoscenza

<input type="checkbox"/> Direzione Amministrativa	<input checked="" type="checkbox"/> Direzione Sanitaria
<input type="checkbox"/> Struttura Controllo di Gestione	<input type="checkbox"/> Struttura Economico-Finanziaria
<input type="checkbox"/> Struttura Affari Generali e Tutela della Privacy	<input type="checkbox"/> Struttura Politiche del Personale
<input checked="" type="checkbox"/> Altro (specificare)	

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

- solo frontespizio
- integrale
- solo deliberazione



Vista la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 314 del 06.07.2022 con la quale è stato adottato il nuovo Regolamento per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri e le successive modifiche e integrazioni giusta deliberazione n. 353 del 28.07.2022;

Rilevato che questa Direzione, in ragione del carico di lavoro gravante sull'unico Dirigente avvocato in servizio, il solo, allo stato, a poter assumere il mandato difensivo per la maggior parte dei contenziosi in essere, ritiene necessario integrare il Regolamento per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri allegato alla DCS n. 314 del 06.04.2022 e ss.mm.ii. prevedendo l'assunzione della funzione di componente dello stesso, per gli aspetti prettamente giuridici, oltre che il Direttore della Struttura Burocratico Legale, anche e in alternativa il personale del comparto appartenente al profilo professionale di collaboratore avvocato;

Ritenuto necessario integrare la composizione del CVS con un'ulteriore figura professionale in rappresentanza della Direzione Sanitaria, che abbia maturato esperienza nell'ambito della gestione del rischio clinico;

Ritenuto, pertanto, di integrare l'art. 2 del Regolamento rubricato "Composizione del CVS" aggiungendo dopo le parole "da un Dirigente avvocato" le seguenti "ovvero da un collaboratore professionale avvocato" e "nonché Dirigente medico della Direzione Sanitaria aziendale";

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di rispettiva competenza;

DELIBERA

per tutti i motivi in premessa indicati e integralmente richiamati:

1. di integrare il Regolamento per il funzionamento del CVS di cui alla deliberazione del Commissario Straordinario n. 314 del 06 luglio 2022 e successiva deliberazione n. 353 del 28.07.2022 nella parte relativa alla sua composizione inserendo all'art. 2 rubricato "Composizione del CVS" dopo le parole "da un Dirigente avvocato" le seguenti "ovvero da un collaboratore professionale avvocato" e dopo le parole "dal Broker e dal Loss Adjuster e Assicurazioni ove presenti" le seguenti "nonché Dirigente medico della Direzione Sanitaria aziendale";
2. di approvare le modifiche al Regolamento per il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri come indicato di cui al punto 1, il cui nuovo testo è allegato al presente deliberazione per costituirne parte integrante;
3. di notificare il presente provvedimento ai soggetti coinvolti nelle procedure risarcitorie del Comitato Valutazione Sinistri;
4. di trasmettere altresì la presente deliberazione al Collegio Sindacale per ogni opportuna conoscenza;
5. di disporre la pubblicazione del presente regolamento sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente - Disposizioni generali - Atti generali - Regolamenti aziendali a cura del Dirigente della SSD Affari Generali e Tutela della Privacy.

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

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe Pasqualone

Il Direttore Sanitario
Dott. Leonardo Miscio

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Elisabetta Esposito



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il presente provvedimento viene posto in pubblicazione in data odierna sull'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico di Foggia".

IL FUNZIONARIO ADDETTO



REGOLAMENTO
PER IL FUNZIONAMENTO DEL
COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI
(CVS)



INDICE

DEFINIZIONI	6
PREMESSA	8
1. SCOPO E FINALITÀ	8
2. COMPOSIZIONE DEL CVS	9
3. COMPETENZE DEL CVS	9
4. CONVOCAZIONE E VALIDITÀ DELLE SEDUTE DEL CVS	11
5. PROCEDURE E FASI DI GESTIONE DEL SINISTRO	11
Fase 0 - Presentazione richiesta	12
Fase 1 - Apertura sinistro/Presa in carico del sinistro	12
Fase 2 - Fase Istruttoria	12
Fase 3 - Peritale/Accertativa	13
Fase 4 - Conclusiva	14
6. RICORSO EX ART. 696 BIS C.P.C. - PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE	15
7. ATTO DI CITAZIONE	16
8. OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI	16
9. OBBLIGHI, RIVALSE E GESTIONE DELLE VERTENZE	17
A) Dovere di collaborazione.....	17
B) Obblighi in caso di richiesta di risarcimento indirizzata direttamente al dipendente	17
C) Diritto di Rivalsa	17
10. RISERVATEZZA E ACCESSO AGLI ATTI	17
11. RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI (RCT)	18
12. NORME FINALI	18
13. ENTRATA IN VIGORE DEL REGOLAMENTO	18
FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO	18
ALLEGATI	18
Allegato 1	19
Allegato 2	21
Allegato 3	22



DEFINIZIONI

Ai sensi del presente Regolamento si intende per:

Gestione sinistri: insieme delle attività compiute per la trattazione e composizione stragiudiziale della vertenza, ovvero giudiziale in caso di mancata definizione in sede stragiudiziale, insorta a seguito di una richiesta di risarcimento del danno.

Sinistro: evento che ha causato un danno a terzi di cui debba rispondere il Policlinico, secondo le regole dell'ordinamento giuridico.

Richiesta di risarcimento: qualsiasi comunicazione scritta con la quale viene formalizzata una istanza risarcitoria per le conseguenze dell'attività istituzionale del Policlinico (ricevimento di richieste di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o aventi diritto), notifica dell'istanza di mediazione o di negoziazione assistita, costituzione di parte civile in procedimento penale, ricevimento di avviso di garanzia e/o di procedimento penale connesso all'esercizio delle funzioni istituzionali, notifica di un atto di citazione per risarcimento danni, citazione del responsabile civile e ricorso per Accertamento Tecnico Preventivo (ATP).

