

DELIBERAZIONE DIRETTORE GENERALE N. 000324 DEL 08 FEB 2024

STRUTTURA PROPONENTE: UOC AFFARI GENERALI E LEGALI

Oggetto: "Regolamento organizzazione e funzionamento Comitato Valutazione Sinistri (CVS)"

PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Filippo Coiro

 Favorevole Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 08 FEB 2024

PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO f.f.

Dott. Franco Cortellesa

 Favorevole Non favorevole (vedi motivazioni allegate)data, 08 FEB 2024

Atto trasmesso al Collegio Sindacale

 Senza osservazioni Con osservazioni (vedi allegato)

Il Presidente _____

data _____

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Registrazione n. 1 _____del 08/02/2024Il Dir. ad interim UOC Bilancio e Contabilità
(Dott. Fabio Filippi)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento proponente, con la sottoscrizione del presente atto a seguito dell'istruttoria effettuata attesta che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico

Il responsabile del procedimento _____

Il Direttore f.f. UOC Affari Generali e Legali Enzo Fasani _____

La presente deliberazione è costituita da n. 2 pagine da n. 4 allegati composti da un totale di pagine n. 22

La U.O.C. Affari Generali e Legali, relaziona al Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della deliberazione n. 933 del 19.07.2019, parzialmente modificata con deliberazione n. 1126 del 10.09.2019 con la quale è stato adottato l'atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n. 84 del 17.10.2019 e della deliberazione n. 993 del 07.06.2022 con la quale sono state proposte modifiche dell'Atto Aziendale approvate con determina regionale G07864 del 16.06.2022 e pubblicate sul B.U.R.L. n. 56, suppl.I del 05.07.2022,

PREMESSO che la Regione Lazio – Direzione: Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica - con Determinazione Dirigenziale del Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria n. 15665 del 23/11/2023 procedeva all'approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014) ;

CONSIDERATO che la citata determinazione n. 15665 del 23/11/2023 ha onerato le strutture pubbliche del SSR di provvedere alla istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) ovvero, nel caso in cui fosse già istituito, alla sua conferma con apposito provvedimento formale nonché di provvedere all'approvazione di un regolamento in linea con i contenuti previsti nel Documento ovvero al relativo aggiornamento, ove già esistente;

che il Direttore Generale ha incaricato il Coordinatore dell'Avvocatura Aziendale di redigere un nuovo regolamento di organizzazione e funzionamento del CVS secondo le linee di indirizzo contenute nella determinazione n. 15665 del 23/11/2023;

DATO ATTO che la proposta di regolamento è stata esaminata dal Risk Manager e dalla Direzione Amministrativa e inviata il 06/02/2024 ai componenti dell'attuale Comitato aziendale valutazione sinistri;

RITENUTO potersi procedere alla presa d'atto del citato regolamento,

PROPONE

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate

- 1) di approvare il "Regolamento organizzazione e funzionamento Comitato Valutazione Sinistri (CVS)", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento (allegato 1);
- 2) di dare atto che il "Regolamento organizzazione e funzionamento Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" è adottato in sostituzione del precedente regolamento in materia che, pertanto, è da intendersi revocato con effetto dalla data di approvazione del presente;
- 3) di disporre la pubblicazione del "Regolamento organizzazione e funzionamento Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" sul sito aziendale, nella apposita sezione;
- 4) di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali

Enzo Fasani



SULLA SUPERIORE PROPOSTA VENGONO ESPRESSI

Parere

Data

Favorevole
08 FEB. 2024

Parere

Data

Favorevole
08 FEB. 2024

Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Sanitario f.f.

Dott. Franco Cortellessa



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Giulio Santonocito, con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00096 del 11 luglio 2022;

Vista la superiore proposta di deliberazione, formulata dal Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata;

Ritenuto di condividere il contenuto della medesima proposta;

DELIBERA

- di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dal Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali
- di disporre che il presente atto venga pubblicato nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009.

