



Adottata dal Direttore Generale il: 11 MAG. 2018

Oggetto: Approvazione Linee guida gestione sinistri

Publicata all'albo pretorio dell'Azienda a partire da 11 MAG. 2018 per 15 gg. consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

Il Direttore Generale	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario	Dott.ssa Laura Balata Dott. Vinicio Atzeni

Su proposta della SSD Affari Legali

PREMESSO che con deliberazione n.1208/2016 veniva costituito il Comitato Valutazione Sinistri;

ATTESO che con le modifiche legislative intervenute con l'approvazione della Legge 8.3.2017 n.24 e la stipula di una nuova polizza RCT/O con la Compagnia Berkshire Hathaway, caratterizzata dalla presenza di una rilevante franchigia per singolo sinistro, sia necessario, nelle more di specifiche disposizioni regionali, formalizzare una procedura di gestione dei sinistri in maniera da rendere aderente la procedura fin qui seguita alle nuove esigenze normative;

DATO ATTO che la bozza delle linee guida è stata esaminata e discussa nell'incontro del 20.4.2018 alla presenza del Direttore sanitario e dei componenti del Comitato Valutazione Sinistri;

RITENUTO di dover adottare un atto formale di approvazione del testo delle suddette linee guida;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

Tutto ciò premesso

DELIBERA

1. di approvare linea guida relativa alla procedura di gestione dei sinistri, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

Il Direttore Generale  
Dott.ssa Graziella Pintus

Il Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Laura Balata

Il Direttore Sanitario  
Dr. Vinicio Atzeni



## PROCEDURA INTERNA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

### Art. 1- Fonti principali

- D. Lgs. n.28 del 4.3.2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive integrazioni normative;
- Ministero della Salute del maggio 2011: risoluzione stragiudiziale del contenzioso nelle aziende sanitarie;
- delibera di Giunta Regionale n.46/17 del 22.9.2015 recante <<Linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico e revoca Delib.G.R. n. 5/20 del 29.1.2013 e n. 37/11 del 12.9.2013>>, e delibera di Giunta Regionale 38/28 dell'8.8.2017 di <<Integrazione e modifica delle linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico Delib.G.R. n. 46/17 del 22.9.2015>>;  
con la quale sono state approvate le linee di indirizzo per la gestione del rischio clinico, che, tra l'altro, stabilisce che in ogni Azienda deve essere prevista una struttura organizzativa in staff alla Direzione Generale o Sanitaria;
- la DGR 6/25 del 31/01/2017 "Linee di indirizzo per la definizione di un modello regionale di gestione della responsabilità sanitaria;
- 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>>;
- delibera di Giunta Regionale n. 44/36 del 22.9.2017, recante <<Modalità organizzative e di funzionamento del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente>>
- Polizza RCT/O aziendale stipulata con la società assicurativa Berkshire Hathaway, in vigore dal 26.2.2018;

### Art. 2 Ambito

il presente documento espone i principi, le responsabilità ed i rapporti a cui ci si dovrà attenere in relazione all'attività successiva al verificarsi di eventi potenzialmente dannosi nel complesso delle strutture e unità operative dell' A.O: Brotzu di Cagliari.  
In particolare il documento regola la valutazione e l'istruzione delle pratiche di risarcimento danni presentate da terzi.

Con la procedura che di seguito viene descritta vengono quindi:

- a) classificate le informazioni necessarie per la gestione dei sinistri;
- b) stabiliti gli uffici ai quali devono essere affidati i compiti e le responsabilità nella raccolta, nella valutazione e nella gestione delle informazioni di cui sopra;
- e) stabiliti i termini entro i quali devono essere istruite o concluse le pratiche, che di norma devono essere portate a compimento entro 180 giorni

- d) ricercati i mezzi più idonei per la risoluzione delle controversie in tempi certi, anche per il tramite della compagnia di assicurazione;
- e) garantita la condivisione di tutte le informazioni con le unità operative alle quali sono assegnati compiti in qualsiasi modo riferibili ai sinistri, come per esempio la gestione del rischio clinico;

### ART. 3 - Responsabilità del procedimento

Viene conferita la responsabilità del procedimento <<gestione dei sinistri>>:

- 1) al Dirigente della SSD Affari Legali (di seguito AL) , nominato DEC del contratto di assicurazione per la RCT;
- 2) al Comitato di Valutazione Sinistri ( di seguito CVS ).