Attività istituzionale dell'Azienda: attività sanitaria (e attività accessorie e/o ad essa connessa) rimessa al Policlinico per il tramite del proprio personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie, ed in generale tutti coloro che svolgono prestazioni (ovvero attività formativa, di aggiornamento, di sperimentazione e ricerca clinica) nell'ambito delle strutture facenti parte del Policlinico (e.g. specializzandi, volontari, assegnisti, borsisti, tirocinanti, ricercatori).

Terzi/parte: persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti (e.g. eredi, tutori, esercenti la responsabilità genitoriale).

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

Struttura Burocratico Legale (SBL): l'Unità Operativa di staff della Direzione Generale, competente alla gestione degli affari legali e del contenzioso aziendale, ivi compresa la gestione dei sinistri e la gestione amministrativa del relativo Fondo Rischi.

Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS): comitato multidisciplinare ristretto per la valutazione dei sinistri istruiti e l'emanazione dei relativi pareri per la Direzione Aziendale (Direttore Sanitario, Amministrativo, Generale).

Esperto per la Gestione del Rischio Clinico (GRC): preposto alle attività di audit, validazione e monitoraggio PDTA e Raccomandazioni Ministeriali e Regionali, agli accertamenti medico legali e alla Gestione dei Flussi Informativi (SIMES), coordinamento attività di redazione protocolli per la sicurezza delle cure, analisi del contenzioso e consulenza al Collegio di Direzione per la stesura del Piano Annuale della Sicurezza delle Cure.



SIMES: Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, istituito con Decreto Ministeriale dell'11 dicembre 2009, per il monitoraggio degli eventi sentinella e del contenzioso nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Tale sistema ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni, attraverso la trasmissione delle stesse da parte delle Regioni, relative agli eventi sentinella e alle denunce di sinistri, al fine di effettuare una valutazione dei rischi nonché di vigilare sull'andamento del contenzioso.

Accertamento medico legale: attività tecnico-professionale per la valutazione del nesso causale, della colpa professionale e dell'entità del danno biologico, a supporto dell'attività di accertamento, gestione e liquidazione dei danni di competenza dell'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" della SBL.

Software di gestione sinistri: programma informatico gestionale di riferimento per l'imputazione dei dati riferiti ai singoli sinistri, alimentato dall'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" della SBL e dall'esperto in Gestione Rischio Clinico, ognuno per quanto di propria competenza.

Procedura stragiudiziale: attività di istruzione, transazione e di liquidazione dei sinistri derivanti da presunta responsabilità della struttura sanitaria e/o degli esercenti la professione sanitaria, 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 stessa. Costituisce condizione di procedibilità della domanda di risarcimento ex art. 8 della L. 24/2017, in alternativa all'ATP, ed è disciplinata dall'art. 5 comma 1-bis, del D. Lgs. 28/2010.

Accertamento Tecnico Preventivo (ATP) ai fini della Conciliazione: procedimento disciplinato dall'art. 696 bis c.p.c., e previsto dall'art. 8 della L. 24/2017 come condizione di procedibilità per promuovere controversie di responsabilità medico-sanitaria e finalizzato, sotto il controllo del Giudice e la guida di un collegio di Consulenti Tecnici dallo stesso nominato, a consentire la soluzione conciliativa della controversia.

PREMESSA

Il presente Regolamento stabilisce la composizione e disciplina il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (d'ora in poi CVS) del **Policlinico Foggia** ospedaliero-universitario, nonché le procedure per l'istruzione, la definizione e la quantificazione dei sinistri da responsabilità della Struttura e/o responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

La gestione dei sinistri da responsabilità sanitaria rappresenta lo strumento con il quale il Policlinico, attraverso il CVS persegue, senza oneri aggiuntivi, l'obiettivo fondamentale di minimizzare l'impatto economico sul proprio bilancio, nella logica dell'integrazione delle funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore.

In tale contesto, pertanto, il CVS intende costruire un rapporto di massima fiducia e trasparenza tra l'Azienda ed i propri assistiti, favorendo, ove ne ricorrano i presupposti, le procedure finalizzate ad assicurare un equo ristoro del danno.

Il modello operativo è stato predisposto coerentemente con le Linee Guida Ministeriali per l'attività di Gestione dei Sinistri da responsabilità professionale sanitaria contenute nella Raccomandazione del Ministero della Salute Maggio 2011 per la risoluzione stragiudiziale del contenzioso delle Aziende Sanitarie - Dipartimento della Qualità, nonché tenuto conto dell'intervenuta Legge n. 24 del 08/03/2017, entrata in vigore in data 01/04/2017 e s.m.i..

Il CVS (così come definito dalle "Linee Guida Ministeriali per l'attività di gestioni dei sinistri da Responsabilità medico/sanitaria" già citate) è un organismo aziendale, di natura collegiale e multiprofessionale che esprime parere consultivo ma non vincolante al Legale Rappresentante del Policlinico sulle richieste risarcitorie formulate nei confronti di quest'ultima; è di supporto alla Direzione Strategica Aziendale del Policlinico Foggia ed è istituito con apposito provvedimento aziendale.

1. SCOPO E FINALITÀ

Scopo del presente regolamento è delineare i criteri e le modalità di istituzione, composizione e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), che ha il compito di esprimere parere in ordine alle richieste risarcitorie per Responsabilità Civile Terzi (RCT) di ogni tipologia, con particolare attenzione alle richieste da responsabilità medico-sanitaria formulate nei confronti del Policlinico Foggia, al fine della loro definizione, ove ne sussistano i relativi presupposti.

Tale attività di trattazione, gestione, monitoraggio e definizione dei sinistri riveste finalità strategica in quanto tesa a ricercare una soluzione mitigatrice dell'impatto economico sul bilancio aziendale delle pretese risarcitorie, a diminuire il livello di sinistrosità mediante un sistema di controllo ed individuazione delle aree di criticità ed a tutelare l'utenza, così come tutti gli operatori.

