

B) in caso di rifiuto della proposta di transazione, come sopra, entro 30 giorni:

- invia comunicazione al Direttore Generale, per le valutazioni del caso, allegando l'eventuale diversa proposta di transazione
- comunica l'esito ai membri del CVS, allegando l'eventuale diversa proposta di transazione
- comunica l'esito ai professionisti, eventualmente coinvolti, e alle rispettive Compagnie di Assicurazione, allegando l'eventuale diversa proposta di transazione

rapporti con le Assicurazioni dei professionisti coinvolti

Se l'interessato accetta la proposta di transazione e la determinazione di parte assicurativa è favorevole, la SBL concorda con le Compagnie di Assicurazione le modalità e le percentuali di concorso alla transazione, redigendo atto scritto di delega piena all'Ente a transigere anche per nome e per conto delle stesse Compagnie.

In caso di parere discorde di una o più Compagnie di Assicurazione, la transazione sarà conclusa solo per la percentuale spettante all'Ente e alle Compagnie Assicuratrici concordi.

Nella transazione con l'interessato va inclusa liberatoria integrale specifica con rinuncia a qualsiasi rivalsa successiva per la parte non liquidata a carico dell'Ente.

Note

Eventuali criticità riscontrate dal medico legale e dagli altri professionisti, eventualmente coinvolti, inerenti gli aspetti relazionali, l'organizzazione dei percorsi clinico-assistenziali, la formazione del personale e la gestione della documentazione sanitaria vengono segnalate, a parte, dal coordinatore del CVS al Direttore Sanitario e all'ufficio GRC dell'Ente, per i provvedimenti del caso, con finalità di prevenzione dei rischi e sicurezza del paziente e miglioramento della Qualità.

Qualora dall'istruttoria conclusiva emerga che la responsabilità del sinistro sia ascrivibile totalmente o in parte a colpa grave o ad inosservanza di leggi, ordinamenti o disposizioni di servizio, il coordinatore del CVS segnala tale ricorrenza al Direttore Generale e al Direttore Sanitario, per l'avvio delle conseguenti azioni disciplinari e di rivalsa.

Si precisa che tutte le comunicazioni tra i componenti del CVS e la SBL - che svolge anche attività di Segreteria del Comitato - si svolgeranno attraverso la mail istituzionale all'uopo comunicata e, comunque, ogni attività deve essere svolta nel rispetto della privacy.

Il presente regolamento, in caso di accordo tra le parti (Ente/presunto danneggiato), sarà adottato, per quanto applicabile, anche nel caso di comunicazione all'Ente dell'avvio di un procedimento giudiziario per danno alla persona.

riepilogo abbreviazioni

CVS: Comitato Valutazione Sinistri - GRC: Gestione Rischio Clinico - SBL: Struttura Burocratico-Legale

ENTE OSPEDALIERO SPECIALIZZATO IN GASTROENTEROLOGIA

IRCCS «Saverio de Bellis»
Via Turi, 27 - 70013 CASTELLANA GROTTA (Bari)

REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DEI SINISTRI DA PARTE DELL'ENTE

Il presente Regolamento per la gestione di sinistri con danno alla persona è adottato al fine di garantire un percorso chiaro e condiviso della procedura, con indicazione di tempistiche e determinazioni certe sia per l'Ente sia per gli Utenti, anche al fine di ricostruire un rapporto corretto e di fiducia tra Ente ed Utente.