Il Direttore Amministrativo

Dott. Filippo Coiro



Il Direttore Sanitario f.f.

Dott. Franco Cortellessa



Il Direttore Generale

Dott. Giorgio Giulio Santonocito

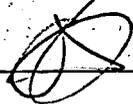


PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo delle Pubblicazioni presso la Sede Legale dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 in data: 10 FEB 2024

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

L'addetto alla Pubblicazione



Per copia conforme all'originale, per uso amministrativo

**Il Direttore f.f. U.O.C. Affari Generali e Legali
Avv. Enzo Fasani**

Tivoli, _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	AVVOCATURA AZIENDALE	
REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****		Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____

Revisione	Data	Causale	Elaborazione	Verifica	Approvazione
R_00 (Prima Emissione)		Regolamento Aziendale (Implementazione Regolamento Aziendale)	Gruppo di Lavoro Avv. Valentino Vescio di Martirano	Risk Manager (Dott.F. Lauria)	Direttore Generale Direttore Sanitario Direttore Amministrativo

LISTA DI DISTRIBUZIONE:

TEMPI E MODALITA' DI REVISIONE

Le procedure vengono revisionate con cadenza di norma biennale ovvero a seguito della emissione di nuove disposizioni legislative a livello e/o regionale, nonché regionale, nonché di cambiamenti organizzativi e/o gestionali all'interno dell'Azienda.

La procedura è visionabile e scaricabile all'indirizzo:

<http://intranet.aslromag.it/newintra/risk-management/> alla sezione: *procedure aziendali*

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

**REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E
FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE
SINISTRI DELLA ASL ROMA 5**

....

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

INDICE

Art. 1 Definizione, obiettivi e funzioni.....	pag. 4
Art. 2 Composizione e Funzionamento.....	pag. 5
Art. 3 Fasi della Gestione del sinistro.....	pag. 8
I. FASE PRELIMINARE.....	pag. 8
II. FASE ISTRUTTORIA.....	pag. 11
III. FASE VALUTATIVA.....	pag. 14
IV. FASE COLLEGIALE.	pag. 16
Art. 4 Fase Conclusiva.....	pag. 19
Art. 5 Riservatezza e rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali.....	pag.20
Art. 6 Quantificazione e aggiornamento delle riserve.....	pag.20
Art. 7 Decorrenza del regolamento e disposizioni finali.....	pag.21
Prospetto generale tempistiche.....	pag.22

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 *****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di ____</p>

Art. 1 Definizione, obiettivi e funzioni

1. Il Comitato Valutazione Sinistri (di seguito “CVS”) è un organismo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo che esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulle richieste risarcitorie per danno alla persona e per responsabilità medica/sanitaria e civilistica formulate nei confronti della ASL Roma 5 (di seguito Azienda) o dei suoi operatori. E’ l’organismo cui compete la funzione di governo del rischio assicurativo e di valutazione dei sinistri.
2. Il CVS opera a supporto alla Direzione Strategica Aziendale per controllare e, possibilmente, ridurre l’impatto economico e sociale dei sinistri attraverso un approccio al fenomeno che integri le funzioni di riparazione e risarcimento del danno con quelle di studio e monitoraggio della sinistrosità.
3. Le attività del CVS sono finalizzate al perseguimento dei seguenti obiettivi:
 - a) conseguire risparmi attraverso la trattazione diretta e celere delle istanze risarcitorie comunque denominate e la riduzione del contenzioso giudiziale;
 - b) migliorare il rapporto tra Azienda e danneggiato, basandolo su una corretta e trasparente comunicazione, al fine di tutelare il decoro e l’immagine dell’Azienda e del professionista da una parte e i diritti del cittadino dall’altra;
 - c) rendere omogenee le modalità di attuazione del sistema di gestione dei sinistri con particolare riferimento
 - i. all’organizzazione degli adempimenti connessi alla gestione stragiudiziale;
 - ii. alla tempistica relativa alla gestione dei sinistri e liquidazione dei risarcimenti;
 - iii. al monitoraggio del fenomeno e dei flussi informativi.
4. Le funzioni attribuite, dunque, al CVS sono:
 - a) la valutazione dei sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti e verificare la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento mediante l’analisi dei casi;
 - b) la valutazione dei sinistri per i quali la Compagnia assicuratrice ha formulato una proposta transattiva;
 - c) definire la migliore strategia di gestione delle richieste di risarcimento, nell’intento di minimizzarne l’impatto economico e proporla alla Direzione Strategica Aziendale;
 - d) la valutazione dell’impatto economico del sinistro e definire le riserve al fine di quantificare in maniera adeguata il fondo riserva sinistri e il fondo rischi;
 - e) aggiornare periodicamente il fondo riserva sinistri e il fondo rischi;
 - f) migliorare il rapporto tra Azienda e danneggiato attraverso una corretta e trasparente comunicazione al fine di tutelare l’immagine dell’Azienda e dei suoi operatori da una parte e i diritti dello stesso dall’altra;
 - g) rendere omogenee le modalità di attuazione del sistema di gestione dei sinistri con particolare riferimento all’organizzazione degli adempimenti connessi alla gestione stragiudiziale, alla tempistica relativa alla gestione dei sinistri e liquidazione dei risarcimenti;
 - h) la formulazione del proprio parere sulla definizione del sinistro.