La trattazione, gestione e definizione collegiale e multidisciplinare di ogni sinistro rappresenta quindi lo strumento con il quale il Policlinico, attraverso il CVS, persegue gli **obiettivi fondamentali** di:

- ridurre il contenzioso;
- ridurre l'impatto economico della gestione diretta delle richieste risarcitorie per responsabilità della struttura e/o responsabilità professionale degli esercenti la professione sanitaria, sul proprio bilancio;
- incidere sui tempi di gestione delle relative controversie;
- precisare compiti e funzioni delle professionalità coinvolte nel sinistro;



- aumentare il livello di trasparenza e di decisione condivisa;
- migliorare la comunicazione con l'utenza e aumentarne la *compliance*.

2. COMPOSIZIONE DEL CVS

Per il raggiungimento delle finalità di cui al precedente articolo 1, è istituito il Comitato Valutazione Sinistri (CVS), organismo a composizione multidisciplinare di cui fanno parte dipendenti del Policlinico Foggia e/o professionisti in convenzione, in possesso delle specifiche competenze professionali. Il CVS è composto da specialisti in medicina legale ed esperti del rischio clinico (Dirigenti medici dipendenti e/o in convenzione), da un Dirigente amministrativo, da un Dirigente avvocato ovvero da un collaboratore professionale avvocato, da un Collaboratore amministrativo/professionale, dal Broker e dal Loss Adjuster e Assicurazioni ove presenti, nonché da un Dirigente Medico in servizio presso la Direzione Sanitaria Aziendale, i quali, se necessario, possono essere affiancati, di volta in volta, da specialisti nelle varie discipline mediche e chirurgiche, in considerazione della natura e tipologia del danno oggetto della richiesta risarcitoria. In caso di danno a cose, il CVS potrà essere integrato con un dirigente ingegnere.

Per il perseguimento delle finalità istituzionali il CVS agisce in indipendenza ed autonomia tecnico-organizzativa ed è coordinato da uno dei dirigenti dipendenti o convenzionati.

La nomina, la revoca e l'integrazione dei componenti il CVS, compresa la figura del Coordinatore, è disposta dal Direttore Generale con proprio atto deliberativo.

Il CVS potrà avvalersi, in tutti i casi in cui lo riterrà necessario, di professionisti con comprovata esperienza e competenza specialistica inerente al caso in esame, anche esterni all'Azienda, individuati dalla Direzione Strategica Aziendale, con oneri a carico dell'Azienda. I compensi saranno parametrati alle tariffe libero-professionali preventivamente concordate.

Il CVS si avvale della collaborazione di tutte le strutture aziendali in base alle necessità degli argomenti trattati, le quali sono tenute ad assicurare il proprio apporto in maniera tempestiva e diligente ogni qualvolta venga richiesto.

I componenti del CVS non devono trovarsi rispetto alla controparte in rapporto di parentela, coniugio, affinità, dipendenza, collaborazione professionale o cointeressenza economica, ovvero in qualsiasi altra situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, idonea a diminuire o pregiudicarne l'imparzialità e, pertanto, sono obbligati ad astenersi dal partecipare al relativo procedimento.

3. COMPETENZE DEL CVS

Il CVS si avvale dell'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" che opera all'interno della Struttura Burocratico-Legale ed è composto da personale del ruolo amministrativo/professionale individuato dal Direttore della stessa SBL.

L'Ufficio "Gestione amministrativa e assicurativa dei sinistri" si occupa della stima dell'ammontare della richiesta risarcitoria, anche simulando l'ipotesi di contenzioso giudiziario sfavorevole, da accantonare nel Fondo Rischi aziendale per l'autoritenzione.

Il CVS si avvale di una segreteria amministrativa che si compone di personale amministrativo del Policlinico, preferibilmente con esperienza nei settori legale-assicurativo.

Il CVS, valutata l'eventuale fondatezza della pretesa e, quindi, ritenuti collegialmente sussistenti gli estremi dell'*an debeat*, determina tanto il *quantum debeat*, quanto l'ammontare della relativa monetizzazione.

Il CVS, sulla base dell'istruttoria del sinistro, ove ne ricorrano i presupposti, autorizza l'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" ad avviare la fase interlocutoria e di trattativa con le controparti per la definizione del sinistro pendente a livello stragiudiziale, medio-conciliativo e giudiziale.

L'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" della Struttura Burocratico-Legale predispone, custodisce ed archivia tutti i documenti, atti e verbali, relativi alla trattazione e definizione di ogni singola istanza di risarcimento danni.

Tutte le richieste di risarcimento danni devono essere esaminate e, successivamente, pervenire ad un parere di respingimento/accoglimento, da inviare alla Direzione Aziendale.

In ciascun parere relativo alla richiesta di risarcimento danni deve evincersi:

- l'istruttoria, con le attività di accertamento sanitario e non, compiute dal CVS;
- la motivazione, formulata sulla base della relazione medico-legale o tecnica;
- l'eventuale proposta con la predisposizione della quietanza transattiva;
- la proposta di deliberazione predisposta dall'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" da inviare al Direttore Generale, per l'autorizzazione dell'eventuale liquidazione.

Per ciascuna richiesta di risarcimento danni deve, comunque, essere predisposta una relazione di consulenza tecnica di parte, a firma di uno specialista in medicina legale se si tratta di danno alla persona, o a firma del componente tecnico dirigente ingegnere, se si tratta di danno a cose.

Il CVS, di norma, deve valutare il sinistro in sede stragiudiziale entro 180 giorni dalla data di ricezione della richiesta di risarcimento danni, ferma restando l'osservanza, ove possibile, di eventuali differenti termini previsti dalle normative nell'ambito dei procedimenti di mediazione/ricorso 696 bis c.p.c.

L'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" detiene il database dei sinistri, elaborati, gestiti ed aggiornati anche ai fini di una definizione del Fondo Rischi e Oneri da accantonare nel Bilancio d'esercizio.

