

### **Indicazioni organizzative e responsabilità per il corretto espletamento delle azioni per la gestione diretta delle richieste di risarcimento per responsabilità civile verso terzi e operatori (RCT/RCO) e per il controllo del rischio clinico**

Al fine di definire modalità condivise e uniformi di valutazione e liquidazione dei risarcimenti e revisione delle attività, il Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente annualmente stabilisce un programma d'incontri del Comitato Regionale di Valutazione dei Sinistri (CRVS) con i Comitati Gestione Sinistri (CGS) delle Aziende Sanitarie nell'ambito dei "patient safety walkarounds" regionali programmati.

Gli esperti incaricati dalle aziende sanitarie per l'analisi dei danni e lesioni alle persone relativi ai risarcimenti richiesti, devono essere individuati tra i professionisti di comprovata esperienza e competenza dipendenti dell'azienda sanitaria, mediante la costituzione di un apposito elenco aziendale ai cui potranno attingere anche i comitati di gestione dei sinistri di altre aziende sanitarie. Detto elenco potrà essere utilizzato dalle aziende sanitarie anche per la nomina dei propri consulenti tecnici di parte nella mediazione e nelle procedure giudiziali. Con proprio atto dirigenziale la Direzione generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale provvederà a disciplinarne la costituzione e i compiti. Gli esperti potranno essere anche individuati negli elenchi degli auditor regionali per l'analisi degli eventi sentinella di cui al delibera GRT N° 101 del 16-02-2009.

Le aziende sanitarie toscane, mediante accordi formali tra le direzioni aziendali, dovranno definire le modalità di svolgimento delle consulenze dei propri dipendenti ai Comitati Gestione dei Sinistri delle altre aziende sanitarie.

Le aziende sanitarie dovranno farsi carico degli eventuali compensi e rimborsi spese, in conformità alle disposizioni in materia di libera professione, laddove nominino, come consulenti tecnici di parte per la mediazione o le procedure a carattere giudiziale, propri dipendenti o esperti di altre aziende sanitarie del servizio sanitario nazionale.

I Comitati di Gestione Sinistri potranno avvalersi in casi motivati di particolare complessità e/o rilevanza economica di esperti/specialisti non iscritti negli elenchi suddetti da ricercarsi nell'ambito del servizio sanitario nazionale con oneri a carico delle rispettive aziende sanitarie.

I professionisti sanitari e tecnici del servizio sanitario regionale, nonché gli iscritti negli elenchi predetti, non possono svolgere attività di consulenza di parte nei casi di richieste di risarcimento per RCT che interessino la propria azienda sanitaria.

Le aziende sanitarie dovranno promuovere annualmente un'iniziativa aperta alle associazioni di cittadini per la presentazione dei risultati raggiunti su qualità e sicurezza delle cure (Quality and Safety day).

Le Direzioni Generali Aziendali sono tenute a inserire negli obiettivi di risultato dell'attività dei dirigenti di struttura complessa e direzione di dipartimento, la corretta implementazione e applicazione delle buone pratiche e raccomandazioni ministeriali per la sicurezza delle cure nonché lo sviluppo del sistema di apprendimento e di segnalazione.

Le aziende sanitarie sono tenute ad attivare la pratica dell'audit GRC, delle rassegne di mortalità e morbilità e della comunicazione degli eventi avversi anche in relazione a quelli eventi per i quali è avanzata una richiesta di risarcimento.

La responsabilità della vigilanza e controllo interno, sulla corretta adozione delle buone pratiche messe a punto dal Centro regionale Gestione Rischio Clinico e delle raccomandazioni del Ministero della Salute sulla sicurezza delle cure, è affidata alle direzioni sanitarie che si avvarranno del responsabile aziendale della qualità e sicurezza delle cure per la loro applicazione.

La responsabilità del funzionamento e consolidamento dei sistemi di apprendimento e di segnalazione e analisi degli eventi avversi è affidata al clinical risk manager aziendale che si avvarrà delle figure professionali e organi preposti (rete dei facilitatori, gruppo di lavoro gestione rischio clinico, comitato per la sicurezza del paziente, clinical risk manager di dipartimento);

## **Procedura di riferimento regionale per la gestione dei risarcimenti per responsabilità civile verso terzi e operatori (RCT/RCO) per il controllo del rischio nel sistema sanitario della Regione Toscana**

### **ATTORI INTERESSATI**

- Comitato Gestione Sinistri (CGS)
- U.O. Affari Generali e/o U.O. Affari Legali
- U.O. Medicina Legale
- Direzione Sanitaria
- Responsabile del rischio clinico (clinical risk manager)
- Responsabile della qualità e sicurezza delle cure (quality and patient safety manager)
- Responsabile Area Funzionale Tecnica (eventuale, per danni derivanti ex art. 2043 e da cose in custodia ex art. 2051 c.c. e qualora sia necessario accertare lo stato di manutenzione e funzionamento di beni, impianti e/o apparecchiature che abbiano avuto qualche rilevanza nella causazione del sinistro)
- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (eventuale, per danni occorsi a causa del mancato rispetto delle norme in materia di prevenzione degli infortuni sul lavoro)
- Responsabile Zona Distretto o Presidio Ospedaliero coinvolti
- U.O. Gestione Economica e Finanziaria
- Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS)

