



REGIONE  
LAZIO

# **DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITÀ MEDICO-SANITARIA E SUL FUNZIONAMENTO DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)**

Prima emissione: 7 novembre 2023



CENTRO REGIONALE  
RISCHIO CLINICO

**Autori del documento:**

*Giuseppe Vetrugno<sup>1,15</sup>; Michele Treglia<sup>2</sup>; Francesco De Micco<sup>3,4</sup>; Raffaele La Russa<sup>5</sup>; Giorgio Marcelli<sup>6</sup>; Antonio Gallo<sup>6</sup>; Giuseppe Sabatelli<sup>1</sup>.*

**Hanno collaborato alla elaborazione del documento:**

*Gloria Di Gregorio<sup>7</sup>; Dalila Ranalletta<sup>7</sup>; Caterina Offidani<sup>8</sup>; Margherita Pallocci<sup>2</sup>; Pierluigi Passalacqua<sup>2</sup>; Claudia Zanovello<sup>2</sup>; Francesca Ponzani<sup>2</sup>; Valentina Mori<sup>9</sup>; Annunziata Monopoli<sup>10</sup>; Annalisa Presutti<sup>11</sup>; Gianpietro Volonnino<sup>12</sup>; Nicola Di Fazio<sup>12</sup>; Francesco Cosi<sup>13</sup>; Barbara Passini<sup>13</sup>; Vincenzo Maria Grassi<sup>14</sup>; Luca Marchese<sup>14</sup>; Emanuele Mustè<sup>15</sup>; Caterina Pesaresi<sup>15</sup>.*

**Hanno revisionato il documento:**

*Vittorio Fineschi<sup>12</sup>; Luigi Tonino Marsella<sup>2</sup>; Antonio Oliva<sup>15</sup>; Vittoradolfo Tambone<sup>3</sup>; Paola Frati<sup>12</sup>; Carolina Milite<sup>11</sup>.*

*<sup>1</sup>Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; <sup>2</sup>Università Tor Vergata di Roma; <sup>3</sup>Università Campus Bio-Medico di Roma; <sup>4</sup>Policlinico Campus Bio-Medico; <sup>5</sup>Università dell'Aquila; <sup>6</sup>AO San Camillo Forlanini; <sup>7</sup>ASL Roma 1; <sup>8</sup>Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; <sup>9</sup>ASL Roma 4; <sup>10</sup>ASL Viterbo; <sup>11</sup>Area Coordinamento Contenzioso, Affari Legali e Generali Regione Lazio; <sup>12</sup>Università Sapienza di Roma; <sup>13</sup>Policlinico Tor Vergata; <sup>14</sup>Policlinico A. Gemelli; <sup>15</sup>Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.*

**NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.**

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA GESTIONE DEI SINISTRI DA RESPONSABILITÀ  
MEDICO-SANITARIA E SUL FUNZIONAMENTO DEL  
COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)**

## INDICE

<b>1.0</b>	<b>Introduzione</b> .....	<b>1</b>
<b>2.0</b>	<b>Obiettivi del documento</b> .....	<b>2</b>
<b>3.0</b>	<b>Ambiti di applicazione</b> .....	<b>2</b>
<b>4.0</b>	<b>Definizioni e glossario</b> .....	<b>3</b>
<b>5.0</b>	<b>Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS)</b> .....	<b>5</b>
	5.1 <i>Funzioni del CVS</i> .....	5
	5.2 <i>Composizione del CVS</i> .....	5
	5.3 <i>Modalità di funzionamento del CVS</i> .....	6
	5.4 <i>Formazione</i> .....	7
	5.5 <i>Tutela assicurativa dei componenti del CVS</i> .....	7
<b>6.0</b>	<b>Comunicazioni ex art. 13 legge n. 24/2017</b> .....	<b>8</b>
<b>FASI DELLA GESTIONE DI UN SINISTRO</b>		<b>9</b>
<b>A. FASE PRELIMINARE</b>		<b>10</b>
<b>A1.</b>	<b>Ammissibilità della richiesta</b> .....	<b>11</b>
<b>A2.</b>	<b>Apertura del fascicolo</b> .....	<b>11</b>
<b>B. FASE ISTRUTTORIA</b>		<b>13</b>
<b>B1.</b>	<b>Richiesta della documentazione</b> .....	<b>13</b>
<b>B2.</b>	<b>Comunicazione dell'instaurazione del giudizio</b> .....	<b>14</b>
<b>C. FASE VALUTATIVA</b>		<b>16</b>
<b>D. FASE COLLEGIALE</b>		<b>19</b>
<b>D1.</b>	<b>Comunicazione dell'avvio di trattative stragiudiziali</b> .....	<b>22</b>
<b>7.0</b>	<b>Gestione dei casi giudiziari</b> .....	<b>23</b>
<b>8.0</b>	<b>Gestione dei fondi e delle riserve</b> .....	<b>24</b>
	8.1 <i>Quantificazione e aggiornamento delle riserve</i> .....	25
<b>9.0</b>	<b>Responsabilità amministrativa</b> .....	<b>26</b>
	9.1 <i>Obbligo di denuncia alla Corte dei conti</i> .....	26
	9.2 <i>Contenuto della denuncia</i> .....	27
	9.3 <i>Tempi per la denuncia e la messa in mora</i> .....	28
	9.4 <i>Patrocinio legale</i> .....	28
<b>10.0</b>	<b>Alimentazione del portale regionale e del flusso SIMES sinistri</b> .....	<b>29</b>
<b>11.0</b>	<b>Riferimenti bibliografici e normativi</b> .....	<b>29</b>
<b>Allegati</b>	.....	<b>29</b>

## 1.0 INTRODUZIONE

La Regione Lazio nell'ambito delle iniziative volte a uniformare le metodologie di gestione del rischio assicurativo ha svolto, nel 2014, una ricognizione delle modalità gestionali dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria all'interno delle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Le evidenti disomogeneità emerse, hanno condotto nel febbraio dello stesso anno alla costituzione di un gruppo di lavoro denominato "Comitato di Valutazione Sinistri (CVS)" cui fu affidato il mandato di redigere le linee guida regionali su composizione e funzionamento di questo organismo a livello aziendale e regionale. Il documento recante "Linee guida regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)" è stato adottato con Determinazione n. G09535 del 2 luglio 2014.

L'approvazione della legge numero 24 dell'8 marzo 2017 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pur in assenza, al momento, di alcuni fondamentali decreti attuativi, rende necessario un aggiornamento del citato documento regionale alla luce delle novità normative in essa contenute. La legge sopracitata rende necessario che ciascuna struttura sanitaria e sociosanitaria, pubblica e privata (di seguito struttura) del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) assuma la responsabilità piena e diretta di tutte le funzioni di gestione del contenzioso civile, specialmente di quello riconducibile a *medical malpractice* (di seguito *medmal*), indipendentemente dagli eventuali e temporanei trasferimenti del rischio attraverso la stipula di coperture assicurative. Si tratta di aspetti già individuati e espressi nel precedente documento regionale e tradotti in una strategia di progressiva internalizzazione di tutte le funzioni proprie e necessarie alla corretta gestione dei sinistri in seno alle competenze e professionalità esistenti all'interno della struttura, raccomandando che per la costituzione del CVS fossero prioritariamente individuati e incaricati operatori dipendenti, possibilmente provvedendo a un percorso formativo e di aggiornamento ulteriore. Questa raccomandazione resta valida per quanto riguarda la costituzione del CVS, i cui componenti devono necessariamente essere interni all'Azienda nel numero maggiore possibile, per la natura intrinsecamente omogenea dell'organismo rispetto all'apparato dirigenziale. L'esperienza maturata nel corso di questi anni, tuttavia, ha mostrato che l'onere complessivo determinato dal corretto espletamento delle funzioni proprie del CVS, rende necessaria, da parte delle strutture, un'adeguata dotazione di risorse umane e tecnologiche.

Questo documento di indirizzo, pertanto, pur conservando alcuni principi contenuti nel precedente documento regionale, ha inteso fornire ulteriori e più specifiche indicazioni alla luce delle novità introdotte dalla legge 24/2017 e esplicitare dettagliatamente alcune delle attività precipue correlate alla gestione dei sinistri da parte del CVS, attività da cui emerge il ruolo fondamentale degli specialisti in medicina legale in tutte le fasi di gestione del sinistro.

Si sottolinea, infine, che il rationale del lavoro svolto è strettamente aderente alla recente evoluzione normativa nazionale grazie a cui la "sicurezza delle cure" è assurta a parte integrante del più ampio diritto alla salute e, al pari di esso, costituzionalmente garantita. L'attuale documento di indirizzo, pertanto, a differenza dell'ispirazione fondamentalmente reattiva alla pressione del

contenzioso medico-legale da cui originarono le precedenti linee guida, si ispira a una logica proattiva nella cornice della tutela allargata del cittadino nella sfera del biodiritto, senza tralasciare adeguate misure di protezione per i singoli professionisti. Il fondamentale presupposto etico indispensabile al buon esito di questo approccio richiede la transizione, nei paradigmi di analisi e contenimento dei rischi, dalla *blame culture* motivata unicamente alla colpevolizzazione del singolo, alla *safety culture*, improntata alla responsabilizzazione di sistema dell'organizzazione sanitaria.

## 2.0 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il documento, nel rispetto della loro autonomia gestionale, intende fornire alle strutture pubbliche del SSR indicazioni operative per una gestione quanto più possibile omogenea delle richieste risarcitorie, in continuità con quanto previsto dalle precedenti linee guida, aggiornate sulla base delle novità normative introdotte dalla citata legge n.24/2017.

Al fine di garantire la massima uniformità di trattamento dei cittadini su tutto il territorio regionale sono state definite le fasi che caratterizzano la gestione di un sinistro e vengono fornite alle strutture indicazioni per la corretta costruzione del fondo riserva sinistri e del fondo rischi nonché per la loro periodica revisione.

**NB:** il presente documento sostituisce le precedenti *Linee guida regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)* nonché gli adempimenti ad esse collegati.

## 3.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

Il documento è rivolto a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private del SSR, ai sensi di quanto previsto dalla legge 8 marzo 2017 n.24. L'implementazione dei contenuti di questo documento, mandatoria per le strutture pubbliche del SSR, è da considerarsi vincolante anche per le strutture private, nella misura in cui queste sono comunque tenute al rispetto della normativa vigente in tema di gestione del rischio assicurativo, nonché di quanto previsto dai requisiti di autorizzazione e dei criteri di accreditamento.