Per lo svolgimento delle attività di competenza il CVS ha la facoltà di:

- richiedere, nel rispetto della normativa sulla privacy e con osservanza del segreto professionale, sia alle strutture che alle articolazioni del Policlinico che ai soggetti terzi, copia di tutti gli atti e documenti che si ritengono utili per la trattazione del sinistro;
- invitare la SC Medicina Legale, a sottoporre a visita medico legale la persona asseritamente danneggiata, previo esplicito consenso sottoscritto dalla stessa, unitamente all'informativa della privacy ed alla autorizzazione del trattamento dei dati personali e sanitari ai soli fini inerenti la definizione del sinistro;
- invitare la persona asseritamente danneggiata a sottoporsi ad accertamenti clinico-strumentali di approfondimento, avvalendosi delle strutture aziendali e previo esplicito consenso della stessa;
- richiedere a tutti coloro che a qualsiasi titolo potrebbero essere esposti ad azioni di rivalsa, una dettagliata relazione circa fatti e circostanze del sinistro occorso, nonché supporto clinico-scientifico, corredato da evidenze scientifiche;
- richiedere al Direttore della struttura organizzativa coinvolta nei fatti che hanno dato luogo al sinistro di collaborare attivamente alla valutazione delle eventuali cause che lo hanno determinato e alla valutazione della condotta assistenziale, in riferimento alla corretta applicazione di procedure, linee guida, raccomandazioni, protocolli e buone pratiche, con eventuale riferimento anche a bibliografia scientifica di settore;



- potersi avvalere dell'expertise fornita, senza oneri per il Policlinico, da specialisti di fiducia dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- potersi avvalere, qualora la complessità del caso richieda una *second/third opinion*, di specialisti esterni, anche a titolo oneroso.

4. CONVOCAZIONE E VALIDITÀ DELLE SEDUTE DEL CVS

Il CVS si riunisce con cadenza periodica e tenuto conto delle esigenze aziendali in tema di gestione dei sinistri, di norma almeno una volta al mese, previa convocazione scritta a cura del Coordinatore, anche mediante l'utilizzo di posta elettronica, da effettuarsi almeno 5 giorni lavorativi prima della data prefissata, con formulazione di ordine del giorno indicante i sinistri da trattare.

Qualora in fase di istruttoria venga valutata l'opportunità di audizione diretta del Direttore della UO interessata (o delle UU.OO. interessate) o anche degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nella vicenda in esame, il CVS provvede alla convocazione degli stessi per la seduta in cui è prevista la discussione del caso che li vede coinvolti e a richiedere ed acquisire in istruttoria relazione sui fatti in esame, chiarimenti e/o integrazioni, al fine di una puntuale, agevole e concreta comprensione degli aspetti tecnico-sanitari.

Le sedute del CVS non sono pubbliche, atteso che in esse sono trattati dati personali e sensibili (categorie particolari) e deve essere garantito l'assoluto rispetto della privacy, così come previsto dalla normativa vigente.

Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CVS, nonché tutta la documentazione ad esse inerenti non potranno essere divulgate, trattate, né essere riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del CVS (ad eccezione di quella relativa al trattamento sanitario ricevuto dal paziente).

Le riunioni sono valide con la presenza dei 2/3 dei componenti e le decisioni sono assunte con la maggioranza dei componenti, prevalendo, in caso di parità, il voto del Coordinatore.

Al fine di garantire l'assoluta indipendenza del CVS, in caso di conflitto di interessi (come dettagliato all'art.2, ultimo comma) relativamente ad uno specifico caso, i componenti che si trovano in tale situazione devono astenersi dalla trattazione della pratica.

A tale proposito tutti i componenti, all'atto della nomina, devono assumere per iscritto l'impegno a non pronunciarsi per quelle richieste di risarcimento per le quali possa sussistere un conflitto di interessi, di tipo diretto o indiretto o potenziale, così come dovranno effettuare la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con i casi trattati nel verbale di ogni seduta del CVS.

La partecipazione alle riunioni del CVS non comporta alcun compenso aggiuntivo e costituisce, per i dipendenti, adempimento dei doveri di ufficio; l'eventuale assenza deve essere debitamente giustificata.

5. PROCEDURE E FASI DI GESTIONE DEL SINISTRO

Un'efficace gestione del sinistro presuppone il minor numero di passaggi procedurali possibile.

La procedura per la risoluzione transattiva del sinistro comprende le "fasi gestionali", di seguito indicate. Nell'elencazione, dettagliatamente sotto riportata, sono specificati anche i termini entro i quali ogni relativa attività debba essere ultimata dagli uffici competenti, salvo il caso di particolari e complesse fattispecie, che potrebbero motivatamente prevedere una tempistica di istruttoria differente.

FASI	ATTIVITÀ	TEMPISTICA (in giorni)
------	----------	------------------------



0	Presentazione richiesta	
1	Apertura del sinistro	5
2	Fase Istruttoria	90
3	Fase Peritale/Accertativa	60
4	Fase Conclusiva	25

In ogni caso l'iter complessivo di gestione del sinistro deve concludersi, di norma, salvo casi di straordinaria complessità, entro e non oltre un anno dalla sua apertura.

Fase 0 - Presentazione richiesta

Il procedimento di gestione stragiudiziale del sinistro è avviato, come di consueto, con la ricezione da parte dell'Ufficio Protocollo Generale di una richiesta scritta di risarcimento danni o di una istanza di mediazione ai sensi del D. Lgs. 28/2010 e trasmessa alla Struttura Burocratico Legale, Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri", per gli adempimenti di competenza.