 <p>ENTITÀ SANITARIA REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

Art. 2 Composizione e Funzionamento

1. La nomina, la revoca e/o la sostituzione dei componenti del CVS sono disposte con atto deliberativo del Direttore Generale che indica tra i componenti la figura del Coordinatore.

2. La gestione e lo svolgimento di tutti gli adempimenti amministrativi necessari al funzionamento del CVS sono garantite dalla UOC Affari Generali e Legali (di seguito UOC Affari Generali e Legali).

3. In particolare la UOC Affari Generali e Legali:
 - a) è incaricata dell'accertamento, istruttoria, gestione ed eventuale liquidazione dei sinistri per la trattazione della richiesta risarcitoria si avvale del contributo delle singole unità operative mediche/sanitarie o amministrative e di ogni professionalità utile per giungere alla definizione del sinistro;
 - b) gestisce l'istruttoria del procedimento ed i rapporti tra i diversi attori coinvolti;
 - c) fornisce informazioni in ordine alla procedura in essere ai soggetti interessati coinvolti;
 - d) gestisce il flusso documentale e informatico relativo ai sinistri;
 - e) forma il fascicolo del procedimento;
 - f) provvede ad ogni comunicazione relativa al procedimento, in particolar modo a richiedere alle strutture e ai soggetti coinvolti la predisposizione di adeguata e dettagliata relazione sui fatti segnalati corredata da tutta l'utile documentazione sia medica che non;
 - g) effettua, anche per il tramite della Compagnia Assicuratrice, un monitoraggio della sinistrosità, con particolare attenzione alla tipologia del danno, all'ammontare economico del danno presumibile e quantificato, alla frequenza, all'area di attività interessata, anche al fine di individuare le strategie di intervento;
 - h) monitora il numero di sinistri aperti per anno e la tempistica della loro definizione;
 - i) Alimenta, per il tramite della Regione il flusso del Sistema di Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), per quanto riguarda le denunce dei sinistri.

4. Per la composizione del CVS è obbligatoria la presenza dei seguenti componenti:
 - a) Dirigente Coordinatore dell'Avvocatura, anche nella qualifica di coordinatore del CVS (o suo Delegato);
 - b) Membro della Direzione Sanitaria;
 - c) Dirigente della UOC Affari generali e Legali;
 - d) Specialista in Medicina Legale;
 - e) Risk Manager Aziendale;
 - f) Rappresentante della compagnia assicurativa;
 - g) Esperto nella gestione liquidativa;
 - h) Collaboratore/Assistente amministrativo con funzioni di segreteria.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