<b>A CHI</b>	Il documento è rivolto a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Direzioni strategiche delle strutture pubbliche del SSR;</li> <li>• Direzioni delle strutture sanitarie e sociosanitarie private del SSR;</li> <li>• Esercenti le professioni sanitarie coinvolti nel processo di cura ed assistenza con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale;</li> <li>• Componenti dei CVS.</li> </ul>
<b>DOVE</b>	Il documento si applica in tutte le strutture pubbliche del SSR. Rappresenta comunque un riferimento anche per le strutture private che operino in nome e per conto del SSR
<b>QUANDO</b>	Nella gestione delle richieste di risarcimento danni.
<b>PER CHI</b>	Il documento è a tutela di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utenti/pazienti;</li> <li>• Esercenti la professione sanitaria;</li> <li>• Strutture pubbliche del SSR.</li> </ul>

## 4.0 DEFINIZIONI E GLOSSARIO

<b>AAGG, AALL</b>	Affari Generali, Affari Legali
<b>Assicurato</b>	Il titolare dell'interesse coperto dall'assicurazione, la struttura o l'esercente la professione sanitaria o l'esercente l'attività libero professionale.
<b>Assicuratore</b>	L'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel ramo responsabilità civile generale ai sensi del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.
<b>Contraente</b>	Soggetto che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagarne il premio.
<b>Contratto di assicurazione</b>	Il contratto, regolato dall'articolo 1882 e ss. del codice civile, avente a oggetto i rischi derivanti dall'attività della struttura sanitaria o dell'esercente la professione sanitaria.
<b>CTU</b>	Consulente/Consulenza Tecnica d'Ufficio.
<b>CVS</b>	Comitato Valutazione Sinistri, organo collegiale della struttura sanitaria o sociosanitaria, con funzione consultiva obbligatoria ma non vincolante nella gestione dei sinistri e coinvolto indirettamente nel complesso delle attività di Clinical Risk Management.
<b>Denuncia</b>	Atto con il quale l'assicurato deve dare avviso scritto del sinistro all'assicuratore.
<b>Esercente attività libero professionale</b>	Attività svolta dall'esercente la professione sanitaria, anche in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, al di fuori della struttura o all'interno della stessa o di cui si avvale in adempimento della propria obbligazione contrattualmente assunta con il paziente, indipendentemente dalla tipologia di rapporto intercorrente con la struttura o dal ruolo ricoperto.
<b>Esercente la professione sanitaria</b>	Il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione, ricerca scientifica, formazione e ogni attività connessa all'esercizio di una professione del comparto sanitario.
<b>Fatto noto</b>	Fatti pregressi già noti all'Assicurato prima della data di decorrenza della presente copertura.
<b>Fondo Rischi</b>	Fondo della struttura con appostazione in bilancio di somme riferentesi ai rischi in corso nell'anno di esercizio e che si protrarranno nell'esercizio successivo.
<b>Fondo Riserva Sinistri</b>	Fondo della struttura con appostazione in bilancio della messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati.
<b>Franchigia</b>	Elemento integrante della polizza di assicurazione che costituisce la parte del danno che rimane a carico dell'assicurato ed espressa in valore assoluto. La opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.
<b>Massimale di garanzia</b>	massimale di garanzia: la somma, per importi non inferiori a quelli stabiliti all'articolo 4, liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro o nel caso di sinistro in serie premio: l'importo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore.
<b>Misure analoghe</b>	Misure per la copertura della responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera che prevedono l'assunzione diretta, totale o parziale, del rischio da parte della struttura.
<b>Revisore legale</b>	Una persona fisica abilitata a esercitare la revisione legale ai sensi del codice civile e delle disposizioni del d.lgs. 27 gennaio 2010 n. 39 e iscritta nel Registro ovvero una persona fisica abilitata ad esercitare la revisione legale in un altro Stato membro dell'Unione europea ai sensi delle disposizioni di attuazione della direttiva 2006/43/CE, come modificata dalla direttiva 2014/56/UE, vigenti in tale Stato membro.
<b>Sinistro</b>	Richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio cosiddetto <i>claims made</i> ) ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il periodo di ultrattività nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei danni subiti come conseguenza della sua attività. Costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato. In caso di polizza di cui all'articolo 10, comma 3, della Legge, il sinistro è costituito dall'esercizio dell'azione di responsabilità amministrativa, di rivalsa o surroga previste dagli articoli 9, commi 5 e 6, e 12, comma 3, della Legge. In questi casi, costituisce sinistro anche il ricevimento dell'invito a dedurre da parte del pubblico

	<p>ministero presso la Corte dei conti, nonché, per la rivalsa civilistica delle strutture sanitarie, la richiesta scritta avanzata per la prima volta dalla struttura in vigenza di polizza nei confronti dell'assicurato, con la quale è ritenuto responsabile per colpa grave a seguito di sentenza passata in giudicato. Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. n.285 del 1990, la querela e l'avviso di garanzia. Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula <i>claims made</i> altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).</p>
<b>SIR</b>	<i>Self Insurance Retention</i> : quota di rischio non trasferita al mercato assicurativo e gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di gestione, istruzione e liquidazione del sinistro.
<b>SSR</b>	Servizio Sanitario Regionale
<b>Struttura</b>	La struttura sanitaria e socio-sanitaria pubblica e privata che, a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi.
<b>Transazione giudiziale</b>	Atto negoziale conseguente a ricorsi ex art. 696 bis c.p.c. o a contenuti di ordinanze giudiziali ex art 185 bis c.p.c.
<b>Transazione stragiudiziale</b>	Atto negoziale per il componimento bonario di un contenzioso non passato in giudicato.
<b>UO, UUOO</b>	Unità Operativa, Unità Operative

## 5.0 IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

È un organismo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, che esprime un parere obbligatorio, ma non vincolante, in ordine alle richieste risarcitorie per danno alla persona per responsabilità medica/sanitaria e civilistica, formulate nei confronti della struttura o di suoi operatori. È l'organismo cui compete la funzione di governo del rischio assicurativo e di valutazione dei sinistri.

### 5.1 Funzioni del CVS

Le funzioni attribuite al CVS sono:

- a) verificare la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento mediante l'analisi dei casi;
- b) definire la migliore strategia di gestione delle richieste di risarcimento, nell'intento di minimizzarne l'impatto economico, e proporla alla Direzione Strategica della struttura;
- c) definire le riserve al fine di quantificare in maniera adeguata il fondo riserva sinistri e il fondo rischi;
- d) aggiornare periodicamente il fondo riserva sinistri e il fondo rischi.

### 5.2 Composizione del CVS

Per la composizione del CVS è mandatoria la presenza dei seguenti componenti:

1. Dirigente dell'articolazione organizzativa che gestisce il contenzioso, in genere coincidente con la UO Affari Generali o Legali (di seguito Ufficio competente) cui, di norma, spetta il ruolo di coordinatore del CVS;
2. Avvocato dipendente o fiduciario della struttura, cui spetta la valutazione degli aspetti giuridici della gestione delle richieste di risarcimento;
3. Specialista in Medicina legale, cui compete la valutazione degli aspetti legati alla definizione del danno e della sussistenza, da un punto di vista tecnico, di eventuali profili di responsabilità a carico della struttura sanitaria;
4. Risk Manager, cui compete, ove possibile, l'analisi dei fattori causali e/o contribuenti della prestazione all'origine della richiesta di risarcimento, nonché l'eventuale proposta delle opportune azioni di miglioramento;
5. Esperto nella gestione liquidativa, cui spetta la quantificazione economica delle possibili voci di danno, la valutazione delle proposte liquidative della Compagnia assicuratrice (di seguito Compagnia), ove presente, e il supporto tecnico nella definizione e nell'aggiornamento periodico del fondo riserva sinistri e del fondo rischi;
6. Collaboratore/assistente amministrativo, di norma afferente all'Ufficio competente, con funzioni di segreteria;
7. Rappresentante della Compagnia, laddove esistente, per la discussione dei sinistri di competenza.

Nel rispetto dell'autonomia gestionale delle singole strutture, e in relazione a quanto specificamente previsto dalla polizza eventualmente vigente, la composizione del CVS potrà essere integrata da altre figure, ferma restando la presenza di quelle sopra specificate.

È possibile che, in particolari situazioni, avendo cura di evitare l'eventualità di possibili conflitti d'interesse (ad esempio fra l'esperto della gestione liquidativa e il rappresentante della Compagnia), le competenze proprie di alcuni dei componenti sopra citati possano essere rappresentate da un unico professionista (per esempio quella di Risk Manager e di specialista in Medicina legale): in tal caso il CVS è comunque da considerarsi come validamente costituito.

Nel caso in cui la struttura non disponga internamente di tutti i componenti sopra elencati, è possibile individuare, con oneri a proprio carico e nel rispetto delle procedure concorrenziali previste dalla legge, professionisti esterni, facendo ricorso prioritariamente ad appositi atti di convenzionamento con altre strutture del SSR o con Università pubbliche e private. Il CVS, infine, in casi di particolare complessità o di richieste risarcitorie particolarmente rilevanti dal punto di vista economico, potrà avvalersi di professionisti con competenze specialistiche anche esterni alla struttura.

### 5.3 Modalità di funzionamento del CVS

Successivamente all'adozione di questo documento, il CVS va istituito o, nel caso in cui fosse già istituito, va confermato con apposito provvedimento formale della struttura. Entro il termine di trenta giorni dalla data di istituzione o conferma, il CVS, con ulteriore provvedimento formale, dovrà dotarsi di un regolamento redatto sulla base dei contenuti di questo documento ovvero aggiornarlo, se già esistente.

L'atto di adozione del regolamento dovrà anche formalizzare l'incarico di coordinatore del CVS. Al fine di garantire la necessaria tempestività in relazione a eventuali casi rilevanti o urgenti nonché la piena conoscenza dello stato di avanzamento delle fasi di gestione del sinistro, si suggerisce di individuare il coordinatore fra i dirigenti dell'Ufficio competente o, in alternativa, tra i rappresentanti di funzioni interne alle strutture sanitarie, individuati tenendo conto delle specificità organizzative e delle esigenze di piena conoscenza dello stato di avanzamento delle fasi di gestione del sinistro.