Il CVS esamina le istanze risarcitorie secondo i seguenti criteri;

- stima le entità dei danni, secondo le loro tipologie, che gli utenti asseriscono di aver subito, mediante la partecipazione di tutte le componenti aziendali, anche al fine di migliorare gli interventi di prevenzione e minimizzazione del rischio;
- compie l'esame tecnico-giuridica dell'evento, con il fine di verificare l'attendibilità dell'istanza risarcitoria
- partecipa all'arricchimento delle banche dati aziendali, proponendo se del caso il loro completamento, per aumentarne l'efficienza necessaria alla migliore gestione delle statistiche sinistri, indispensabili per la gestione delle polizze assicurative;
- esprime pareri in ordine ai capitolati di gare delle coperture assicurative aziendali, essendo coinvolto nel processo di riduzione del rischio;

### ART. 4 - eventi potenzialmente dannosi

Le istanze risarcitorie presentate da parte di pazienti, parenti eredi etc o dai loro legali, vengono protocollate dai competenti uffici e portate a conoscenza dell'AL.

Ai sensi della vigente polizza RCT/O Berkshire Hathaway, in vigore dal 26.2.2018 , per <<richiesta di risarcimento danni>> si intende:

- \* Qualsiasi citazione in giudizio o chiamata in causa o altra comunicazione scritta con la quale il terzo avanza formale richiesta di essere risarcito;
- \* La richiesta danni pervenuta con riserva da parte del danneggiato, di quantificare con successivo atto la richiesta di risarcimento stessa;
- \* La comunicazione ai sensi dell'art. 8, primo comma, del D.lgs. 4 marzo 2010 n. 28 della domanda di mediazione, anche se non eseguita a cura dalla parte istante;
- \* Il provvedimento di accertamento tecnico preventivo ai sensi degli artt. 696 e 696 bis del Codice di Procedura Civile in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione, oppure la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile. Non è considerata Richiesta di Risarcimento la notifica dell'ordinanza/verbale di sequestro di cartelle cliniche.

All'AL compete il primo esame delle istanze risarcitorie, al fine di poter stabilire a quale periodo assicurativo si riferiscano, con particolare riferimento ai presidi e strutture incorporate nell'Azienda successivamente al 1.7.2015 .

In seguito si procede alla verifica dell'eventuale prescrizione.

Viene quindi aperto un fascicolo numerato secondo l'ordine di arrivo dell'istanza risarcitoria. Il fascicolo contiene gli elementi indicati nel progetto regionale SIRMES.

Sono in ogni caso presenti il numero della polizza assicurativa pertinente, il nominativo del danneggiato con il numero cronologico del sinistro, la data dell'evento, la data di notifica dell'istanza risarcitoria, la struttura o il settore nel quale si è verificato l'evento, una succinta descrizione del fatto (es. caduta, danni a cose, medmal), e l'eventuale somma richiesta.

Alla conclusione del iter procedurale viene registrato l'importo liquidato o l'eventuale reiezione ovvero il cd <<senza seguito>>, che si realizza nei termini della prescrizione.

L'AL provvede al caricamento del sinistro nel SIMES e a regime, nel data base regionale (SIRMES).

#### ART. 5 gestione

Ogni istanza risarcitoria viene gestita dalla Compagnia di assicurazione tramite i propri uffici in stretta collaborazione con l'AL e il CVS.

I rapporti con l'utente e/o il suo rappresentante legale vengono intrattenuti dalla Compagnia di assicurazione al fine di promuovere, se del caso, il raggiungimento di un accordo;

la trattativa per la definizione del sinistro viene gestita con modalità informali sia per quanto attiene ai contatti con la parte sia riguardo alla formulazione e trattativa sull'offerta economica.

Alla Compagnia di Assicurazioni competono anche le comunicazioni riguardanti il trattamento dei dati personali (privacy).