5. La composizione del CVS può essere integrata da altre figure, fermo restando la presenza di quelle sopra specificate.
6. Il CVS dovrà interfacciarsi con l'UOC Bilancio che, pur non partecipando alle sedute del CVS, effettuerà sulla base delle indicazioni ricevute dal CVS la corretta contabilizzazione dei sinistri e terrà i rapporti per tali problematiche con i preposti uffici della Regione Lazio specie per indentificare e aggiornare periodicamente il fondo riserva sinistri e il fondo rischi.
7. Le competenze di alcuni dei componenti sopra citati, in particolari situazioni (possibili conflitti di interessi) possono essere rappresentate da un unico professionista (per esempio Risk Manager e di specialista in Medicina Legale); in tal caso il CVS è comunque da considerarsi come validamente costituito.
8. I componenti del CVS, qualora non presenti nell'organico dell'Azienda, possono essere individuati esternamente con oneri a proprio carico e nel rispetto delle procedure concorrenziali previste dalla legge, attraverso convenzioni con altre strutture del SSR o con Università pubbliche e private. Il CVS, 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.
9. I componenti del CVS non possono trovarsi in posizione, neppure potenziale, di conflitto di interessi.
10. I medesimi membri hanno, altresì, l'obbligo di astensione qualora si ravvisino cause e circostanze a qualunque titolo riconducibili a potenziale conflitto di interesse.
11. Nel caso in cui ciò accada sono tenuti a comunicarlo al Coordinatore e ad astenersi dalla seduta.
12. Nel caso in cui sia il Coordinatore a trovarsi in conflitto di interessi, questi è tenuto ad astenersi dalla seduta e le sue funzioni vengono assolte dal suo Delegato o, in mancanza, dal componente aziendale più anziano.
13. In caso di assenza e/o impedimento del Coordinatore, le funzioni dello stesso vengono assolte dal suo Delegato o, in mancanza, dal componente aziendale più anziano.
14. Il CVS è convocato dal Coordinatore con regolare periodicità, di norma con cadenza mensile. In via eccezionale la convocazione può essere fatta su richiesta di un componente, previo accordo con il Coordinatore, per la disamina di alcuni sinistri ritenuti di "particolare rilevanza".
15. La convocazione delle riunioni va comunicata ai componenti di norma via mail almeno cinque (5) gg. prima della data stabilita. Quando possibile, tuttavia il CVS al termine della seduta si autoconvoca per quella successiva.
16. Le sedute devono svolgersi in orario istituzionale e non prevedono alcun compenso aggiuntivo per il personale dipendente.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

17. Le riunioni sono valide con la presenza della maggioranza dei componenti e le decisioni devono essere assunte a maggioranza degli stessi. Eventuali dichiarazioni dei membri dissenzianti possono essere verbalizzate nella seduta di riferimento.

18. In caso di tre assenze non giustificate consecutive, il titolare dell'incarico decade e viene sostituito con nuovo provvedimento deliberativo.

19. Per la discussione di specifici casi, possono essere chiamati a partecipare gli operatori coinvolti nel sinistro.

20. Al fine di consentire il corretto funzionamento del CVS, viene garantita la formazione e l'aggiornamento continuo di tutti gli operatori a diverso titolo deputati alla gestione del contenzioso mediante la progettazione di opportuni percorsi formativi interni, ovvero la partecipazione a eventi esterni.

21. Per lo svolgimento dell'attività all'interno del CVS, i componenti avranno diritto a ricevere copertura assicurativa specifica, con onere a carico dell'Azienda anche tramite rimborso delle spese sostenute, per la sola responsabilità civile.

22. Per lo svolgimento dell'attività all'interno del CVS, i componenti avranno facoltà di dotarsi, senza alcun onere a carico dell'Azienda, di specifica copertura assicurativa per la responsabilità amministrativa.