Il regolamento dovrà definire almeno i seguenti punti, anche richiamando altre specifiche procedure/istruzioni operative:

1. modalità ordinaria e straordinaria di convocazione del CVS;
2. cadenza minima delle sedute, che devono svolgersi in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo per i dipendenti della struttura;
3. modalità di partecipazione di eventuali soggetti esterni alle sedute del CVS;
4. modalità di verbalizzazione delle sedute, con specifico rimando alla possibilità di approvazione del verbale a maggioranza contenente anche gli eventuali pareri di dissenso;
5. modalità di gestione del sinistro nel rispetto delle fasi e dei tempi per come di seguito descritti, definendo ruoli e responsabilità. Vanno inoltre definite le modalità di comunicazione del CVS con le articolazioni organizzative interne ed esterne alla struttura, specificando tempi, ruoli, responsabilità, nonché eventuali riflessi disciplinari in caso di inadempimento;
6. obbligo di astensione dei componenti per i quali si ravvisino cause e circostanze a qualunque titolo riconducibili a potenziale conflitto di interesse;

7. obbligo alla riservatezza e al segreto d'ufficio dei componenti e di qualunque altro operatore sia coinvolto nelle fasi di gestione del contenzioso e, in particolare, nell'attività di elaborazione e trasmissione dei verbali agli organi direzionali della struttura;
8. secretazione della documentazione oggetto di valutazione del CVS e dei verbali del CVS. L'accesso agli atti del CVS e a quanto contenuto nel fascicolo del caso deve essere comunque garantito al danneggiato o ai suoi eredi "mediante l'impiego di opportuni accorgimenti (stralcio, *omissis*, ecc.), atti ad assicurare il diritto di difesa dell'Amministrazione [*omissis*], accompagnati dall'attestazione da parte del responsabile del procedimento che le parti omesse o stralciate contengono effettivamente valutazioni di carattere difensivo dell'Amministrazione elaborate in funzione del contenzioso [*omissis*]". Si raccomanda, pertanto, di prevedere negli atti del fascicolo specifiche sezioni in cui riportare le valutazioni di carattere difensivo, al fine di consentirne con facilità lo stralcio in caso di richiesta di accesso agli atti<sup>1</sup>. In ogni caso, si ricorda che **le sedute del CVS non sono pubbliche** atteso che in tale sede sono trattati dati sensibili, anche a mente del recepimento della Direttiva UE 2016/679.

#### 5.4 Formazione

Al fine di consentire il corretto funzionamento del CVS nonché una gestione del contenzioso quanto più possibile efficace, è necessario garantire la formazione e l'aggiornamento continuo di tutti gli operatori a diverso titolo deputati alla gestione del contenzioso. A tal fine le strutture dovranno individuare i bisogni formativi di questi operatori, favorendone la formazione e l'aggiornamento continuo mediante la progettazione di opportuni percorsi formativi interni, ovvero la partecipazione a eventi esterni.

#### 5.5 Tutela assicurativa dei componenti del CVS

Alla luce dei profili gestionali assunti da componenti del CVS nello svolgimento di questa specifica attività istituzionale, si suggerisce di valutare la possibilità di una tutela assicurativa specifica per responsabilità amministrativa e civile.

---

<sup>1</sup> Consiglio di Stato, sentenza n. 808 del 3 gennaio 2020.

## 6.0 COMUNICAZIONI EX ART. 13 LEGGE N.24/2017

Si tratta di uno degli aspetti applicativi più critici della norma che si applica, come confermato anche dalla giurisprudenza contabile, agli eventi occorsi successivamente alla entrata in vigore della legge, cioè a partire dal primo aprile 2017.

La comunicazione ex art.13<sup>2</sup> è finalizzata a consentire al professionista di partecipare, a sua discrezione e qualora ne avesse interesse, alle iniziative giudiziarie e/o stragiudiziali che lo riguardano, ponendo l'onere informativo a carico della struttura sanitaria o sociosanitaria, pubblica o privata e/o della Compagnia Assicurativa. La comunicazione assolve, infatti, ad un duplice scopo:

- a. contribuire al miglior chiarimento dei fatti, favorendo la partecipazione dell' esercente;
- b. monitorare le possibili conseguenze, a danno dell' esercente la professione sanitaria, dell' esito di eventuali conciliazioni il cui peso economico potrebbe finire per sopportare in ultima istanza, per via delle azioni di rivalsa/di responsabilità amministrativa.

Per ulteriori dettagli e approfondimenti si rimanda al capitolo B2 per quanto riguarda la comunicazione della l'instaurazione del giudizio (pag. 14), e al capitolo D1 per quanto riguarda la comunicazione dell'avvio di trattative stragiudiziali (pag. 21).

---

<sup>2</sup> L'articolo 13 della legge n.24/2017 (Obbligo di comunicazione all' esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità) recita: "Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all' articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all' articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all' esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro quarantacinque 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. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro quarantacinque giorni comunicano all' esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, 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."

# FASI DELLA GESTIONE DI UN SINISTRO

Le fasi operative della gestione di un sinistro sono:

**A. FASE PRELIMINARE**

**B. FASE ISTRUTTORIA**

**C. FASE VALUTATIVA**

**D. FASE COLLEGALE**

Per ogni fase il documento suggerisce un set minimo di indicatori di struttura, cogente per tutte le strutture pubbliche, indipendentemente dalla propria complessità organizzativa.

Nel rispetto dell'autonomia gestionale delle singole strutture, il set minimo potrà essere integrato con ulteriori indicatori (di struttura, processo ed esito) in relazione alle proprie specificità organizzative, purché vengano rispettati i requisiti minimi previsti dal documento per ogni fase.

## A. FASE PRELIMINARE

I casi che impongono alla struttura la presa in carico diretta e la contestuale apertura di una posizione sono, di norma:

- 1) istanza di risarcimento danni rivolta direttamente dal titolare o dal rappresentante nei confronti:
  - a. della struttura o della sua Compagnia;
  - b. di un professionista sanitario o della sua Compagnia per prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto della struttura (incluso: libera professione intra-muraria, attività di sperimentazione e ricerca clinica, qualsiasi forma di convenzione con il SSR, telemedicina, incarichi libero-professionali ex art. 7 c.6 D.Lgs. 165/01 e ss.mm.ii.);
- 2) provvedimento della Procura della Repubblica, di cui si venga a conoscenza:
  - a. a carico di un dipendente o di un collaboratore della struttura relativo a un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
  - b. che rimandi all'art. 590 sexies c.p. e che sia relativo a un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
- 3) atto di Citazione/Istanza di Mediazione/Ricorso per Accertamento Tecnico Preventivo ex art. 696 bis c.p.c. rivolti alla struttura sanitaria e/o al professionista sanitario per prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto della struttura medesima;
- 4) ogni altra richiesta che possa essere configurata come "fatto noto" ai sensi di quanto previsto dagli obblighi di polizza, ove presente;
- 5) chiamata del Responsabile Civile nel procedimento penale.

Anche se la maggior parte delle richieste risarcitorie rientra nella fattispecie di cui al punto 1), al fine di portare tempestivamente a conoscenza della struttura tutte le circostanze di cui ai punti 2) e 3), si raccomanda che gli organi direzionali della struttura informino tutti i professionisti e gli operatori sanitari attivi a qualsiasi titolo al proprio interno la necessità di segnalare tempestivamente all'Ufficio competente entro un termine definito (che, nei casi di strutture che si avvalgono di coperture assicurative, non deve superare i tre giorni lavorativi), l'avvenuta ricezione di un'istanza risarcitoria nei confronti propri o della propria Compagnia ovvero di un Provvedimento della Procura a proprio carico.

La predetta esigenza di tempestività di comunicazione deve essere fatta ricadere anche sulla Compagnia eventualmente reclutata a tutela della struttura, attraverso specifiche statuizioni contenute nelle polizze stipulate dalle strutture per copertura rischi di responsabilità civile, di qualsiasi tipo, prevedendo l'obbligo della segnalazione da parte della Compagnia all'Ufficio competente dei casi di azione diretta di cui all'art. 12 della Legge n. 24/2017, promossa dal presunto danneggiato unicamente nei confronti dell'impresa di assicurazione. Tale obbligo andrebbe soddisfatto entro un termine esplicitamente definito nella polizza statuita che, si suggerisce, non superiore ai venti giorni lavorativi e senza limiti di franchigia.

## A1. AMMISSIBILITÀ DELLA RICHIESTA

Dopo la ricezione di una richiesta di risarcimento, l'Ufficio competente procede alla valutazione dei seguenti aspetti:

- a) **Completezza**: valutando, ad esempio, la sottoscrizione del richiedente e/o del suo rappresentante, la corretta esposizione dei fatti e degli addebiti, ecc.;
- b) **Ammissibilità**: verificando l'assenza di eventuali eccezioni preliminari come, ad esempio, l'intervenuta prescrizione, la constatazione che la richiesta è di competenza di un'altra struttura, ecc.

In caso di inammissibilità della richiesta, la struttura deve darne riscontro alla controparte, specificandone i motivi (ad esempio: richiesta non sottoscritta correttamente o troppo generica, mancanza della documentazione necessaria per l'apertura del fascicolo e l'avvio della fase istruttoria, ecc.).

## A2. APERTURA DEL FASCICOLO

Una volta superato il vaglio dell'ammissibilità, l'Ufficio competente procede all'apertura di un fascicolo, associando alla richiesta risarcitoria un identificativo univoco che escluda la possibilità di duplicazione di posizioni diverse per uno stesso evento. In caso di reiterazione di un'istanza per tempi successivi o di modalità distinte e contemporanee (nel caso, ad esempio, di istanza contro operatore e struttura) gli estremi minimi di riconoscimento del sinistro dovranno permettere l'immediata riunificazione e l'attivazione di un'unica procedura di gestione.

L'identificativo può essere attribuito solo in presenza di nozione certa del soggetto assistito e dell'anno di concretizzazione del danno. Qualora questi elementi non siano chiaramente desumibili dalla prima istanza, l'Ufficio competente dovrà richiedere chiarimenti alla controparte ai recapiti disponibili. Per l'apertura del sinistro è essenziale non solo l'indicazione della data di ricezione della richiesta risarcitoria, quando presente, ma anche l'individuazione della data dell'evento all'origine della richiesta (e quindi della prestazione collegata alla richiesta). Nell'ipotesi in cui la data di accadimento non sia immediatamente identificabile, in questa fase si potrà indicare la data di inizio del ricovero oppure la data della prima prestazione ambulatoriale cui si riferisce il percorso clinico-assistenziale oggetto di contestazione.

Successivamente all'attribuzione dell'identificativo unico del fascicolo, l'Ufficio competente procede a effettuare:

- a) informativa alla controparte identificabile dalla richiesta di risarcimento (come ad esempio: soggetto delle prestazioni assistenziali, eredi, tutori legali o esercenti la responsabilità genitoriale, ecc.). L'informativa deve contenere almeno i seguenti elementi:
  - comunicazione della presa in carico della richiesta risarcitoria in via esclusiva dalla struttura ovvero in cogestione con la Compagnia indicando, in questo secondo caso, gli estremi della polizza assicurativa se questo è previsto dal contratto di assicurazione;

- invio della modulistica predisposta per la liberatoria circa il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi delle normative vigenti, con invito alla restituzione degli stessi debitamente compilati e firmati. La modulistica deve prevedere fra i soggetti autorizzati anche la Compagnia, se presente, e/o i suoi intermediari;
- b) richiesta di inoltro di tutta la documentazione clinico-sanitaria in possesso della controparte, di eventuali valutazioni medico-legali, nonché di ulteriore documentazione attinente al danno lamentato e alla potenziale o attuale liquidazione/risarcimento o altra forma di ristoro (ad esempio: pratica INAIL per infortunio sul lavoro o malattia professionale se correlata alla vicenda clinico-assistenziale lamentata; pratica RCA in caso di incidente del traffico attinente alla vicenda clinico-assistenziale; denuncia alla Procura della Repubblica contro noti o ignoti responsabili di fatti criminosi attinenti alla vicenda clinico-assistenziale, ecc.);
- c) segnalazione alla Compagnia, ove presente, sulla base degli obblighi di polizza.