Fase 1 - Apertura sinistro/Presa in carico del sinistro

L'Ufficio "Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri" provvede all'apertura del sinistro, effettuando i seguenti adempimenti:

- verifica preliminarmente la regolarità formale della richiesta pervenuta;
- valutata positivamente la regolarità formale, provvede alla fascicolazione cartacea ed elettronica assegnando alla richiesta un numero cronologico progressivo annuale;
- inoltra formalmente la richiesta alla Compagnia di assicurazione, ove presente, secondo le modalità e i termini previsti dal contratto;
- inoltra la richiesta di risarcimento alla SC Medicina Legale;
- invia nota informativa alla controparte circa la presa in carico del sinistro.

Fase 2 - Fase Istruttoria

Questa fase è svolta dalla Struttura Burocratico-Legale per il tramite dell'Ufficio Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri", per tutte le richieste di risarcimento danni che siano riconducibili a responsabilità medico-sanitaria.

La SBL - Ufficio Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri - ricevuta la richiesta di risarcimento, con il supporto dei componenti del CVS esperti in Rischio clinico e/o Medicina Legale provvede a richiedere:

- Alla persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti (e.g. eredi, tutori, esercenti la responsabilità genitoriale) consenso al trattamento dei dati personali ed eventuale documentazione sanitaria prodotta presso sedi differenti da quelle di pertinenza della Azienda sanitaria;
- Alla Direzione Sanitaria tutta la documentazione sanitaria pertinente (cartelle cliniche ospedaliere e ambulatoriali in formato cartaceo e/o elettronico, referti diagnostici, eventuali iconografie allegate, documentazione sanitaria successiva per prosecuzione cure e accertamenti conseguenti), nonché i nominativi del personale che concretamente risulta coinvolto nel sinistro, qualora indicato.
- Al Direttore della U.O. coinvolta (o delle UU.OO. coinvolte) una relazione completa ed esaustiva in ordine al sinistro denunciato nella richiesta di risarcimento danni, eventualmente



sottoscritta anche dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti nella vicenda in esame, ciascuno per la propria competenza.

Fatto specifico riferimento a quest'ultimo punto, per la compilazione della relazione, i Direttori delle UU.OO. chiamati a redigerla, dovranno utilizzare il *fac simile* all'uopo predisposto (Allegato 1) da cui si evincano con chiarezza i seguenti dati:

- a) dati completi dei predisponenti: nome e cognome, data di nascita, domicilio, sede di lavoro, posizione funzionale, numero di matricola e, per i Dirigenti Medici, anche l'indirizzo PEC ed il recapito telefonico, estremi di polizza assicurativa personale (se esistente) e l'indirizzo di posta elettronica (se disponibile: PEC) per mezzo del quale effettuare le comunicazioni relative alla gestione del contenzioso;
- b) ai fini della stesura della relazione, se ritenuto opportuno, il personale coinvolto nel sinistro potrà chiedere direttamente alla Direzione Sanitaria di visionare la documentazione sanitaria;
- c) sede in cui si è verificato l'evento, con indicazione precisa della posizione in cui si trovavano i soggetti;
- d) data e orario dell'evento;
- e) indicazione e dati degli operatori coinvolti;
- f) descrizione dettagliata e circostanziata dei fatti;
- g) eventuali circostanze che possano aver influito in maniera rilevante alla determinazione dell'evento (problemi gestionali, organizzativi, logistici, tecnologici, strutturali, ambientali, ecc.) anche se indipendenti dalla volontà o possibilità di azione degli operatori coinvolti;
- h) un breve commento rispetto alle circostanze e ai comportamenti tenuti dagli operatori nel corso degli eventi;
- i) valutazioni generali e specifiche sulla fondatezza della contestazione di responsabilità;
- j) rilievo di corretta applicazione di procedure, linee guida, raccomandazioni, protocolli e buone pratiche, con eventuale riferimento anche a bibliografia scientifica di settore, o eventuale discostamento in relazione al quadro clinico specifico;
- k) indicazione dell'esistenza di eventuali testimoni.

Le relazioni specialistiche richieste ai Direttori di UO e al personale sanitario eventualmente coinvolto nel sinistro devono pervenire alla Struttura Burocratico Legale con la massima celerità.

La fase istruttoria deve concludersi entro 90 giorni dal termine della fase 1.

Fase 3 - Peritale/Accertativa

La fase peritale, deve concludersi entro 60 giorni dalla chiusura della fase istruttoria, e consiste nell'analisi di tutta la documentazione sanitaria raccolta a seguito degli accertamenti ritenuti opportuni.

In occasione della visita medico legale, il periziando deve presentarsi munito degli originali della documentazione amministrativa, tecnica e sanitaria, da portare in visione, utile all'accertamento ed all'esatta determinazione del danno lamentato.

La convocazione a visita viene predisposta dall'esperto in Gestione Rischio Clinico e/o Medicina Legale.

La visita viene effettuata presso una struttura dell'Azienda da un Medico Legale aziendale opportunamente incaricato, che potrà essere affiancato, se necessario, da uno specialista di branca. Durante le operazioni di accertamento il periziando può essere assistito dal proprio medico di fiducia.

Qualora in corso di visita medico legale si dovessero ritenere gli eventuali postumi ancora in fase di stabilizzazione, il medico preposto comunica al Coordinatore del CVS tale ipotesi, con eventuale trasmissione di relazione provvisoria o interlocutoria.

Al completamento dell'istruttoria di competenza dell'esperto in Gestione Rischio Clinico e/o Medicina Legale e a visita espletata, il medico legale redige una relazione dalla quale si evinca la sussistenza o meno del nesso di causalità tra l'evento denunciato ed il conseguente danno lamentato, gli eventuali profili di responsabilità in capo ai sanitari e/o alla Struttura Sanitaria, la quantificazione del danno in termini di percentuali dei postumi e di inabilità temporanea, totale e parziale, nonché la congruità delle spese eventualmente sostenute.

L'esperto in Gestione Rischio Clinico e/o Medicina Legale provvede a trasmettere la suddetta relazione medico legale al Coordinatore del CVS con congruo anticipo rispetto alla convocazione per la discussione del caso in esame.