**COMITATO GESTIONE SINISTRI** – a integrazione e precisazione di quanto già stabilito dalla delibera GRT n. 1203/2009, fanno parte del comitato gestione sinistri:

- Referente gestione amministrativa e/o legale dei sinistri e eventuale personale amministrativo di supporto
- Referente medicina legale
- Referente direzione sanitaria (responsabile qualità e sicurezza delle cure)
- Referente gestione rischio clinico (clinical risk manager con esperienza clinica)

Su decisione collegiale del CGS si possono convocare quali membri aggiuntivi per l'esame di specifici casi, i seguenti professionisti:

- responsabili delle strutture coinvolte nell'evento
- personale sanitario o tecnico coinvolto o informato sui fatti
- professionisti di area clinica medica, chirurgica o sanità pubblica, anche di altre aziende sanitarie, con competenze specialistiche inerenti il caso in esame;

- professionisti esperti in estimo assicurativo e valutazione e liquidazione dei danni (loss adjuster), fino a quando l'apporto non sia ritenuto superfluo dalle competenze acquisite dagli operatori dell'ASL/AOU. Si può trattare anche di professionista sanitario o tecnico proveniente anche da altre aziende sanitarie regionali che abbiano specifiche competenze per la valutazione del caso di specie.
- Si riunisce ogni 15/30 gg. a seconda del numero di richieste risarcimento danni da valutare, della complessità o della gravità delle stesse ed in relazione ai carichi di lavoro e alle opportunità organizzative.
- I tempi per la gestione del sinistro sono:
  - Entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta risarcitoria, inserimento dei dati nel sistema informativo regionale (SRGS) e comunicazione all'utente di presa in carico della pratica e contestuale inoltro dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali;
  - Entro 6 mesi dalla data di presa in carico della pratica da parte dell'azienda sanitaria si dovrà pervenire ad una proposta di definizione (indennizzo/reiezione); nei casi di sinistri particolari e complessi che richiedono tempi d'istruttoria maggiori tale periodo può essere prorogato con motivazione scritta a 12 mesi.

I tempi di definizione del sinistro saranno monitorati con specifici indicatori di valutazione della performance.

Si precisa che i termini di cui sopra sono sospesi nel caso in cui il paziente o il suo legale non diano positivo riscontro alle richieste avanzate da parte dell'Azienda, come, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo: la mancata produzione di documentazione in possesso del paziente, la mancata presentazione alla visita medico-legale da parte del danneggiato ovvero la mancata stabilizzazione dei postumi della lesione o anche nel caso in cui sia stata richiesta la valutazione da parte del CRVS o la second opinion al comitato di area vasta.

## **FASE I** - RICHIESTE RISARCIMENTO DANNI

- Richiesta di risarcimento danni presentata dal soggetto danneggiato o dagli eredi, personalmente o mediante rappresentante legale.

Qualora il cittadino intenda avvalersi dell'istituto della mediazione previsto dal Decreto legislativo 28/2010, l'azienda sanitaria dovrà comunque proporre preventivamente all'interessato la negoziazione volontaria di tipo stragiudiziale.

L'Ufficio del Difensore Civico in tale ambito facilita e promuove l'incontro tra le parti.

## **FASE II** - ISTRUTTORIA – *Fase preliminare*

- Entro massimo 15 giorni dal ricevimento della richiesta:
  - L'Azienda comunica all'interessato l'apertura del sinistro e contestualmente trasmette l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ex D.Lgs. n. 196/2003, onde procedere alla gestione dell'eventuale risarcimento
  - creazione fascicolo aziendale con codice interno pratica e contestuale inserimento nel SRGS
  - trasmissione richiesta danni al settore di competenza per acquisizione della documentazione.

Specifici indicatori di valutazione della performance amministrativa saranno stabiliti nell'ambito del sistema del bersaglio delle aziende sanitarie in merito ai tempi di presa in carico della richiesta del cittadino o del suo legale rappresentante da parte del CGS rispetto alla data di arrivo dell'atto iniziale.

## **FASE II** - ISTRUTTORIA – *Fase intermedia*

- A seguito dell'apertura del sinistro e dal momento in cui si abbia un positivo riscontro da parte del danneggiato o del rappresentante costituito relativamente a quanto richiesto da parte dell'Azienda, si procederà a:
  - determinare una riserva preliminare (valutazione interna)
  - coinvolgere le strutture interessate nell'istruttoria del caso
  - valutare la necessità di sottoporre a visita medica il danneggiato e/o procedere ad una indagine sui luoghi
  - dare mandato o comunicazione al Clinical Risk Manager per le prime valutazioni di competenza nel caso in cui non sia stato fino ad allora informato o non sia comunque venuto a conoscenza del sinistro

Fin da tale fase istruttoria, le strutture interessate e/o il personale coinvolto devono prestare la massima collaborazione, ad esempio inviando la documentazione eventualmente predisposta e/o raccolta, avendo facoltà di fornire ulteriori chiarimenti sui fatti occorsi e/o sulla documentazione raccolta, nel caso di sinistri da responsabilità sanitaria direttamente all'U.O. Medicina Legale.