Al termine della fase preliminare il fascicolo del sinistro che abbia superato positivamente la valutazione di ammissibilità deve essere fornito di un identificativo univoco e conservato in un archivio dedicato e contenere almeno la seguente documentazione:

- Documentazione che ha originato la richiesta risarcitoria (vedi punti 1-5 a pag. 10);
- Informativa inviata alla controparte;
- Segnalazione alla Compagnia, se dovuta.

**Indicatori minimi di struttura suggeriti:**

- Costituzione di un archivio sinistri, cartaceo o dematerializzato. L'archivio deve rispettare gli opportuni requisiti di sicurezza, mantenimento, accessibilità e riservatezza dei dati conservati e ha un tempo di conservazione illimitato;
- Elaborazione di una procedura/istruzione operativa che definisca la fase preliminare specificando tempi, ruoli e responsabilità. La procedura, inoltre, dovrà definire le modalità di comunicazione fra l'Ufficio competente e terzi (comprese altre articolazioni organizzative interne alla struttura) e viceversa, specificando tempi, obblighi ed eventuali riflessi disciplinari in caso di inadempimento.

## B. FASE ISTRUTTORIA

Le strutture con ritenzione completa del rischio procedono alla gestione dei casi con propri mezzi. Per le strutture che hanno una polizza assicurativa, si procede come segue:

1. Per le richieste risarcitorie, ricorsi ex art. 696 bis c.p.c., istanze di mediazione o atti di citazione rientranti nella SIR, ai sensi della polizza vigente la struttura procede alla gestione con propri mezzi. Nei casi in cui la richiesta superi la SIR, oppure presenti contenuti di dubbia interpretazione, occorre avvisare tempestivamente la Compagnia nei termini di polizza, ove esistente.
2. Per le richieste risarcitorie, ricorsi ex art. 696 bis c.p.c., istanze di mediazione o atti di citazione che superano la SIR, anche se la gestione è in genere in capo alla Compagnia, si raccomanda che la struttura proceda comunque alle fasi di seguito descritte, onde ponderare al meglio l'eventuale impegno di somme ricadenti nella SIR. Lo stesso vale per i casi in cui il contratto di assicurazione preveda una franchigia. Questa raccomandazione rileva a maggior ragione nei casi in cui istanze risarcitorie eccedenti la SIR si siano manifestate nelle forme di atto di citazione, ricorsi ex art. 696 bis c.p.c. o istanze di mediazione, in relazione alle quali la struttura deve comunque provvedere all'autonoma costituzione quanto meno per la gestione del rischio rientrante nella SIR.

### B1. RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE

La fase istruttoria inizia con la raccolta e l'analisi della documentazione (sanitaria e non sanitaria) relativa alla richiesta di risarcimento.

L'Ufficio competente, sulla base delle informazioni disponibili nella richiesta di risarcimento, provvede a richiedere la documentazione alle strutture competenti (a esempio: Direzione sanitaria di presidio, Direzione delle professioni sanitarie, Direzione sanitaria aziendale, responsabili UU.OO. coinvolte, ecc.). La documentazione minima indispensabile per la compiuta conclusione della fase istruttoria è la seguente:

- a) Documentazione sanitaria interna e della controparte (ad esempio: cartelle cliniche, certificati, immagini radiologiche, ecc.);
- b) Relazioni cliniche sul caso da parte degli operatori coinvolti nell'accadimento oggetto di contestazione;
- c) Relazioni tecniche, se necessarie (ad esempio: descrizione e foto dei luoghi, conformità alla normativa vigente, obblighi manutentivi, ecc.);
- d) Procedure/istruzioni operative adottate, eventuali riferimenti a linee guida/buone pratiche attinenti al caso;
- e) Eventuali dichiarazioni testimoniali.

Il CVS, inoltre, autonomamente o per il tramite delle opportune articolazioni organizzative della struttura, può chiedere alla controparte l'estrazione dei dati presenti nei software gestionali di cui all'art. 2 comma 3 del DM 11 dicembre 2009, nonché nelle altre eventuali banche dati disponibili,

comprese quelle del Casellario Centrale Infortuni a cui afferiscono le informazioni riversate dalle Compagnie Assicuratrici o dall'INAIL. Quest'ultima fattispecie rileva soprattutto nel caso di sinistri da infortuni sul lavoro o in itinere.

## B2. COMUNICAZIONE DELL'INSTAURAZIONE DEL GIUDIZIO

L'individuazione degli esercenti la professione sanitaria a cui comunicare l'instaurazione di un giudizio nei loro confronti entro quarantacinque giorni dalla data di notifica presenta importanti criticità applicative, soprattutto in considerazione delle conseguenze legate all'omissione, ritardo e/o incompletezza di questa comunicazione, e cioè l'inammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa da parte della struttura nei confronti degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nella richiesta risarcitoria.

Nel sottolineare che le azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa rappresentano fattispecie che potranno essere attivate solo dopo l'effettivo esborso di un risarcimento da parte della struttura e il riconoscimento della sussistenza di una responsabilità per "colpa grave" a carico di uno o più degli esercenti coinvolti, le criticità applicative sono legate al fatto che l'individuazione degli esercenti coinvolti in una richiesta risarcitoria non è sempre agevole, a meno di voler optare per una comunicazione "massiva" a tutti gli operatori presenti nel turno o nell'arco temporale in cui si sarebbe verificato l'evento lesivo. Nel caso in cui, auspicabilmente, si voglia privilegiare la selettività della comunicazione, è spesso necessaria una valutazione più approfondita dell'evento all'origine della richiesta risarcitoria per individuare un elenco sufficientemente affidabile di operatori a cui inviare la comunicazione di legge. Tali difficoltà, inoltre, si moltiplicano nel caso di richieste risarcitorie relative alle infezioni correlate all'assistenza, dove anche l'individuazione del momento in cui queste si siano concretizzate è spesso ipotetica. È inoltre possibile che la data fissata per il giudizio o l'accertamento tecnico preventivo sia antecedente alla scadenza dei 45 giorni. In questi casi, al fine di garantire la partecipazione dell'operatore coinvolto, la comunicazione dovrebbe avvenire in tempi molto più ristretti di quanto previsto dalla norma.

**NB:** Ai fini del computo dei quarantacinque giorni indicati come tassativi dalla norma, il *dies a quo* è da intendersi il giorno della notifica di un atto introduttivo di un giudizio, e cioè: atto di citazione; ricorso ex art.696 bis cpc; ricorso ex art. 281 decies e segg. cpc; atto di citazione per chiamata in causa di terzo; atto di costituzione di parte civile nel processo penale, ecc.

Nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle strutture, esula dagli obiettivi di questo documento la definizione univoca del corretto processo per l'individuazione degli operatori coinvolti. È tuttavia auspicabile che tale processo veda la stretta collaborazione fra le Direzioni Sanitarie (siano esse di azienda o di presidio), l'Ufficio competente e lo specialista in medicina legale componente del CVS. Come specificato al punto 5 del paragrafo 5.3 (*Modalità di funzionamento del CVS*), è fondamentale che la struttura, tramite specifiche procedure/istruzioni operative, definisca, le modalità di comunicazione fra l'Ufficio competente/CVS e le articolazioni organizzative interne a qualsiasi titolo coinvolte nella gestione del sinistro (come ad es.: Direzioni Sanitarie, Direzioni UOC, ecc.), al fine di garantire il rispetto dei tempi tassativamente previsti dalla norma.

Una volta individuati gli esercenti coinvolti nell'evento all'origine della richiesta risarcitoria, l'Ufficio competente provvederà all'invio delle comunicazioni mediante posta elettronica certificata (PEC) o, in via residuale e qualora i sanitari ne siano sprovvisti, di raccomandata con avviso di ricevimento<sup>3</sup>. Contestualmente alla comunicazione dell'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti, l'Ufficio competente provvederà a richiedere l'esistenza di una eventuale copertura assicurativa personale degli esercenti la professione sanitaria coinvolti.

Stante quanto sopra, pertanto, si raccomanda alle strutture di porre in atto iniziative di informazione e formazione per i propri operatori in cui il significato della comunicazione venga chiarito e ben circoscritto.

Per ulteriori informazioni sulla responsabilità amministrativa, si rimanda al capitolo 9.0 (pag. 26).

Al termine della fase istruttoria il fascicolo del sinistro deve contenere, oltre a quella raccolta nella fase preliminare, almeno la seguente documentazione:

- Tutta la documentazione sanitaria relativa al soggetto in quanto assistito disponibile dagli archivi della struttura (quindi non limitata alle prestazioni assistenziali oggetto del sinistro);
- Relazioni clinico-assistenziali degli esercenti la professione sanitaria coinvolti;
- Tutta la documentazione prodotta in risposta all'informativa inviata alla controparte;
- Elenco degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nell'evento;
- Evidenza della comunicazione nei loro confronti ai sensi del primo periodo dell'art. 13 della legge 24/2017 entro quarantacinque giorni dalla data di notifica dell'atto introduttivo.

Il passaggio alla fase successiva si concretizza con la trasmissione del fascicolo, tracciata, dall'Ufficio competente ai soggetti incaricati della fase valutativa.

#### **Indicatori minimi di struttura suggeriti:**

- Elaborazione di una procedura/istruzione operativa che definisca la fase istruttoria specificando tempi, ruoli e responsabilità, nonché la modalità di aggiornamento del fascicolo e dell'archivio sinistri. La procedura, inoltre, dovrà definire le modalità di comunicazione fra l'Ufficio competente e terzi (comprese altre articolazioni organizzative interne alla struttura) e viceversa, specificando tempi, obblighi ed eventuali riflessi disciplinari in caso di inadempimento.

---

<sup>3</sup> Ai sensi della legge n. 2/2009 per come rafforzata con il DL "Semplificazione" 76 del 16 luglio 2020, gli esercenti la professione sanitaria sono obbligati a disporre di una PEC, essendo passibili di diffida e di eventuale sospensione da parte degli ordini di appartenenza, in caso di mancato adempimento nei tempi stabiliti. Si raccomanda, pertanto, che la struttura costruisca e aggiorni un archivio delle PEC dei propri dipendenti prevedendo le opportune iniziative di informazione.