Istruttoria amministrativa

È svolta dalla Struttura Burocratico-Legale (SBL); la SBL entro 15 giorni dal ricevimento dell'istanza di denuncia di danno:

- chiede all'Ufficio Affari Generali, l'esistenza di eventuale copertura assicurativa in favore dell'Ente e verifica l'effettiva coerenza della richiesta rispetto alla copertura prevista dalla polizza
- chiede al Direttore Sanitario, la documentazione inerente il sinistro, necessaria per la difesa dell'Ente, documentazione che deve essere prodotta entro 30 giorni dalla richiesta stessa
- comunica l'istanza di denuncia sinistro ai membri del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) e, inoltre, al Responsabile dell'ufficio Gestione Rischio Clinico (GRC), per l'iscrizione della stessa nel Sistema Regionale per la Gestione dei Sinistri
- invita l'interessato o il legale all'uopo officiato, tramite lettera di convocazione, ad un incontro, con i membri del CVS, da effettuarsi entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza di denuncia sinistro, incontro atto ad acquisire ulteriori elementi di valutazione al fine di indirizzare meglio l'istruttoria

1a fase

A seguito dell'incontro con l'interessato e della documentazione acquisita, per il tramite della direzione sanitaria, il CVS, effettua, entro 15 giorni, una prima analisi del caso:

- valutando, preliminarmente, la fondatezza o meno della richiesta e la tipologia della responsabilità contestata (della struttura, organizzativa e/o professionale)
 - quindi, individuando i professionisti, eventualmente coinvolti, ai quali inviare comunicazione dell'istanza di denuncia di danno e chiedere dell'esistenza di eventuale propria copertura assicurativa
- ✓ possibili definizioni

A) Nel caso in cui, in questa prima fase di valutazione, non si ravvisi alcuna responsabilità dell'Ente, il CVS rigetta la richiesta di risarcimento danni dandone comunicazione, tramite la SBL, all'interessato o al legale all'uopo officiato e ai professionisti eventualmente coinvolti.

B) Nel caso in cui, in questa prima fase di valutazione, si ravvisi una qualsiasi responsabilità dell'Ente e/o fosse necessario un approfondimento del caso, il CVS, tramite la SBL, convoca l'interessato a visita specialistica medico-legale, facultando alla nomina di un proprio medico di fiducia, e ne dà comunicazione ai professionisti, eventualmente coinvolti, e alle rispettive Compagnie Assicuratrici, per la nomina di un medico di fiducia di parte.

caso B - 2a fase

✓ accertamento specialistico medico legale

Il CVS dà mandato al proprio coordinatore, dirigente medico specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, di effettuare la visita del soggetto presumibilmente danneggiato.

Il dirigente medico legale incaricato sente, ove ritenuto necessario, i professionisti coinvolti e nei casi di ricorrenza dell'art. 62 del Codice Deontologico della FNOMCeO, 18 maggio 2014, ("... Il medico legale, nei casi di responsabilità medica, si avvale di un collega specialista di comprovata competenza nella disciplina interessa; ...") ed ex art. 3 Legge 189/2012 si avvale, previa autorizzazione del Direttore Sanitario, della collaborazione di medici specialisti, interni e, solo nel caso di carenza della specifica professionalità richiesta, esterni all'Ente e comunque, preferibilmente, dipendente di altra struttura pubblica.

Entro 90 giorni, salvo casi particolari e complessi, che richiedono tempi d'istruttoria maggiori e/o per presenza di lesioni complesse e non ancora stabilizzate che, pertanto, possono richiedere ulteriori controlli del soggetto presumibilmente danneggiato, il medico legale redige la relazione che contiene la valutazione dell'an (la fondatezza della pretesa) e, se la richiesta è fondata, del quantum (quanto sia dovuto in percentuale di danno biologico e lavorativo specifico, in base alla all'ultimo aggiornamento delle Tabelle del Tribunale di Roma) e della congruità delle spese sanitarie documentate.

Nei casi in cui vi sia incertezza sul nesso di causa, il medico legale esprime la sua valutazione sul rischio di soccombenza in caso di contenzioso, considerando anche elementi probatori diversi dalla condotta tecnico - professionale (quali, per esempio, la gestione della documentazione sanitaria, la tracciabilità delle procedure, il consenso informato).