Fase 4 - Conclusiva

Alla luce della relazione medico legale, della relazione del Direttore della U.O. interessata (o delle UU.OO. interessate) e delle eventuali relazioni acquisite dal/i sanitario/i direttamente coinvolto/i nel sinistro, il CVS valuta la fondatezza della domanda (an debeatur), verificando preliminarmente la sussistenza del nesso di causalità, nonché effettuando una stima del risarcimento del danno (quantum debeatur).

A tal fine il CVS è chiamato a valutare l'opportunità di una definizione transattiva del sinistro, sulla base dei criteri di ragionevolezza, logicità, razionalità e congruità, e dovrà riportare la convenienza economica della transazione all'incertezza e alla durata del giudizio avuto riguardo, nel caso specifico, alla natura delle pretese, alla chiarezza normativa ed agli orientamenti giurisprudenziali esistenti, oltre che all'esito di contenziosi analoghi.

Il CVS, nel corso di una o più sedute, a seconda della complessità del caso, ha la possibilità di convocare i Direttori di UUOO e/o il personale sanitario eventualmente coinvolto nel sinistro per richiedere approfondimenti e/o delucidazioni in merito alle relazioni prodotte nella fase istruttoria. Il Coordinatore si riserva di proporre al Direttore Generale l'apporto consulenziale di una figura professionale terza, esterna all'Azienda, anche a titolo oneroso, dotata di competenza, esperienza e professionalità, in ordine al caso specifico, al fine di consentire l'acquisizione di ulteriori elementi utili ad accertare la sussistenza o meno di responsabilità professionale.

La proposta, specificatamente motivata, sarà predisposta sulla base delle indicazioni contenute nel verbale del CVS.

Al termine delle valutazioni di competenza, quindi, il CVS esprime:

- parere in ordine alla reiezione della richiesta risarcitoria, per insussistenza di elementi di responsabilità degli esercenti la professione sanitaria o della Struttura e del nesso di causalità con il danno lamentato

ovvero

- parere in ordine ad una possibile soluzione transattiva.

Nel caso in cui il CVS ritenga opportuno avanzare una proposta transattiva, l'Ufficio "Gestione amministrativa e assicurativa dei sinistri" della SBL invia comunicazione formale (mediante PEC oraccomandata A/R) agli esercenti le professioni sanitarie coinvolti nella vicenda e il cui operato dovesse risultare in nesso di causalità con il danno risarcibile, ai sensi dell'art. 13 della L. 24/2017, l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal paziente danneggiato, entro 45 giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo che deve essere allegato alla comunicazione stessa. L'Ufficio "Gestione amministrativa e assicurativa dei sinistri" della SBL entro 45 giorni



decorrenti dall'avvio della trattativa stragiudiziale comunica, con le modalità su indicate, all'esercente la professione sanitaria, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9 della citata legge.

Il CVS, per il tramite della sua Segreteria, trasmette le proprie determinazioni, assunte nel relativo verbale, al Direttore Generale per l'approvazione e/o eventuali osservazioni.

Il Direttore Generale trasmette le proprie determinazioni alla Segreteria del CVS per i conseguenti adempimenti.

La SBL, "Ufficio Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri", ricevute le determinazioni del Direttore Generale, provvede a rapportarsi con la controparte, per i conseguenti adempimenti.

Il Policlinico garantirà il personale coinvolto esclusivamente nei limiti della proposta transattiva deliberata ai sensi dei precedenti punti, con ogni più ampia riserva di diritto e di azione, di ripetizione e/o rivalsa e/o regresso nei confronti della compagnia di assicurazione personale dell'operatore o dell'operatore stesso.

La sottoscrizione dell'eventuale accordo transattivo è demandato al Direttore Generale che lo trasmette alla SBL, "Ufficio Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri", la quale conseguentemente provvede all'adozione della delibera di liquidazione del sinistro.

La fase conclusiva dovrà essere portata a termine entro 15 giorni dalla conclusione della fase Peritale/accertativa.

6. RICORSO EX ART. 696 BIS C.P.C. - PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

Con l'entrata in vigore della L. n. 24/2017 è stata prevista, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria, la proposizione del ricorso ex art. 696 bis c.p.c. ovvero, in alternativa, del procedimento di mediazione ai sensi del D.Lgs. 28/2010.

Nel caso in cui il ricorso ex art. 696 bis c.p.c., ovvero l'istanza di mediazione, si riferisca ad un sinistro coperto da polizza assicurativa e, dunque, già denunciato alla Compagnia Assicurativa, la Struttura Burocratico Legale provvede alla tempestiva trasmissione del ricorso ovvero dell'istanza di mediazione alla Società Assicuratrice che provvede ad assumere la tutela legale dell'Azienda, all'uopo designando un difensore fiduciario della Compagnia medesima e, ove occorra, consulenti tecnici avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'assicurato stesso.

Qualora il ricorso ex art. 696 bis c.p.c., ovvero l'istanza di mediazione, si riferisca a sinistri ancora da istruire, o già istruiti ma a gestione diretta in autoritenzione, la Struttura Burocratico Legale provvede ad istruire il sinistro, ad acquisire nel più breve tempo possibile il fascicolo prodotto da Parte Ricorrente ed a trasmetterlo all'esperto in Gestione Rischio Clinico e/o Medicina Legale, per le adempienze di quest'ultimo Ufficio, compatibilmente con le tempistiche giudiziali.

L'esperto in Gestione Rischio Clinico e/o Medicina Legale, compatibilmente con le tempistiche del ricorso, provvede a richiedere alla Direzione Sanitaria tutta la documentazione sanitaria pertinente (cartelle cliniche ospedaliere e ambulatoriali in formato cartaceo e/o elettronico, referti diagnostici, eventuali iconografie allegate, documentazione sanitaria successiva per prosecuzione cure e accertamenti conseguenti), nonché i nominativi del personale che concretamente risulta coinvolto nel sinistro, qualora indicato, e a richiedere al Direttore della U.O. coinvolta (o delle UU.OO. coinvolte) una relazione completa ed esaustiva in ordine al sinistro denunciato, eventualmente

sottoscritta anche dagli esercenti la professione sanitaria coinvolti nella vicenda in esame, ciascuno per la propria competenza.