Non è prevista nella fase istruttoria alcuna dichiarazione a verbale dei soggetti interessati

- Una volta acquisita e valutata la documentazione istruttoria l'U.O. Medicina Legale eventualmente invita il soggetto ad effettuare la visita.

Si precisa che non è necessario che il paziente produca una propria perizia di parte.

- Entro i successivi 45 giorni al massimo dalla visita e dal completamento della produzione documentale da parte del danneggiato, l'U.O. Medicina Legale:
  - redige perizia con i contributi eventualmente forniti dalle strutture interessate e/o dal personale coinvolto e, se del caso, avvalendosi di esperti di altre aziende;
  - trasmette contestualmente la perizia all'U.O. Affari Generali/Legali o altro ufficio competente
- Se invece trattasi di danno non dipendente da responsabilità sanitaria o semplicemente in aggiunta a questa:
  - entro massimo 30 giorni dalla richiesta completa della documentazione, il responsabile dell'Area Funzionale Tecnica o del Servizio Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro:
    - redige perizia
    - trasmette contestualmente la perizia all'U.O. Affari Generali/Legali o altro ufficio competente

## **FASE II** - ISTRUTTORIA – *Fase finale*

- Riunione CGS per:
  - presentazione richieste e risultanze
  - discussione perizia medica e/o tecnica
  - valutazione delle possibilità di soccombenza in giudizio
  - quantificazione del danno ai fini della proposta transattiva e delle riserve da iscrivere in caso di reiezione della richiesta di risarcimento sulla base delle più recenti Tabelle del Tribunale di Milano per la quantificazione dei danni alla persona

Nel caso di sinistri particolarmente complessi e/o riguardano eventi che richiedono una particolare attenzione, potrebbero essere necessarie più riunioni del CGS aziendale ovvero sarà possibile chiedere una *second opinion* ad un CGS di Area Vasta, come previsto dalla Delibera GRT n. 1203/09 "i cui componenti sono designati, con le medesime professionalità sopra indicate, dal Comitato dei Direttori Generali di Area Vasta" e nel rispetto delle disposizioni fissate dal D.Lgs. 196/2003 in tema di trattamento dei dati sensibili e personali. Tale valutazione deve essere fornita entro e non oltre trenta giorni.

Per i sinistri che prevedono risarcimenti di entità economica rilevante può essere chiesto un parere consultivo non vincolante al Comitato Regionale di Valutazione dei Sinistri (CRVS). Le pratiche di sinistro complete della proposta di risarcimento dell'azienda sanitaria dovranno essere presentate direttamente alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale, sempre nel rispetto delle disposizioni fissate dal D.Lgs. 196/2003 in tema di trattamento dei dati sensibili e personali.

Il Comitato Regionale di Valutazione dei Sinistri (CRVS) è tenuto a fornire una risposta in merito alla congruità del risarcimento entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento della pratica dall'azienda sanitaria interessata; il mancato riscontro entro tale termine risponde al principio del silenzio assenso.

## **ESITI**

- A seguito delle risultanze istruttorie, l'U.O. Affari Generali/Legali:
  - rigetta la domanda
  - accoglie la domanda e definisce l'entità del risarcimento per la composizione bonaria/conciliativa della vertenza
  - comunica al professionista gli esiti dell'istruttoria.
  
- Effettuata la trattativa, l'U.O. Affari Generali/Legali
  - Formalizza l'entità del risarcimento o il rigetto della domanda, se possibile, direttamente al cittadino o al legale ove presente.

## **FASE III - DEFINIZIONE SINISTRO**

- Il danneggiato può accettare o rigettare l'entità del risarcimento
- Eventuali modifiche o nuovi elementi che possano modificare le valutazioni sono presentate e ridiscusse in sede di CGS per una rivalutazione del caso
- A seguito dell'accettazione della liquidazione di indennizzo da parte del danneggiato, l'U.O. Affari Generali/Legali e la Direzione Aziendale predispongono gli atti per la successiva liquidazione del danno
- Se invece il danneggiato rigetta la liquidazione d'indennizzo formulata, l'U.O. Affari Generali/Legali iscrive la riserva (valutazione interna) per l'eventuale soccombenza nell'azione legale di risarcimento.

## **FASE IV - ALTRI ADEMPIMENTI FINALI**

- Trasmissione report periodico alla procura Regionale presso la Corte dei Conti per le valutazioni di competenza per l'eventuale sussistenza del dolo o della colpa grave per l'esercizio dell'azione di rivalsa.
- Trasmissione del report alla direzione sanitaria e amministrativa e alle strutture interessate dall'evento per la valutazione e controllo del rischio.

La modulistica standard per assicurare modalità di comunicazione uniformi con l'utenza che chiede un risarcimento (lettera di comunicazione di apertura del sinistro e richiesta di documentazione, lettera di convocazione a visita medico legale) sarà approvata con successivo decreto dirigenziale.