✓ definizione del caso ad opera del CVS

Sulla scorta della relazione medico-legale, eventualmente integrata dai pareri medico-legali delle Compagnie Assicuratrici dei professionisti coinvolti, e della documentazione, già acquisita in prima fase, il CVS effettua, entro 15 giorni, la definizione del caso e conclude per l'accoglimento, anche parziale, o il rigetto dell'istanza di denuncia di danno, dandone comunicazione alla SBL.

✓ atti della SBL

La SBL, ricevuta comunicazione dal CVS della conclusione sull'accoglimento, anche parziale, o il rigetto dell'istanza di denuncia di danno, provvede a darne formale notizia ai professionisti coinvolti nel sinistro ed alle rispettive Compagnie di Assicurazione, assegnando il termine perentorio di 15 giorni, dal ricevimento della lettera di conclusioni d'istruttoria, per trasmettere, al CVS, osservazioni tecniche o integrazioni. La mancata risposta sarà considerato diniego della definizione proposta dal CVS.

Trascorsi i 15 giorni, la SBL trasmette al CVS, entro 7 giorni, le determinazioni (favorevoli, discordi o il silenzio diniego) delle Compagnie di Assicurazione eventualmente coinvolte.

✓ conclusione del CVS

Alla luce delle determinazioni pervenute, il CVS, entro 15 giorni, rivaluta la definizione del caso, così come al precedente punto, e la trasmette, in via risolutiva, alla SBL e al Direttore Generale.

Nota. La decisione risolutiva del CVS assume connotazione di parere obbligatorio, ma non vincolante per l'Ente; la stessa, se condivisa dal Direttore Generale, rappresenta, nella parte dell'an, indicazione dell'iter successivo, giudiziale - extragiudiziale, da seguire e nella parte del quantum l'indicazione del valore massimo economico di riferimento per la conciliazione del danno. In quanto parere obbligatorio, l'Ente manleverà il CVS da qualsiasi responsabilità.

procedura in caso di parere favorevole alla transazione espresso dal CVS

La SBL ricevuto, entro 30 giorni, l'assenso del Direttore Generale, che prende atto dell'intera istruttoria condotta e delle determinazioni raggiunte dal CVS, invita l'interessato o il legale all'uopo officiato ad un incontro, da effettuarsi entro i 30 giorni successivi, per discutere la proposta di transazione e tentare l'accordo; quindi, invita la controparte a far pervenire l'accettazione scritta della proposta entro il termine di 15 giorni dall'incontro stesso. Nel caso in cui non pervenga l'accettazione della proposta di transazione o l'interessato o il legale all'uopo officiato rifiuti la proposta o non si presenti all'incontro, la SBL formalizza per iscritto quanto sopra.

In casi di specifica complessità, il CVS, a margine della definizione del caso, potrà proporre al Direttore Generale, anche per agevolare la chiusura stragiudiziale della vicenda, la nomina di un "loss adjuster" (liquidatore) che coadiuvi il CVS nella definizione di quei sinistri nei quali siano configurabili ulteriori voci di danno (es.: danno morale, danno da perdita di chance, mancato guadagno) non riconducibili a coefficienti espressi.

Qualora il Direttore Generale esprima formalmente parere favorevole alla nomina del "loss adjuster", il CVS entro 30 giorni dalla nomina dello stesso, riproporrà la definizione del caso alla luce delle valutazioni espresse da predetto professionista.

✓ possibili definizioni

A) in caso di accettazione della proposta di transazione, come sopra, entro 30 giorni:

- invia all'interessato o al legale all'uopo officiato, una comunicazione a firma del Direttore Generale con allegato schema di atto di transazione a quietanza e totale rinuncia a qualsivoglia titolo o ragione di ogni ulteriore pretesa
- redige la deliberazione di presa d'atto della transazione ricevuta
- comunica l'esito ai membri del CVS e, inoltre, al Responsabile dell'ufficio GRC, per la variazione nel Sistema Regionale per la Gestione dei Sinistri
- comunica l'esito ai professionisti, eventualmente coinvolti, e alle rispettive Compagnie di Assicurazione