Le istanze di norma sono presentate con :

- a) comunicazione dell' avente diritto, parenti,eredi o legali;
- b) notifica di atto di citazione in giudizio o di procedura di accertamento tecnico preventivo (ATP )
- c) notifica di istanza di mediazione o di negoziazione assistita
- d) la notifica di un atto con il quale, in un procedimento penale, un terzo si sia costituito parte civile.

L' art. 13 della L. 24/2017 impone l' obbligo di comunicare agli esercenti la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato entro 45 giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

In conseguenza, il personale dell' Ufficio Protocollo o della Direzione Generale che per primo ha conoscenza dell'istanza risarcitoria la trasmette, senza indugio, all'ufficio legale, se possibile in forma digitale, via e-mail.

L'AL poi procede in giornata o nei due giorni lavorativi successivi, a richiedere, via e-mail, all'Ufficio Cartelle Cliniche la documentazione sanitaria relativa al caso, dandone conoscenza, sempre via e-mail, alla Direzione Medica di Presidio ed al Medico legale.

Secondo quanto previsto dalla direttiva del Direttore Sanitario n.1058 del 5.2.2018, i Responsabili delle strutture interessate al sinistro, se necessario in collaborazione con il medico legale, individuano senza indugio i nominativi dei sanitari coinvolti per le comunicazioni di cui sopra.

La comunicazione, alla quale è allegato l' atto introduttivo di cui sopra, è effettuata a mezzo con raccomandata a.r. o PEC secondo quanto previsto dall'art.13 della legge 24/2017

L'AL, ricevuta l' informazione sui nominativi degli esercenti la professione sanitaria implicati, procederà alle comunicazioni di legge.

Entro i 7 giorni previsti dalla legge 24/2017, dal ricevimento della mail, la Direzione Medica di presidio deve trasmettere la documentazione sanitaria all'AL, che provvederà senza indugio a richiedere, per i casi clinici, al Direttore della struttura interessata ovvero nel caso di sinistri di natura non sanitaria ai Servizi Tecnici interessati, la relazione medica o tecnica del caso.

Il Direttore della struttura ovvero il Servizio Tecnico interessati , predispongono entro 15 giorni la relazione, coinvolgendo il personale interessato in maniera da rendergli noto l'evento asseritamente dannoso.

Il termine per la predisposizione delle relazione è fissato inderogabilmente in quindici giorni . Il mancato rispetto del termine suddetto costituisce indice negativo in sede di valutazione della performance.

L'AL riceve la relazione e la trasmette senza indugio alla compagnia di assicurazioni.

#### ART. 6 Comitato Valutazione Sinistri!

La composizione e le funzioni del CVS sono stabilite con apposito atto deliberativo della Direzione Generale.

L'attuale polizza RCT/0 Berkshire Hathaway prevede una franchigia di €150.000,00 e stabilisce che ogni decisione circa l'effettuazione di offerte transattive verrà assunta dalla Compagnia e dall'Azienda di comune accordo, fermo restando che la Compagnia non può impegnare la Contraente ad alcun pagamento, senza il consenso della stessa o per somme eccedenti rispetto a quelle approvate.

La Compagnia è quindi impegnata a trasmettere all' Azienda tutta la documentazione in forza della quale la Compagnia stessa sottopone all'Azienda la proposta transattiva (relazione medicolegale del proprio fiduciario, relazione medico - specialistica, valutazione complessiva anche in termini economici della proposta transattiva) nonché un parere in merito all'opportunità e convenienza della proposta transattiva.

Qualora a seguito della discussione del caso in sede di CVS si giunga alla conclusione che esistono profili di responsabilità in capo all'Azienda, viene dato corso alla direttiva del Direttore Sanitario n.1058 del 5.2.2018 sull'individuazione dei responsabili dell'evento e successivamente all'AL per le informative di cui all' art. 13 della L. 24/2017 citato.