## C. FASE VALUTATIVA

La fase valutativa costituisce il fulcro della gestione del sinistro e rappresenta l'ambito di precipua ed esclusiva pertinenza dello specialista in medicina legale. Si realizza nella redazione di un parere tecnico preliminare che non deve limitarsi allo sviluppo di argomentazioni difensive e confutative rispetto alla tesi dell'istanza risarcitoria, ma deve porsi l'obiettivo esplicito dell'emersione di potenziali criticità a carico della struttura, motivando l'orientamento prevalente sull'effettivo rischio di soccombenza. Nella fase valutativa, pertanto, si svolgono gli accertamenti di carattere propriamente medico-legale circa:

- a. La realtà degli effetti dannosi lamentati e loro quantificazione;
- b. la sussistenza dei nessi di causa tra questi e le condotte o, più in generale, le prestazioni assistenziali sostenute – secondo criterio anche *ex post*;
- c. il giudizio rigorosamente *ex ante* sulle condotte/prestazioni causalmente efficienti, sul grado di diligenza, sull'osservanza delle raccomandazioni da linee guida applicabili e dei principi di buona pratica clinica, sull'esistenza di qualsiasi inadempimento che sia imputabile alla struttura e abbia avuto un ruolo causale nell'evento dannoso.

L'analisi della vicenda, in definitiva, valuta la fondatezza dell'istanza risarcitoria giudicando sulla presenza dei necessari presupposti giuridici, sul loro grado di evidenza, sulla dimostrabilità di opportuno giudizio controfattuale. Elementi ulteriori che possono essere presi in considerazione sono i profili di potenziale responsabilità dei singoli professionisti coinvolti, a seconda che risultino co-obbligati contrattualmente al pari della struttura nei confronti del danneggiato.

Gli strumenti operativi di cui si avvale lo specialista in medicina legale si possono così sintetizzare:

- 1) Approfondito esame documentale;
- 2) Consultazione del dato scientifico trattatistico consolidato e della letteratura di settore più aggiornata;
- 3) Valutazione della necessità di integrazioni documentali o di un confronto con specialisti esperti della materia in discussione, qualora il tenore delle contestazioni avanzate e il tema di fondo dell'istanza ne suggeriscano l'opportunità;
- 4) Visita medico-legale del soggetto danneggiato ove ritenuta necessaria e possibile. Si suggerisce di sottoporre a visite i casi complessi, con invalidità permanenti non stimabili con elevato grado di verosimiglianza sulla base dell'esame della documentazione fornita dall'interessato o comunque raccolta. Nella convocazione formale può essere comunicata la possibilità di essere assistiti da un medico di fiducia e di produrre ulteriore documentazione di interesse (si veda la tipologia di documentazione richiesta alla controparte in fase istruttoria).

Nella relazione finale il medico legale incaricato della fase valutativa deve indicare:

- A) Realtà degli effetti dannosi lamentati e valorizzazione del *quantum* risarcitorio. È su questa valutazione che va successivamente stimata la riserva economica da appostare nei fondi: questa valutazione potrà essere eventualmente aggiornata in funzione di eventuali ulteriori evidenze che dovessero emergere in fase valutativa;

- B) Sussistenza del nesso di causalità tra gli effetti dannosi lamentati e le condotte o, più in generale, le prestazioni assistenziali oggetto della contestazione;
- C) Valutazione del rischio di soccombenza, prendendo in considerazione anche aspetti marginali o sfumati nel giudizio delle condotte che potrebbero, in ogni caso, suggerire l'opportunità di una conciliazione stragiudiziale nell'ottica di contenimento della spesa. Tale rischio va graduato in tre categorie qualitative:
- a. **REMOTO**: nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo rassicurante sull'*an* e cioè mostri: assenza di inadempimento, oppure condotte professionali, assistenziali ed organizzative in linea con le raccomandazioni e le buone pratiche, oppure infine mancata soddisfazione del nesso di causalità;
  - b. **POSSIBILE**: nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presti il fianco a riserve motivate, ancorché non del tutto fondate su elementi documentabili noti al momento della formulazione del parere;
  - c. **PROBABILE**: nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo non rassicurante sull'*an* e cioè mostri: presenza di inadempimento, oppure condotte professionali, assistenziali ed organizzative non conformi agli standard attesi, oppure infine accertata verifica della evitabilità dell'evento dannoso, con impossibilità di ricondurre l'inadempimento a fattori non imputabili alla prestazione oggetto di contestazione.

La relazione non deve limitarsi allo sviluppo di argomentazioni difensive e confutative rispetto alla tesi dell'istanza risarcitoria, ma evidenziare eventuali criticità di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo, nonché di tipo professionale (ad esempio relative all'osservanza di raccomandazioni, linee guida e/o buone pratiche eventualmente applicabili nel caso concreto), motivando l'orientamento prevalente sul rischio di soccombenza.

Richiamando quanto già detto al punto 8) di pagina 7, nella relazione andrà specificata la sezione contenente le considerazioni di tipo strategico-difensivo, in modo da consentirne l'agevole stralcio al fine di salvaguardare il diritto di difesa della struttura in caso di richiesta di accesso agli atti.

Per approfondimenti sui criteri qualitativi delle relazioni medico-legali si rimanda ai documenti prodotti dalle società scientifiche di riferimento per gli specialisti in Medicina Legale.

Al termine della fase valutativa il fascicolo del sinistro deve contenere, oltre a quella raccolta nelle fasi precedenti, almeno la seguente documentazione:

- Relazione medico-legale;
- Eventuali consulenze specialistiche richieste dal Medico legale.

Il passaggio alla fase collegiale si concretizza con la trasmissione, tracciata, della relazione medico-legale all'Ufficio competente.

**Indicatori minimi di struttura suggeriti:**

- Elaborazione di una procedura/istruzione operativa che definisca la fase valutativa specificandone tempi, ruoli e responsabilità nonché la modalità di aggiornamento del fascicolo e dell'archivio sinistri. La procedura, inoltre, dovrà definire le modalità di comunicazione fra l'Ufficio competente e terzi (comprese altre articolazioni organizzative interne alla struttura) e viceversa, specificando tempi, obblighi ed eventuali riflessi disciplinari in caso di inadempimento.

## D. FASE COLLEGIALE

Il completamento della fase valutativa consente la calendarizzazione del caso per la discussione collegiale in sede di seduta del CVS. Tutti i membri effettivi possono in qualsiasi momento prendere visione del fascicolo istruttorio e della relazione medico-legale depositati presso l'archivio dedicato. Nella seduta si discutono le relazioni medico-legali e ogni altro elemento ritenuto utile per ponderare il rischio di soccombenza, minimizzare l'impatto economico per la struttura, stabilire le riserve da appostare e definire la strategia di gestione del sinistro da proporre alla Direzione strategica.

Per la quantificazione dei danni potenzialmente risarcibili sono riferimenti imprescindibili il parere medico-legale e i criteri di liquidazione formalmente adottati e attuati presso i tribunali civili territorialmente competenti per l'eventuale contenzioso. La stima preliminare dei costi e delle potenziali perdite spettano in prima istanza allo specialista medico-legale e al componente esperto di gestione liquidativa. Nel caso in cui non si disponga di sufficienti elementi, la stima viene definita "non quantificabile". In questo caso si suggerisce di attribuire una riserva tecnica d'ingresso pari a centomila euro in caso di danni da morte o da parto, e a cinquantamila euro per tutti gli altri casi.

Ciascun componente del CVS ha pari diritti e può muovere osservazioni su qualsiasi ambito di gestione e valutazione, sia dal punto di vista amministrativo che scientifico e tecnico (clinico e giuridico), onde pervenire ad una sintesi condivisa circa la migliore gestione strategica del sinistro in esame. Il componente che si trovi in una condizione personale, familiare o professionale tale da far sorgere un sospetto legittimo di conflitto di interessi con la controparte o con i sanitari direttamente coinvolti lo fa presente apertamente e si astiene dalla discussione e dalla formulazione del parere.

Il confronto collegiale si conclude con la definizione di un parere conclusivo o con il rinvio ad una successiva discussione per un approfondimento istruttorio e/o valutativo mirato. Il rinvio dovrà essere chiaramente rappresentato e motivato nel verbale di seduta, esprimendo la natura degli ulteriori accertamenti richiesti ed esplicitando il termine previsto per gli stessi, calendarizzando la discussione nella prima seduta utile.

**NB:** In ogni caso, le richieste risarcitorie devono completare l'iter gestionale al massimo entro un anno dalla data della loro ricezione.

Nel caso in cui al momento della nomina o del rinnovo del CVS il numero dei sinistri arretrati sia consistente, si raccomanda di stabilire un piano di rientro sulla base di criteri di priorità che possono prendere in considerazione, a titolo di esempio: la prossimità cronologica della data di apertura del sinistro; il vantaggio prevedibile nella gestione stragiudiziale piuttosto che giudiziale; il rischio di soccombenza.

La verbalizzazione della seduta deve riportare una sintesi della fase espositiva e di discussione, compresi gli interventi dei partecipanti, le eventuali astensioni per palesato conflitto di interesse. Come anticipato al punto 8) di pagina 7, nel verbale andranno specificate le sezioni contenenti le

considerazioni di tipo strategico-difensivo, in modo da consentirne l'agevole stralcio al fine di salvaguardare il diritto di difesa della struttura in caso di richiesta di accesso agli atti.

Il parere si forma a maggioranza dei componenti partecipanti e non in conflitto di interessi, verbalizzando pareri contrari/astensioni e le relative motivazioni. Il parere potrà essere:

1) **PARERE FAVOREVOLE** alla liquidazione stragiudiziale o all'adesione alla proposta conciliativa. Indica la sussistenza di fondate e molteplici ragioni di opportunità nella promozione e concretizzazione di una soluzione transattiva entro un importo massimo quantificato in una somma monetaria onnicomprensiva rientrante all'interno della riserva comunque allocata, ovvero accettando uno scostamento. La scelta della transazione deve fondarsi su criteri di ragionevolezza, logicità e razionalità dell'azione, sulla valutazione tecnica del caso, sull'ammissibilità giuridica dell'istanza risarcitoria e sulla realistica probabilità di soccombenza in eventuale giudizio. In caso di parere favorevole, inoltre, in osservanza a quanto previsto dalla legge 24/2017, articolo 13, comma 1, l'Ufficio competente per la fase di apertura deve informare gli esercenti la professione sanitaria eventualmente coinvolti dell'avvio di trattative, con invito a prendervi parte, pena l'inammissibilità di una eventuale azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa nei confronti degli stessi, ove ricorrano i presupposti (vedi capitolo D1).

La Direzione strategica, in caso di accoglimento del parere del CVS, procede al provvedimento di autorizzazione alla liquidazione del sinistro. Ricevuto il provvedimento, l'Ufficio competente che ha proceduto all'apertura del sinistro aggiorna il fascicolo e comunica alla controparte la decisione assunta ai fini della soluzione transattiva. Se la controparte accetta la decisione, l'Ufficio competente provvede all'aggiornamento del fascicolo del sinistro, includendovi tutti i documenti prodotti nella fase collegiale, compreso l'atto comprovante l'avvenuta liquidazione, procedendo così alla definitiva chiusura del sinistro, qualificato come "chiuso-liquidato".