23. Al termine di ogni seduta viene redatto un verbale dal segretario del CVS.

24. Il Coordinatore firma i pareri collegiali del CVS da inviare alla UOC Affari Generali e Legali che avrà l'onere di trasmetterli alla Direzione Strategica Aziendale per la successiva valutazione.

25. IL segretario del CVS, con il supporto e la collaborazione con la UOC Affari Generali e Legali, svolge l'attività di carattere amministrativo necessaria per il corretto e proficuo svolgimento delle sedute.

In particolare:

- a) provvede all'acquisizione del fascicolo e della relativa documentazione inerente il caso da discutere;
- b) assiste alle sedute, provvede alla stesura dei verbali secondo le indicazioni raccolte a verbale dal Coordinatore, cura la corrispondenza del CVS sia in arrivo che in partenza;
- c) comunica gli avvisi e le convocazioni e trasmette ogni altro atto e documento utile all'attività del CVS.

26. Tutta la documentazione relativa all'attività del CVS, compresi i verbali, è archiviata e custodita a cura del segretario presso la UOC Affari Generali e Legali. La copia dei verbali vengono anche archiviati in copia presso l'Avvocatura.

27. Le attività del CVS non si sovrappongono in alcun modo alle competenze della UOC Affari Generali e Legali né la sollevano dagli specifici obblighi, in particolare per quanto attiene il rispetto degli adempimenti previsti dall'art 13 della legge n. 241/2017 e i rapporti con la Corte dei Conti o altri enti e/o istituzioni. Inoltre, la gestione del contenzioso giudiziale non è una prerogativa specifica del CVS ma dell'Avvocatura mediante atto di nomina a firma del rappresentante legale/Direttore Generale secondo il regolamento ivi previsto.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di ____</p>

Art. 3 Fasi della gestione del sinistro

1. Le fasi operative della gestione di un sinistro sono:

- I. FASE PRELIMINARE;
- II. FASE ISTRUTTORIA
- III. FASE VALUTATIVA;
- IV. FASE COLLEGIALE.

2. Si riporta di seguito la descrizione e gli adempimenti da svolgere nelle varie fasi rappresentando che il CVS è maggiormente coinvolto nella fase collegiale ove il sinistro viene esaminato durante la seduta che 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.

I FASE PRELIMINARE

3. La fase preliminare, che di norma deve concludersi entro trenta (30) gg. decorrenti dalla presa in carico del sinistro da parte della UOC Affari Generali e Legali, si apre con l'acquisizione da parte dell'Azienda di un atto comunque denominato (richiesta di risarcimento danni, istanza di mediazione, ricorso per accertamento tecnico preventivo, atto di citazione, avviso di garanzia, o altro provvedimento della Procura della Repubblica o equivalente per come individuato al successivo punto) con il quale un terzo manifesta l'intenzione di ritenere l'Ente o i propri operatori responsabili di aver cagionato un danno ovvero dalla conoscenza di un fatto dal quale possa derivare una esposizione per le medesime motivazioni a carico dell'Ente.

4. La formale decorrenza di tutti i termini nella gestione del sinistro, anche quale "fatto noto" ai sensi di quanto previsto dagli obblighi di polizza (ove presente), avviene laddove pervenga alla UOC Affari Generali e Legali una delle seguenti richieste scritte di:

- a) Istanza di risarcimento danni rivolta direttamente dal titolare o dal rappresentante nei confronti direttamente rivolta all'Azienda e che riguardi:
 - l'Azienda o la compagnia assicurativa;
 - un professionista sanitario o la sua compagnia assicurativa per prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto dell'Azienda (incluso libera professione intramuraria, 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.);
- b) Provvedimento della Procura della Repubblica in cui l'Azienda venga a diretta conoscenza:
 - a carico di un dipendente o di un collaboratore dell'Azienda relativo ad un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
 - che rimandi all'art. 590 *sexies* c.p. e che sia relativo ad un accadimento dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

- c) Atto di citazione/istanza di mediazione/ricorso per accertamento tecnico preventivo *ex art. 696 bis c.p.c.* rivolti direttamente all'Azienda e che riguardi la stessa e/o al professionista sanitario per prestazioni svolte a qualsiasi titolo presso o per conto dell'Azienda medesima;
- d) Ogni altra richiesta che possa essere configurata come "fatto noto" ai sensi di quanto previsto dagli obblighi di polizza;
- e) Chiamata del responsabile civile nel procedimento penale.