Il CVS trasmette i nominativi dei sanitari concretamente coinvolti nel sinistro alla Struttura Burocratico legale, "Ufficio Gestione amministrativa ed assicurativa dei sinistri", per la predisposizione delle comunicazioni di cui all'art. 13 della L. n. 24/2017.

La SC Medicina Legale, provvede a redigere relazione medico legale da trasmettere alla SBL, per i successivi adempimenti di competenza di quest'ultimo Ufficio.

Qualora nel corso dell'espletamento dell'Accertamento Tecnico Preventivo, ex art. 696 bis c.p.c., o della media-conciliazione, ex D. Lgs. 28/2010, o anche all'esito della CTU disposta, si dovesse ritenere opportuno una definizione stragiudiziale della controversia, il CVS si riunisce in una seduta all'uopo convocata, previa comunicazione ai sanitari coinvolti, ex art. 13 della L. n. 24/2017, ed eventuale convocazione degli stessi.

Il CVS, valutata l'opportunità per l'Azienda di definire o meno il sinistro in assenza di idonea copertura assicurativa RCT/O, in ogni caso, trasmette al Direzione Generale, le motivazioni alla base della propria indicazione assunta.

La decisione finale spetta comunque alla Direzione Generale che, ove ritenga, può dissentire rispetto alle valutazioni del CVS.

7. ATTO DI CITAZIONE

Qualora venga notificato all'Azienda un atto di citazione, la Struttura Burocratico Legale provvede ad acquisire tutta la documentazione agli atti, al fine di consentire ai legali incaricati di porre in essere tutte le attività necessarie alla difesa dell'Azienda.

La Struttura Burocratico Legale, inoltre, provvede a trasmettere alla U.O. Gestione Rischio Clinico e/o Medicina Legale copia della documentazione allegata al fascicolo in Atti.

La Struttura Burocratico Legale, entro 45 giorni dalla data dell'avvenuta notifica, invia comunicazione formale (mediante PEC o raccomandata A/R) agli esercenti le professioni sanitarie, coinvolti nel sinistro, ai sensi dell'art. 13 della L. 24/2017, con relativa trasmissione dell'atto introduttivo del giudizio.

L'esperto in Gestione Rischio Clinico e/o Medicina Legale, compatibilmente con le tempistiche del giudizio, provvede a richiedere al Direttore della UO interessata e/o ai sanitari eventualmente coinvolti una relazione completa ed esaustiva in ordine al sinistro denunciato nell'Atto di Citazione, nonché ad acquisire copia della documentazione sanitaria pertinente (cartelle cliniche ospedaliere e ambulatoriali in formato cartaceo e/o elettronico, referti diagnostici, eventuali iconografie allegate, documentazione sanitaria successiva per prosecuzione cure e accertamenti conseguenti), ed i nominativi del personale che concretamente risulta coinvolto nel sinistro, qualora indicato.

8. OBBLIGO DI COMUNICAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI

Al fine di consentire i controlli di competenza, la segreteria del CVS trasmette alla Corte dei Conti i provvedimenti di liquidazione dei sinistri definiti con i seguenti dati:

- Individuazione del procedimento di riferimento e del provvedimento di liquidazione;
- Descrizione sintetica dell'evento dannoso;
- Entità dell'importo complessivo liquidato a titolo di risarcimento.

Nel caso in cui la Corte dei Conti ritenga sussistano gli estremi per l'attribuzione di responsabilità per dolo o colpa grave a carico del personale coinvolto, il Policlinico per il tramite della SBL provvede ad esercitare il diritto di rivalsa.

9. OBBLIGHI, RIVALSE E GESTIONE DELLE VERTENZE

A) **Dovere di collaborazione**

Gli operatori coinvolti, nella fase istruttoria, sono tenuti a comunicare tutte le informazioni e le notizie utili per una completa istruttoria, che consenta una corretta valutazione dell'evento e la quantificazione del danno effettivamente subito. I mancati riscontri alle richieste formulate nei termini previsti costituiscono violazione dei propri doveri d'ufficio e potranno essere passibili di procedimenti disciplinari a carico degli inadempienti e di valutazione dirigenziale.

B) **Obblighi in caso di richiesta di risarcimento indirizzata direttamente al dipendente**

In caso di richiesta di risarcimento danni inoltrata direttamente al dipendente, lo stesso deve darne avviso scritto anche con Pec/mail, che ha valore di denuncia di sinistro, alla SBL e, per conoscenza, al Direttore o Responsabile della struttura di appartenenza, nel termine di 10 giorni dalla data di ricezione. Il personale che omette di adempiere all'obbligo di avviso incorre nelle conseguenze che derivano dall'esercizio del diritto di rivalsa nei confronti dello stesso e, in uno, con ogni più ampia valutazione sotto il profilo disciplinare.

C) **Diritto di Rivalsa**

Il Policlinico Foggia eserciterà il diritto di rivalsa nei confronti del dipendente/collaboratore nell'ipotesi in cui si sia accertato, con sentenza passata in giudicato, che il danno sia stato commesso con dolo o colpa grave; qualora nel corso dell'istruttoria se ne ravvisino gli estremi, la SBL comunica al professionista l'esito dell'istruttoria ai fini della messa in mora anche ai sensi dell'art. 9 della L. 24/2017, così da consentire allo stesso professionista la denuncia alla Compagnia assicurativa competente in base alla propria polizza personale per colpa grave.

10. RISERVATEZZA E ACCESSO AGLI ATTI

I componenti del CVS e coloro che intervengono nella procedura sono tenuti al rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e dal Regolamento UE 679/2016.