Nel caso in cui, invece, la controparte non accetti l'accordo per una differente valutazione in merito alla sussistenza della responsabilità, del nesso di causalità o per una non componibile discrepanza nella quantificazione del danno, l'Ufficio competente trasmetterà copia di tutta la documentazione al difensore nominato dalla struttura.

2) **RIGETTO**: indica l'assenza di ragioni di opportunità strategica nella promozione di una soluzione transattiva per il sinistro. Si deve fornire riscontro del rigetto alla controparte. Il valore eventualmente apposto a riserva va azzerato. Si suggerisce di lasciare il sinistro "aperto" seppur con riserva azzerata e, dopo almeno quattordici mesi di inattività, considerarlo come "chiuso senza seguito" (vedi punto 3). Nel caso di strutture prive di copertura assicurativa, per il sinistro rigettato deve essere definito comunque un importo che va appostato nel fondo riserve, quantificandolo come accantonamento tecnico nel caso di eventuali risarcimenti futuri.

3) **CHIUSURA DEL SINISTRO SENZA SEGUITO**: si attua quando, trascorsi almeno quattordici mesi dall'apertura del sinistro, non essendo intervenuti fatti nuovi nell'evoluzione dello stesso e non essendo state ricevute sollecitazioni dalla controparte aggiuntive rispetto all'originaria formulazione dell'istanza risarcitoria, a dispetto del giudizio di soccombenza e della valutazione dell'entità del danno comunque stimati, il sinistro viene archiviato con conseguente

azzeramento della riserva allocata. Nel caso di nuovi atti formali della controparte successivi al termine dei quattordici mesi, la riserva va riattivata.

- 4) **RINVIO**: si tratta della circostanza in cui, nonostante si disponga di un parere tecnico medico-legale e della documentazione completa, il parere viene rinviato a causa della mancata costituzione di una maggioranza nell'orientamento da assumere o su espressa richiesta di un ulteriore approfondimento della posizione da parte di uno dei componenti del CVS.

I pareri del CVS sono protocollati o comunque tracciati e costituiscono allegati del verbale, e sono trasmessi formalmente alla Direzione strategica della struttura per il tramite dell'Ufficio competente.

## **D1. COMUNICAZIONE DELL'AVVIO DI TRATTATIVE STRAGIUDIZIALI**

Anche per la comunicazione agli esercenti dell'avvio delle trattative stragiudiziali con il danneggiato la norma prevede un termine di quarantacinque giorni. Per quanto il titolo dell'articolo 13 sembri limitare quest'obbligo alle trattative stragiudiziali intraprese nell'ambito di un procedimento giudiziario già incardinato, ragioni di prudenza impongono che la comunicazione in parola sia espletata in tutti i casi di avvio di trattative stragiudiziali. Si suggerisce, inoltre, di valutare l'opportunità di considerare tra le fattispecie di "avvio trattative" anche la notificazione della domanda di mediazione ex art. 8, D.lgs 28/2010 e ss.mm. e l'invito del Giudice istruttore ex art. 185 bis cpc.

Questa seconda comunicazione sarà inviata agli stessi esercenti precedentemente individuati, fatte salve eventuali variazioni emerse durante la fase valutativa.

**NB:** Ai fini del computo dei quarantacinque giorni indicati come tassativi dalla norma, il *dies a quo* è da intendersi:

1. Giorno della seduta del CVS, registrato con apposito verbale, nel quale si è deliberato di dare avvio alle trattative stragiudiziali;
2. Data di notifica di un invito alla mediazione di cui al D.lgs. 28/2010, in ordine al quale la struttura intende partecipare al fine di tentare una composizione bonaria della controversia.

Al termine della fase collegiale il fascicolo del sinistro deve contenere, oltre a quella raccolta nelle fasi precedenti, almeno la seguente documentazione:

- Parere collegiale del CVS e documentazione ad esso inerente (ad esempio: provvedimento di liquidazione, riscontro alla controparte, accettazione o rifiuto della proposta transattiva, ecc.);
- Evidenza della comunicazione ai sensi del secondo periodo dell'art. 13 della legge 24/2017 entro quarantacinque giorni dalla data di avvio delle trattative stragiudiziali.

**Indicatori minimi di struttura suggeriti:**

- Elaborazione di una procedura/istruzione operativa che definisca la fase collegiale specificandone tempi, ruoli e responsabilità nonché la modalità di aggiornamento del fascicolo e dell'archivio sinistri. La procedura, inoltre, dovrà definire le modalità di comunicazione con gli organi direzionali e con le altre articolazioni organizzative eventualmente coinvolte, nonché con la controparte.

## 7.0 GESTIONE DEI CASI GIUDIZIALI

La gestione del contenzioso giudiziale non è una prerogativa specifica del CVS, dal momento che a tale scopo soccorrono i legali incaricati dalla struttura mediante atto di nomina a firma del rappresentante legale/Direttore Generale.

Tuttavia, il CVS può essere chiamato a esprimere un parere funzionale alle decisioni più opportune nell'interesse della struttura, in collaborazione con i legali incaricati dalla struttura. D'altra parte, alcuni dei sinistri approdati in sede giudiziale potrebbero essere già noti al CVS per il fatto di essere giunti alla sua attenzione sotto una forma iniziale di richiesta risarcitoria avanzata dal titolare o dal suo legale. A tal fine le strutture provvedono all'adozione di apposito regolamento interno per disciplinare l'individuazione e le modalità di attribuzione dell'incarico ai Consulenti Tecnici specialisti componenti il Collegio Peritale. Considerata la rilevanza della partecipazione degli specialisti nel Collegio Peritale, ai fini della difesa tecnica della struttura, nonché la necessità di garantire e non distogliere dalle attività sanitarie gli esercenti la professione sanitaria, si suggerisce alle strutture di disciplinare anche le modalità di liquidazione dell'incarico.

È auspicabile che le scelte difensive nell'intero corso del giudizio siano condivise e discusse collegialmente durante le riunioni del CVS in cui il difensore è convocato in base all'aggiornamento del giudizio ed alle successive udienze, per cui viene svolta l'attività istruttoria e valutativa analoga a quella stragiudiziale (vedi fasi B, C e D). In particolare, anche nel corso del giudizio si può verificare l'opportunità di una scelta transattiva in base agli stessi criteri affermati in precedenza, per cui il CVS provvederà a formulazione di idoneo parere.

## 8.0 GESTIONE DEI FONDI E DELLE RISERVE

L'art. 10 comma 6 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 ha previsto che, indipendentemente dalle modalità di dotazione delle coperture assicurative, le strutture istituiscano nel proprio bilancio di due fondi:

- 1) FONDO RISERVA SINISTRI: con appostazione in bilancio della messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi a sinistri denunciati;
- 2) FONDO RISCHI: con appostazione in bilancio di somme relative ai rischi in corso nell'anno di esercizio e che si protrarranno nell'esercizio successivo.

Mentre la definizione del contenuto del fondo riserva sinistri può risultare di agevole traduzione letterale, per quanto riguarda la costituzione del fondo rischi, in attesa delle indicazioni che potranno provenire dai decreti attuativi cui l'articolo sopra menzionato rimanda, sulla base degli orientamenti consolidatisi in dottrina è possibile fornire qualche indicazione.

Sul fondo rischi si appostano le passività potenziali di natura determinata che, sebbene alla data di bilancio siano riconducibili ad eventi già avvenuti, non risultino però certi nella sopravvenienza e nell'ammontare: mancano, cioè, di una richiesta risarcitoria concretamente pervenuta. Affinché una siffatta passività possa essere appostata nel fondo rischi, occorre che la trasformazione dell'evento accaduto in una richiesta risarcitoria (sinistro) sia verosimile sulla base di argomentazioni attendibili, sebbene non certe, secondo il principio del "più probabile che non". La determinazione dell'impatto economico di tali eventi avviene seguendo i criteri fissati per la valorizzazione economica dei sinistri. Nel caso di eventi che non rispondano al principio del "più probabile che non", non si procederà ad alcuna stima economica: si suggerisce, tuttavia, di redigere una nota integrativa da allegare al fondo rischi. Analogamente potrà procedersi per il fondo riserva sinistri per le posizioni di sinistri a rischio di soccombenza possibile o remota.

Possono essere pertanto ricompresi nel fondo rischi anche gli eventi sentinella segnalati attraverso il sistema di *incident reporting*, le cui cause radice riconoscano fattori causali o contribuenti su cui siano esercitabili azioni di miglioramento. In questi casi il valore economico può essere stimato secondo gli stessi criteri di pesatura adottati nella FASE VALUTATIVA dei sinistri.

È evidente che, nel momento in cui per un evento quantificato all'interno del fondo rischi dovesse pervenire una richiesta risarcitoria, l'importo accantonato andrà trasferito al fondo riserva sinistri.

A meno di diverse disposizioni legislative, la quantificazione dei fondi deve essere calcolata in base al principio contabile della competenza e non della cassa. In altri termini l'importo da accantonare andrà registrato in bilancio dell'anno di generazione del sinistro o dell'evento, e non nel bilancio dell'anno in cui il pagamento viene effettivamente effettuato. La quantificazione dei singoli importi, inoltre, è da considerare come una stima del costo ultimo (ossia della somma che si prevede di dover risarcire al termine della lite). In ogni caso, le riserve devono poter essere aggiornate periodicamente sulla base delle necessità al fine di rendere il dato il più attendibile possibile ed è quindi consigliabile una loro revisione sistematica a cadenza semestrale.

## 8.1 Quantificazione e aggiornamento delle riserve

Al fine di evitare che gli importi posti a riserva siano troppo remoti o troppo recenti rispetto all'anno di accadimento del sinistro, con il rischio di porre a riserva una stima non consolidata, si raccomanda di quantificare le riserve mediante una attenta analisi dello storico della sinistrosità e di aggiornarle periodicamente in funzione delle risultanze istruttorie via via emergenti, dei pareri del CVS ovvero degli esiti di eventuali CTU.

Con cadenza periodica, possibilmente in una seduta speciale dedicata, il CVS esamina l'andamento dei due fondi, alla luce dell'evoluzione dei sinistri per singola annualità e, in particolare, procede a:

1. Azzerare la riserva di sinistri chiusi perché:
  - a) Liquidati;
  - b) Senza seguito;
  - c) Respinti;
2. Aggiornare il fondo riserva sinistri per i sinistri aperti il cui giudizio di soccombenza sia variato;
3. Aggiornare la riserva di sinistri aperti sulla base di rivalutazioni tecniche, medico-legali, giuridiche o anche solo di opportunità;
4. Aggiornare la posizione di eventi già censiti nel fondo rischi, ma nel frattempo tramutati in sinistri e spostare la quota allocata a loro copertura dal fondo rischi al fondo riserva sinistri.