5. Non sono e non possono essere ritenuti atti idonei all'apertura del sinistro, oltre che per la decorrenza nella gestione dello stesso quale "fatto noto" ai sensi di quanto previsto dagli obblighi di polizza (ove presente), circostanze o fatti non pervenute per iscritto o frutto di notizie apprese *aliunde* o avvengano nei riguardi di soggetti non deputati formalmente a ricevere comunicazioni o notificazioni ancorché dipendenti o dirigenti dell'Azienda.

6. Gli organi direzionali dell'Azienda devono informare tutti i professionisti e gli operatori sanitari, a qualsiasi titolo, la necessità di segnalare tempestivamente alla UOC Affari Generali e Legali entro un termine definito (che non deve superare il termine perentorio di tre (3) gg. lavorativi) l'avvenuta ricezione di un'istanza risarcitoria nei confronti propri o della propria compagnia ovvero di un provvedimento della Procura a proprio carico.

7. Nel caso in cui gli atti o i fatti come sopra qualificati e descritti vengano per la prima volta notificati alle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri o dei Distretti Sanitari, vi è l'obbligo per essi di darne tempestiva comunicazione, e comunque entro e non oltre tre (3) gg. lavorativi dall'apprendimento della notizia, alla U.O.C. Affari Generali e Legali, contestualmente alla data di ricevimento dell'atto o dalla conoscenza del fatto da cui possa derivare una responsabilità verso terzi (oltre a quanto già indicato, es. sequestro della cartella clinica).

8. Nel medesimo termine perentorio di tre (3) gg. lavorativi, il personale dipendente della Azienda è tenuto a dare tempestiva comunicazione alla UOC Affari Generali e Legali (e comunque entro e non oltre dieci (10) gg. dalla notifica fatte salve eventuali diverse indicazioni motivate da urgenza) di ogni eventuale richiesta di risarcimento notificatagli direttamente dal soggetto leso e/o provvedimenti correlati a notizie di reato o altro notificatigli dalle Autorità Giudiziarie competenti.

9. La violazione di tali obblighi si configura come comportamento disciplinarmente rilevante e sanzionabile, come previsto dalle vigenti norme contrattuali, nonché dal vigente regolamento per i procedimenti disciplinari aziendale, specie se dalla sua violazione risulti irrimediabilmente compromesso il diritto di difesa e/o la mancata copertura assicurativa dell'Azienda ovvero venga preclusa l'ammissibilità delle azioni di rivalsa e/o regresso o di responsabilità amministrativa.

10. La predetta esigenza di tempestività di comunicazione ricade anche sulla compagnia assicurativa dell'Azienda la quale è obbligata – entro il termine esplicitamente definito nella polizza o, comunque, non superiore ai venti (20) gg. lavorativi e senza limiti di franchigia - a segnalare all'UOC Affari Generali e Legali, che a sua volta comunicherà tale circostanza al Comitato, 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.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

11. La UOC Affari Generali e Legali provvede alla costituzione di un archivio sinistri, cartaceo o dematerializzato.

12. L'archivio rispetta gli opportuni requisiti di sicurezza, mantenimento, accessibilità e riservatezza dei dati conservati, anche ai sensi dell'art. 32 GDPR, e ha un tempo di conservazione illimitato, ai sensi dell'art. 5, § 1, lett. e) e f).

13. Conseguentemente alla ricezione delle comunicazioni scritte di cui sopra, alla UOC Affari Generali e Legali compete la immediata presa in carico diretta e la contestuale 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 permetterne l'immediata riunificazione e l'attivazione di un'unica procedura di gestione.