La Struttura Burocratico Legale valuta le richieste di accesso agli atti, fornendo o coordinando il rilascio, ricorrendone i presupposti di diritto, di 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, secondo quanto disposto dall'art. 16 della L. 24/2017, a norma del quale "I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari".

La documentazione inerente l'intero ciclo di gestione dei sinistri è sottratta all'accesso previsto dall'art. 24 della L. n. 241/1990, tranne che per i casi di esercizio del diritto di difesa.

11. RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI (RCT)

La presente procedura si applica ai sinistri ascrivibili alla responsabilità della struttura sanitaria e professionale dei dipendenti, dirigenti medici in generale, di tutti coloro che sono autorizzati ad effettuare prestazioni nell'ambito dell'attività e delle Strutture dell'Azienda, nonché di ogni altro operatore della Azienda per danni cagionati a terzi nello svolgimento delle relative mansioni, a qualsiasi titolo formalmente autorizzato (art 65 "Copertura assicurativa per la responsabilità civile", art. 66 "Sistemi per la gestione del rischio" e art. 67 "Patrocinio legale" CCNL triennio 2016-2018 Area Sanità, artt. 82 "Patrocinio legale" e 83 "Copertura assicurativa per la responsabilità civile" del CCNL triennio 2016-2018 Area Funzioni Locali, art. 86 "Copertura assicurativa per la responsabilità civile" CCNL Comparto Sanità 2019-2021).

12. NORME FINALI

L'Azienda si riserva di apportare al presente regolamento le eventuali modifiche ed integrazioni che riterrà opportune o necessarie.

Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento, si rinvia alle disposizioni del Codice Civile e della vigente normativa nazionale e regionale in materia.

Si intendono abrogate tutte le disposizioni eventualmente emanate dall'Azienda in contrasto e/o difformità con il presente regolamento.

13. ENTRATA IN VIGORE DEL REGOLAMENTO

Il presente regolamento entra in vigore a decorrere dalla data di esecutività della relativa deliberazione.

Del presente regolamento viene data pubblicità ed informazione con la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente - Disposizioni generali - Atti generali - Regolamenti aziendali.

Fonti normative di riferimento

- Art. 32 della Costituzione
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" e s.m.i.
- Raccomandazione del Ministero della Salute di Maggio 2011 per la risoluzione stragiudiziale del contenzioso delle Aziende Sanitarie -Dipartimento della Qualità.
- Intesa Stato Regioni del 20/03/2008 in materia di creazione di iniziative atte a garantire la definizione stragiudiziale dei sinistri.

ALLEGATI

- **Allegato 1:** Modulo per relazione del Direttore di UO su fatti od eventi oggetto di richieste di risarcimento danni nei confronti del Policlinico Foggia
- **Allegato 2:** Modulo per l'invio del parere conclusivo del CVS al Direttore Generale
- **Allegato 3:** Modulo per segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti



MODULO PER RELAZIONE DEL DIRETTORE DI U.O. SU FATTI OD EVENTI OGGETTO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO DANNI NEI CONFRONTI DEL POLICLINICO di FOGGIA

DATI DI CHI PREDISPONE E SOTTOSCRIVE LA RELAZIONE AL CVS:
NOME E COGNOME

STRUTTURA AZIENDALE DI APPARTENENZA

QUALIFICA E POSIZIONE FUNZIONALE

RECAPITO TELEFONICO

NOME, COGNOME, QUALIFICA DEL PERSONALE AFFERENTE ALLA U.O. CHE È COINVOLTO NEL SINISTRO (ALLEGARE LE EVENTUALI RELAZIONI PRODOTTE DAI SINGOLI OPERATORI SANITARI)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

ELENCO DEGLI OPERATORI AFFERENTI ALL'U.O. COINVOLTI NELL'EVENTO OGGETTO DI CONTESTAZIONE:

NOME	COGNOME	MATRICOLA	QUALIFICA	PEC	TEL.

DESCRIZIONE DETTAGLIATA E CIRCOSTANZIATA DEI FATTI



COMMENTO RISPETTO ALLE CIRCOSTANZE ED AI COMPORTAMENTI ASSUNTI DAGLI OPERATORI NEL CORSO DEL VERIFICARSI DELL'EVENTO OGGETTO DI CONTESTAZIONE

VALUTAZIONE CIRCA LA VERIDICITÀ DEI FATTI DENUNCIATI

INDICAZIONE DETTAGLIATA SULL'APPLICAZIONE O MENO DI LINEE GUIDA, PROTOCOLLI, PROCEDURE, DISPOSIZIONI INTERNE

INDICAZIONE DI EVENTUALI TESTIMONI CHE POSSONO RIFERIRE CON CERTEZZA SUI FATTI OCCORSI

DATA _____

_____ Firma e timbro



FASE PROPOSITIVA- PARERE CONCLUSIVO DEL CVS

DANNEGGIATO SIG _____
COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
DOMICILIO _____ PROV _____ VIA/P.ZZA _____
LUOGO EVENTO _____ DATA EVENTO _____

Descrizione evento:

Il Comitato Valutazione Sinistri riunito nella seduta del _____
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
- SINISTRO DA LIQUIDARE STRAGIUDIZIALMENTE EURO _____
- SINISTRO ALLO STATO DA RIGETTARE (RISERVA) EURO _____

Note:

Per il CVS
Il Coordinatore



SEGNALAZIONE ALLA PROCURA REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI

DANNEGGIATO SIG/SIG.RA

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____ DOMICILIO _____

PROV. _____ VIA/P.ZZA _____ LUOGO EVENTO _____

DATA EVENTO _____

Data di Definizione _____

Importo di Definizione _____

Copertura Assicurativa: SI/NO _____

Franchigia: Si/ NO _____

SIR: _____

Descrizione evento:

Motivazione delle ragioni di convenienza e opportunità della definizione transattiva:

Criteri di quantificazione del danno:

Definizione giudiziale della vertenza:

Per il CVS
Il Coordinatore