È bene sottolineare che la stima da porre a riserva nel fondo è quella definita in base alla valutazione del CVS, indipendentemente dalla richiesta della controparte o della valutazione della Compagnia, ove presente.

Ai fini dell'imputazione della riserva per ciascun sinistro, indipendentemente dall'annualità di generazione di questi, non va calcolato il potenziale recupero di quote derivanti dall'esercizio dell'azione di rivalsa, perché non determinabile nel *quantum*.

Allo scopo di offrire un orientamento per la stima preliminare del peso economico di un sinistro e la definizione della riserva da accantonare, tenuto conto dei criteri indicati all'interno della Legge 4 agosto 2017 n. 124 (Legge annuale per il mercato e la concorrenza) e ss.mm.ii. in materia di determinazione del danno biologico e del valore pecuniario da attribuire a ogni singolo punto di invalidità comprensivo dei coefficienti di variazione corrispondenti all'età del soggetto leso e sulla scorta della traduzione monetaria solitamente realizzata dal Tribunale di Roma XIII sez calcolata in riferimento alle serie storiche e agli aggiornamenti dei valori tabellari emanati periodicamente a cura del medesimo Tribunale, è stato possibile costruire tre tabelle che potranno essere d'ausilio, a scopo meramente orientativo, per le seguenti determinazioni:

- *Tabella orientativa determinazione stima preliminare del peso economico di un sinistro a seconda della tipologia della responsabilità e dell'entità del danno (Allegato 1);*
- *Tabella orientativa per la determinazione delle riserve d'ingresso in relazione all'entità del danno biologico permanente parziale, all'età del danneggiato e al valore pecuniario del punto calcolato sulla base della legge Balduzzi (micropermanenti) e delle tabelle di Roma 2019 (macropermanenti) (Allegato 2);*
- *Tabella orientativa per la determinazione della riserva d'ingresso nei casi di danno da morte (Allegato 3).*

## 9.0 RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA

Per gli esercenti le professioni sanitarie delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche, la responsabilità amministrativa è normata dal comma 5 dell'art. 9 della legge 24/2017. La responsabilità amministrativa può essere applicata solo per i fatti successivi al primo aprile 2017, data di entrata in vigore della legge 24/2017 e:

- a) è preclusa se non si è ottemperato a quanto previsto dall'articolo 13 della legge 24/2017;
- b) può essere esercitata dal pubblico ministero della Corte dei conti solo in caso di dolo o di colpa grave;
- c) il limite massimo dell'azione è pari al triplo della retribuzione lorda annuale dell'esercente.

La legge 24/2017 ha introdotto l'obbligo per i professionisti sanitari di stipulare contratti assicurativi individuali per la responsabilità da colpa grave. Si raccomanda, pertanto, che le strutture ricordino tale obbligo ai propri operatori, specie ai neoassunti.

Le azioni di responsabilità amministrativa possono essere esercitate dalla struttura anche nei confronti di chi gestisce le richieste risarcitorie. Per questi professionisti non v'è limite all'azione di responsabilità amministrativa, per cui è importante che le strutture raccomandino la stipula di idonei contratti di tutela assicurativa. Fermo restando quanto sopra, si segnala che, al fine di favorire la mediazione e la conciliazione in generale, il D.Lgs. n. 149 del 10 ottobre 2022, emanato in attuazione della legge delega n. 206/21 (cosiddetta "Riforma Cartabia") ha aggiunto all'art. 1, comma 1, della legge n. 20/94 (recante "Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei Conti - Azione di Responsabilità") il comma 1.1 in base al quale la responsabilità contabile dei rappresentanti delle amministrazioni pubbliche che concludono un accordo di conciliazione è limitata ai fatti e alle omissioni commessi con dolo o colpa grave, consistite nella negligenza inescusabile derivante dalla grave violazione della legge o dal travisamento dei fatti. Espresso richiamo alla nuova disposizione sulla responsabilità contabile è inserito all'art. 11 bis del Dlgs 28/10 sulla mediazione.

### 9.1 Obbligo di denuncia alla Corte dei conti

L'obbligo di denuncia alla Procura regionale presso la Corte dei conti non riguarda solo l'ambito sociosanitario, ma in generale tutti i fatti dannosi per il pubblico erario. Attraverso la segnalazione si realizza la necessaria collaborazione tra Amministrazioni pubbliche, anche in considerazione dell'art. 1 c. 3 della legge 20/94, che ricollega alla mancata segnalazione con conseguente prescrizione, una autonoma fattispecie di danno erariale.

Il presupposto per la segnalazione, quindi, è costituito dal verificarsi di un fatto dannoso per la finanza pubblica. Perché sorga l'obbligo di segnalazione, tuttavia, è necessario che la notizia di danno sia "specifica e concreta"<sup>4</sup>, con ciò escludendo tutti quei fatti che abbiano solo una potenzialità lesiva, che comunque vanno attentamente vigilati dalle amministrazioni. Non solo,

<sup>4</sup> Art. 51 D.Lgs. 176/2016 Codice di giustizia contabile.

dunque, deve essersi verificato l'evento produttivo del danno, ma ne deve anche essere seguito l'effettivo pregiudizio patrimoniale. Andranno quindi comunicati alla procura regionale:

- a) Tutti i casi di danni liquidati a terzi, sia nell'ambito delle polizze RCT/O per la parte sotto franchigia o SIR, sia nell'ambito di eventuale ritenzione totale del rischio assicurativo;
- b) Sentenze passate in giudicato con le quali la Struttura sia stata condannata a risarcire un danno a terzi.

I soggetti tenuti all'obbligo della denuncia sono i "responsabili delle strutture burocratiche al vertice delle amministrazioni, comunque denominate, ovvero i dirigenti o responsabili di servizi, in relazione al settore cui sono preposti, che nell'esercizio delle loro funzioni vengono a conoscenza, direttamente o a seguito di segnalazione di soggetti dipendenti, di fatti che possono dare luogo a responsabilità erariali"<sup>5</sup>.

L'accertamento della colpevolezza e della sua gravità è in capo alla Corte dei conti<sup>6</sup>.

## 9.2 Contenuto della denuncia

La denuncia deve contenere<sup>7</sup>:

- a) Una precisa e documentata esposizione dei fatti e delle violazioni commesse;
- b) L'importo liquidato in favore del danneggiato (e/o dei suoi eredi) ovvero l'importo oggetto della condanna.

La denuncia, inoltre, dovrà essere accompagnata da ogni documentazione utile alla sua valutazione da parte della Procura regionale. In particolare, è necessario che dalla documentazione si possa desumere il percorso seguito dalla struttura nella liquidazione del danno, specificando le motivazioni, i criteri e le modalità di calcolo utilizzate per pervenire alla quantificazione della somma liquidata. Si suggerisce, pertanto, che la denuncia sia accompagnata dalla documentazione di seguito specificata:

- 1) Relazione, anche schematica, nella quale indicare:
  - Breve descrizione dell'evento;
  - Motivazioni che hanno portato al risarcimento;
  - Liquidazione avvenuta a seguito di sentenza o di transazione;
  - Esistenza di procedimenti giudiziari e/o disciplinari nei confronti dei responsabili, indicandone, se possibile, gli esiti;
  - Atto di liquidazione, specificando se si tratta di importo in autoritenzione totale o parziale (SIR) del rischio o in franchigia;
  - Se siano state effettuate le comunicazioni ex articolo 13 legge 24/2017;
  - Se la struttura abbia avviato azioni di messa in mora nei confronti dei professionisti;

<sup>5</sup> Art. 52 D.Lgs. 176/2016 Codice di giustizia contabile.

<sup>6</sup> Corte dei conti, sez. I App., sentenza n. 57/2022: l'elemento soggettivo della colpa grave è assimilato "a 'intenza negligenza', 'sprezzante trascuratezza dei propri doveri', 'atteggiamento di grave disinteresse nell'espletamento delle proprie funzioni', 'macroscopica violazione delle norme', nonché 'comportamento che denoti dispregio delle comuni regole di prudenza', con riferimenti anche alla prevedibilità dell'evento dannoso e delle sue conseguenze laddove si rinvenga l'accettazione, da parte dell'agente, dei rischi agevolmente prevedibili in base ad un giudizio effettuato ex ante, come conseguenti alla condotta in essere.

<sup>7</sup> Art. 53 D.Lgs. 176/2016 Codice di giustizia contabile.

- Ogni altra indicazione ritenuta di rilievo e utile per consentire alla Procura contabile l'esame della sussistenza degli elementi idonei a configurare la responsabilità amministrativa degli esercenti la professione sanitaria;
- 2) Verbali del CVS;
  - 3) Relazioni medico-legali redatte da medici incaricati dalla struttura, da medici incaricati dalla Compagnia ovvero dall'Autorità Giudiziaria come CTU;
  - 4) Eventuali sentenze definitive del giudizio.

### 9.3 Tempi per la denuncia e la messa in mora

Le denunce devono essere fatte tempestivamente, e comunque in tempo utile a evitare la decorrenza dei termini di prescrizione<sup>8</sup>. Il tema è da mettere in relazione anche alla necessità di mettere in mora i dipendenti coinvolti nell'evento. Infatti, la pubblica amministrazione denunciante ha l'obbligo "di porre in essere tutte le iniziative necessarie per evitare l'aggravamento del danno, intervenendo ove possibile in via di autotutela o comunque adottando gli atti amministrativi necessari ad evitare la continuazione dell'illecito e a determinarne la cessazione". Al riguardo è possibile prevedere due diverse evenienze:

- La struttura provvede alla segnalazione alla Corte dei conti contestualmente alla liquidazione dell'importo a terzi: in questo caso viene meno la necessità di messa in mora dei dipendenti in quanto non viene alterato il periodo di prescrizione sopra citato;
- La struttura non provvede alla segnalazione contestualmente alla liquidazione: in questo caso l'esigenza di mettere in mora il dipendente è legata all'interruzione della prescrizione. Naturalmente, in questo caso, l'atto di messa in mora dovrà essere allegato alla documentazione inerente al caso.

È importante sottolineare che le comunicazioni ex articolo 13 della legge 24/2017, non sono di per sé sufficienti ai fini dell'interruzione della prescrizione. Solo all'esito dell'avvenuto pagamento si potrà informarli della possibile azione di responsabilità amministrativa.

### 9.4 Patrocinio legale

Data l'intrinseca contrapposizione di interessi tra azienda (potenziale creditore) ed il personale dipendente pubblico citato in giudizio innanzi alla magistratura contabile (potenziale debitore), si rimanda ai riferimenti previsti dalla contrattazione collettiva.

---

<sup>8</sup> Art. 66 D.Lgs. 176/2016 Codice di giustizia contabile: il termine di prescrizione è pari a cinque anni e può essere interrotto per una sola volta per ulteriori due anni: dunque, il termine può essere al massimo di sette anni. **NB**: Si ricorda che i termini predetti decorrono dalla data in cui si è verificato il fatto dannoso, ovvero, in caso di occultamento doloso del danno, dalla data della sua scoperta. Nei casi di avvenuto pagamento di un risarcimento sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale il termine di prescrizione è pari a un anno ai sensi di quanto previsto dall'art. 9 comma 2 legge 24/2017.