14. L'identificativo può essere attribuito solo in presenza di nozione certa del soggetto assistito e dell'anno di concretizzazione del danno.

15. Qualora questi elementi non siano chiaramente desumibili dalla prima istanza, la UOC Affari Generali e Legali dovrà richiedere chiarimenti alla controparte ai recapiti disponibili.

16. Per una corretta gestione del sinistro è essenziale:

- a) l'indicazione della data di ricezione della richiesta risarcitoria, quando presente;
- b) 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.

17. Successivamente all'attribuzione dell'identificativo unico del fascicolo, la UOC Affari Generali e Legali 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.).
- b) L'informativa contiene 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 dell'informativa ai sensi e degli effetti degli artt. 13 e 14 GDPR circa il trattamento dei dati personali e particolari ai sensi delle normative vigenti (artt. 9 e 10 GDPR), con invito alla restituzione degli stessi debitamente compilati e firmati. La modulistica contiene fra i soggetti autorizzati anche la Compagnia, se presente, e/o i suoi intermediari;
- c) 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

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

- 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.);
- d) segnalazione e/o trasmissione della richiesta di risarcimento alla Compagnia, ove presente, sulla base degli obblighi di polizza.

II. FASE ISTRUTTORIA

18. La fase istruttoria, curata dalla UOC Affari Generali e Legali, deve concludersi di norma entro trenta (30) gg. decorrenti dalla conclusione della fase preliminare ovvero comunque entro sessanta (60) gg. decorrenti dal ricevimento dell'atto ovvero del fatto passibile di responsabilità verso terzi, ed è volta all'acquisizione di tutta la documentazione (sanitaria e non sanitaria) relativa al sinistro ed all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante oltre che dell'alimentazione del *database* regionale.
19. A tal fine, la richiesta di risarcimento deve essere verificata e deve essere ritenuta completa.
20. Sul punto, dopo la ricezione di una richiesta di risarcimento, la UOC Affari Generali e Legali procede alla valutazione dei seguenti aspetti relativi alla richiesta di risarcimento:
- 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..
21. In caso di inammissibilità della richiesta, la UOC Affari Generali e Legali 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.).
22. Una volta superato il vaglio dell'ammissibilità, la UOC Affari Generali e Legali procede all'apertura di un fascicolo e procede alla comunicazione della notizia alla compagnia assicurativa, nei termini stabiliti in polizza.
23. Laddove previsto dalla polizza e secondo le condizioni ivi previste, se la gestione del sinistro è in capo alla Compagnia, a seconda se superi o meno la SIR (*Self Insurance Retention* quale quota gestita in proprio dalla struttura assicurata anche in termini di gestione, istruzione e liquidazione del sinistro), la UOC Affari Generali e Legali procede ad inoltrare senza ritardo alla stessa Compagnia gli atti giudiziari pervenuti all'Azienda e i documenti pervenuti e utili alla miglior difesa in giudizio. Allo stesso modo, laddove la gestione del sinistro sia totalmente interna all'Azienda, provvede senza ritardo a inoltrare la relativa documentazione all'Avvocatura.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

24. La UOC Affari Generali e Legali richiede la documentazione alle strutture competenti (a esempio: Direzione sanitaria di presidio, Direzione delle professioni sanitarie, Direzione sanitaria aziendale, responsabili UU.OO. coinvolte, ecc.).

In particolare richiede la seguente documentazione:

- a) Documentazione sanitaria interna e della controparte (ad esempio: cartelle cliniche, certificati, immagini radiologiche, ecc.);
- b) Relazioni clinico-assistenziali degli esercenti la professione sanitaria 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.

25. Al fine di consentire il corretto adempimento dell'acquisizione documentale di cui sopra nel rispetto dei tempi sopra indicati, le Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti Sanitari sono tenute entro sette (7) gg. lavorativi dal ricevimento della richiesta della UOC Affari Generali e Legali a fornire tutta la documentazione sanitaria e non utile alla definizione del sinistro (come: cartelle cliniche, referti, relazioni, procedure o istruzioni operative in uso ecc.). In ogni caso, la trasmissione della documentazione richiesta non potrà eccedere il termine di venti (20) gg. dal ricevimento della richiesta.