Poichè la polizza prevede che il consenso alla definizione bonaria del sinistro deve essere fornito entro 60 giorni dalla richiesta, sono fissati i seguenti termini:

a) entro 7 giorni dalla comunicazione del parere della compagnia che intende definire bonariamente la controversia, il Direttore Sanitario o suo delegato convoca il CVS;

b) conosciuto l'esito del CVS, nei successivi 10 giorni i direttori delle strutture interessate sono invitati a individuare gli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro;

il mancato riscontro nei termini alla richiesta del CVS costituisce in sede di valutazione degli obiettivi, un indice negativo;

c) l'AL assegna un termine di dieci giorni agli esercenti la professione sanitaria per dichiarare se intendono partecipare o meno alle trattative relative all'accordo bonario. Infatti l'Azienda ove ritenga, sulla base delle evidenze fornite dalla Compagnia, di non fornire il proprio benessere alla proposta transattiva, ha facoltà di richiedere in via d'urgenza un riesame congiunto del sinistro in sede di CVS, all'esito del quale fornirà le proprie determinazioni finali.

In caso di definitivo diniego a definire il sinistro nei termini riportati nella proposta di transazione e il sinistro sia successivamente definito con formale accettazione della parte lesa per un importo maggiore, la Compagnia resterà esposta fino all'importo indicato nella proposta di transazione iniziale, rimanendo la differenza a carico della Contraente.

Il CVS esprime parere sul <<quantum>> e sulla congruità del valore del danno da risarcire sulla base delle indicazioni della Compagnia.

Se durante l'esame del sinistro affiori la necessità di intervenire sulle procedure o sulle situazioni organizzative e gestionali in essere al fine di evitare il ripetersi di eventi potenzialmente dannosi analoghi, il CVS indica alle U.O. aziendali interessate le iniziative che si ritengono utili per il non ripetersi delle situazioni di rischio o eventuali misure di riduzione del rischio.

Delle sedute del CVS vengono redatti i verbali che vengono poi custoditi dall'AL.

L'AL dà comunicazione dell'esito dell'esame del sinistro al direttore della struttura interessata.

La compagnia acquisito il relativo benessere alla definizione dei sinistri entro la franchigia di € 150.000,00 procede alla definizione del sinistro con il reclamante per conto dell'Azienda.

Il Liquidatore comunicherà all'Azienda la ricezione della quietanza debitamente firmata dall'avente diritto e quindi, previa adozione dell'atto deliberativo da parte dell'AL, si procederà al relativo pagamento.

Per quanto riguarda invece le proposte di definizione oltre la franchigia:: di € 150.000,00, queste verranno trasmesse all'Azienda per l'ottenimento di un espresso consenso alla liquidazione, che deve essere fornito entro 60 giorni dalla richiesta.

In caso di benessere, la Compagnia definisce il sinistro con il reclamante per conto dell'Azienda.

Il Liquidatore comunicherà all'Azienda la ricezione della quietanza debitamente firmata dall'avente diritto, e l'Azienda emetterà il mandato di pagamento a favore della Compagnia entro 30 giorni. La Compagnia liquiderà l'intero danno una volta ricevuto il pagamento dall'Azienda.

Se in ognuno dei casi di cui sopra la proposta di definizione bonaria del sinistro non dovesse da quest'ultima essere accolta o vi siano ritardi e/o il pagamento non sia per qualsiasi motivo effettuato, l'esposizione della Compagnia al risarcimento del danno sarà in ogni caso limitata alla somma per la quale il sinistro avrebbe potuto essere definito, rimanendo l'eventuale eccedenza a carico dell'Azienda.

Se la trattativa per l'accordo bonario ha esito negativo, il sinistro rimane sospeso.

#### Art.7 Polizze Personali del personale coinvolto

L'Azienda provvederà a richiedere gli estremi di eventuali polizze personali dei sanitari coinvolti in un sinistro in base all'articolo 1910 del Codice Civile ogni volta che questi siano nominativamente indicati nell'istanza risarcitoria e nei casi nei quali gli stessi siano personalmente convocati nanti un organismo di mediazione o nell'atto di citazione.

AL richiede la copia della polizza personale o, in caso di inesistenza della stessa, una dichiarazione avvertendo delle possibili conseguenze delle dichiarazioni non veritiere.

Le copie sono poi trasmesse alla compagnia.

#### ART. 8 Corte dei Conti

Trimestralmente AL redige l'elenco dei sinistri liquidati che abbiano importato una liquidazione con esborso di somme e lo trasmette alla Sezione Regionale della Corte dei Conti per quanto previsto dalla normativa vigente.