## 10.0 ALIMENTAZIONE DEL PORTALE REGIONALE E DEL FLUSSO SIMES SINISTRI

Al fine di consentire il rispetto del debito informativo nei confronti del SIMES sinistri, nonché di quanto sarà previsto dagli emanandi decreti attuativi della legge 24/2017, tutte le Strutture devono alimentare lo specifico portale regionale SIREs. A tal fine le strutture, nell'ambito dell'Ufficio competente per la fase di apertura del sinistro, dovranno individuare le figure preposte all'alimentazione del flusso, richiedere le credenziali di accesso al portale e monitorare l'effettivo inserimento dei sinistri sul portale.

## 11.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Fineschi V: Responsabilità medica per omissione: malintesi e dubbi in tema di nesso di causalità materiale. Riv. It. Med. Leg. 2000 (22): 271-280.
2. Vainieri M, Flore E, Tartaglia R, et al.: Comparative analysis of claims management models in healthcare. First empirical evidence on costs. Mecosan 2014;92:27-53.
3. Circolare del Procuratore Generale presso la Corte dei Conti del 02/08/2007.
4. Circolare del Procuratore Generale presso la Corte dei Conti del 28/12/2017.
5. Determinazione della Regione Lazio G09535 del 02/07/2014: "Approvazione del documento recante: Linee Guida regionali per l'attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS)".
6. L. 28 dicembre 2015, n. 208: "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016).
7. D.lgs. n.174 del 26.8.2016: Codice di Giustizia Contabile.
8. Legge 14 gennaio 1994, n. 20: "Disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti".
9. L. 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".
10. Benci L, Bernardi A, Fiore A, et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano sanità edizioni. Roma; 2017.
11. Gelli F, Hazan M, Zorzit D: La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione. Commento sistematico alla legge 8 marzo 2017, n. 24 (cd. Legge Gelli). Giuffrè Editore. Milano; 2017.
12. Gatto V, Scopetti M, La Russa R, et al.: Advanced Loss Eventuality Assessment and Technical Estimates: An Integrated Approach for Management of Healthcare-Associated Infections. Curr Pharm Biotechnol. 2019;20(8):625-634.
13. Decreto della Regione Lombardia n. 15406 del 27/10/2022: "Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri. Indicazioni per le Direzioni Strategiche e i Comitati Valutazione Sinistri. Seconda revisione".

## Allegati

- |            |  |
|------------|--|
| Allegato 1 | <i>Tabella orientativa determinazione stima preliminare del peso economico di un sinistro a seconda della tipologia della responsabilità e dell'entità del danno</i>   |
| Allegato 2 | <i>Tabella orientativa per la determinazione delle riserve d'ingresso in relazione all'entità del danno biologico permanente parziale, all'età del danneggiato e al valore pecuniario del punto calcolato sulla base della legge Balduzzi (micropermanenti) e delle tabelle di Roma 2019 (macropermanenti)</i> |
| Allegato 3 | <i>Tabella orientativa per la determinazione della riserva d'ingresso nei casi di danno da morte</i>   |

**NB:** Gli allegati sono disponibili sul *Cloud* regionale. Chi non fosse in possesso delle credenziali di accesso può chiedere informazioni all'indirizzo [ccrc@regione.lazio.it](mailto:ccrc@regione.lazio.it).

TABELLA ORIENTATIVA PER LA DETERMINAZIONE DELLA STIMA PRELIMINARE DEL PESO ECONOMICO DI UN SINISTRO A SECONDA DELLA TIPOLOGIA DELLA RESPONSABILITÀ E DELL'ENTITÀ DEL DANNO	
TIPOLOGIA ED ENTITÀ DEL DANNO	STIMA (€)
<b>DANNI A COSE</b>	
Compresi: danni ad autovetture, dispositivi elettronici personali (cellulari, personal computer, tablet, ecc.), effetti personali (abiti, monili, ecc.), smarrimento/rotture (lenti protesi dentarie/apparecchi acustici, ecc.), furti di oggetti personali di valore (carte di credito, orologi, monili, ecc.)	3.500
<b>RESPONSABILITÀ DATORE DI LAVORO</b>	
Danni ad operatori sanitari non coperti da INAIL	15.000
<b>DANNO A PERSONA DA RESPONSABILITÀ SANITARIA</b>	
<b>Morte</b> Compresi i decessi di minori anche neonati ma non legati al parto, oltre alle cadute con decesso, stimando almeno due eredi	500.000
<b>Perdita di chance</b> Esempio: morte sopravvenuta in soggetto con probabilità di sopravvivenza a 5 anni ex ante inferiori al 30%	100.000
<b>Permanente: grave (invalidità permanente parziale stimabile superiore al 67%)</b> Esempio: quadriplegia, emiplegia, emiparesi grave, paraplegia, gravi danni encefalici, cecità, sordità, perdita anatomica o funzionale di due arti o del solo arto superiore dominante	500.000
<b>Permanente: medio (invalidità permanente parziale stimabile compresa tra il 30 ed il 66%)</b> Esempio: danni encefalici di media entità, emiparesi di media entità, perdita anatomica o funzionale di un arto; perdita del visus monolaterale o altri deficit visivi parziali, ipoacusia bilaterale grave, emiparesi di lieve entità	Fino a 250.000
<b>Permanente: minore (invalidità permanente parziale compresa tra il 10 ed il 29%)</b> Esempio: perdita di un rene o di polmone, perdita del pollice della mano dominante, emiparesi con lieve deficit di forza e minimo impaccio ai movimenti fini della mano, perdita/lesioni di dita (escluso il pollice dominante), indebolimento di funzioni viscerali (compresi quelli di senso), anacusia/ipoacusia ad un solo orecchio	Fino a 120.000
<b>Micropermanente: minimo (invalidità permanente parziale compresa tra &gt; 0 e 9)</b> Esempio: perdita di un dente, frattura costale con callo esuberante, esiti soggettivi di trauma cranico non commotivo, danni estetici di modesta entità, su zone corporee non critiche	Fino a 30.000
<b>Danno da parto/neonatologico di media entità</b> Esempio: invalidità permanente parziale su neonato superiore al 30% e inferiore al 50%, con danni riflessi sui genitori	Fino a 275.000
<b>Danno da parto/neonatologico di grave entità</b> Esempio: Invalidità permanente parziale su neonato superiore al 50% e inferiore all'80%, con danni riflessi sui genitori	Fino a 500.000
<b>Danno da parto/neonatologico di severa entità/morte ritardata</b> Esempio: invalidità permanente parziale su neonato superiore all'80% o morte del neonato dopo almeno un anno di sopravvivenza, con danni riflessi sui genitori	Fino a 1.300.000
<b>Danno da parto/neonatologico morte immediata</b> Esempio: morte immediata o sopravvenuta dopo poche settimane di sopravvivenza	Fino a 300.000
<b>Danno da lesione del solo diritto alla libertà di autodeterminazione</b> Esempio: sofferenza intima (danno morale), senza alcun riferimento ad eventuali collegamenti con danni fisici conseguiti alla violazione del consenso informato	Fino a 50.000

<b>TABELLA ORIENTATIVA PER LA DETERMINAZIONE DELLE RISERVE D'INGRESSO IN RELAZIONE ALL'ENTITÀ DEL DANNO BIOLOGICO                      PERMANENTE PARZIALE, ALL'ETÀ DEL DANNEGGIATO E AL VALORE PECUNIARIO DEL PUNTO CALCOLATO SULLA BASE DELLA LEGGE BALDUZZI                      (MICROPERMANENTI) E DELLE TABELLE DI ROMA 2019 (MACROPERMANENTI)</b>								
<b>ETÀ                      DANNEGGIATO</b>	<b>MICROPERMANENTI                      (DM 8/6/22 ex L. Balduzzi)</b>			<b>MACROPERMANENTI                      (Tabelle Tribunale di Roma 2019)</b>				
	<b>3%</b>	<b>6%</b>	<b>9%</b>	<b>10%</b>	<b>30%</b>	<b>50%</b>	<b>60%</b>	<b>90%</b>
<b>1</b>	3.135	8.883	18.029	22.414	128.880	368.585	1.071.656	1.378.494
<b>10</b>	3.135	8.883	18.029	21.405	123.080	351.998	1.023.431	1.316.461
<b>25</b>	2.900	8.217	16.676	19.724	113.414	324.354	943.057	1.213.074
<b>50</b>	2.508	7.107	14.423	16.922	97.304	278.281	809.100	1.040.762
<b>75</b>	2.116	5.996	12.169	14.120	81.194	232.208	675.143	868.451
<b>85</b>	1.959	5.552	11.268	13.000	74.750	213.779	621.560	799.526

Allegato 3

<b>TABELLA ORIENTATIVA PER LA DETERMINAZIONE DELLA RISERVA D'INGRESSO NEI CASI DI DANNO DA MORTE</b>	
<b>TIPOLOGIA ED ENTITÀ DEL DANNO</b>	<b>RISERVA D'INGRESSO (€)</b>
Morte di soggetto di età pari a 50 anni, aspettative di vita fino a 82 anni, con intervallo di sopravvivenza superiore a 15 giorni ma inferiore a un anno, lucida agonia e presenza di 3 prossimi congiunti conviventi	<b>1.300.000</b>
Morte di soggetto di età pari a 50 anni, aspettative di vita fino a 82 anni, con intervallo di sopravvivenza superiore a 15 giorni ma inferiore ad un anno, lucida agonia e presenza di 4 prossimi congiunti conviventi e tre eredi ulteriori non conviventi	<b>1.700.000</b>
Morte di un soggetto di età pari a 50 anni, con intervallo di sopravvivenza inferiore a 15 giorni, con o senza lucida agonia, e presenza di 3 prossimi congiunti conviventi	<b>1.050.000</b>
Morte di un soggetto di età pari a 50 anni, senza lucida agonia, con intervallo di sopravvivenza superiore a 15 giorni, e presenza di 1 prossimo congiunto convivente e due ulteriori eredi non conviventi	<b>450.000</b>
Morte di un soggetto di età pari a 50 anni, con intervallo di sopravvivenza inferiore a 15 giorni, con o senza lucida agonia, e presenza di 4 prossimi congiunti conviventi e tre eredi ulteriori non conviventi	<b>1.450.000</b>
Morte di neonato con presenza di due genitori, due fratelli e quattro nonni	<b>1.500.000</b>
Evento letale che ha comportato la perdita delle aspettative di vita di 5 anni in un soggetto adulto di età superiore a 50 anni, indipendentemente dal numero di prossimi congiunti/eredi	<b>400.000</b>