26. Il CVS, d'altro canto, autonomamente o per il tramite delle opportune articolazioni organizzative della UOC Affari Generali o Legali o di altra diramazione aziendale specificamente individuata, 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 Assicurative o dall'INAIL.

27. Parallelamente, ai sensi dell'art. 13 della Legge n 24/2017, la UOC Affari Generali e Legali, anche per il tramite del suo Direttore, provvede entro quindici (15) gg. e comunque non oltre il termine perentorio di quarantacinque (45) gg. dalla notifica di un atto introduttivo di un giudizio (ad esempio: atto di citazione; ricorso *ex art.696 bis cpc*; ricorso *ex art. 281-decies* e segg. c.p.c.; atto di citazione per chiamata in causa di terzo; atto di costituzione di parte civile nel processo penale, ecc) alla formale comunicazione mediante PEC o lettera raccomandata A. R a ciascun esercente la professione sanitaria - ritenuto coinvolto nel sinistro medesimo (anche secondo un giudizio di responsabilità medico legale) ovvero individuati direttamente dal danneggiato ovvero sulla base di una valutazione idonea a ritenere il giudizio sorto sulla base della responsabilità del sanitario/i coinvolto/i - in merito all'instaurazione nei confronti dell'Azienda del giudizio promosso dal danneggiato con richiesta al sanitario/i coinvolto/i dell'esistenza di una eventuale copertura assicurativa personale. Il personale sanitario di cui sopra (dipendente e non anche collaboratori e/o consulenti non dipendenti) oggetto della comunicazione ai sensi dell'art. 13 della Legge n 24/2017 da parte dell'Azienda, una volta ricevuta la stessa, è tenuto a fornire tempestivamente tutte le informazioni e la documentazione richieste per l'istruzione e la definizione dei sinistri, ivi comprese le informazioni e le copie relative alla eventuale sussistenza di polizze assicurative personali.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

28. Medesimo *iter* verrà seguito con termini identici al punto che precede (entro quindici (15) gg. e comunque non oltre il termine perentorio di quarantacinque (45) gg.) per informare lo stesso esercente la professione sanitaria coinvolto nel sinistro dell'eventuale avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, invitandolo, contestualmente, a prendervi parte.

Per trattative stragiudiziali devono intendersi quelle intraprese nell'ambito di un procedimento giudiziario già incardinato ovvero l'invito del Giudice istruttore ex art. 185-*bis* c.p.c. oppure la domanda di mediazione ex art. 8, D.lgs 28/2010 e ss.mm..

29. Ad ogni modo, laddove vengano individuati i sanitari coinvolti nel sinistro ai sensi dell'art. 13 l. 24/2017, si deve dare comunicazione e notizia ai medesimi sanitari delle trattative stragiudiziali entro quindici (15) gg. e comunque non oltre il termine perentorio di quarantacinque (45) gg. a decorrere dal giorno della seduta del CVS nella quale si sia deliberato di dare avvio alle trattative stragiudiziali con l'invito a prendervi parte ovvero dalla data di notifica di un invito alla mediazione di cui al D.lgs. 28/2010 o di negoziazione assistita proposta da un avvocato, in ordine al quale l'Azienda intenda partecipare al fine di tentare una composizione bonaria della controversia ovvero dalla data di determinazione aziendale a voler aderire all'invito del Giudice istruttore ex art. 185-*bis* c.p.c..

30. Il Direttore della UOC Affari Generali e Legali rende edotti i propri collaboratori che l'omissione, la tardività o l'incompletezza delle predette comunicazioni precluderà l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa ai sensi degli artt. 9 e 13, ultimo comma, l. 24/2017.

31. Al fine di consentire il rispetto dei tempi per comunicazione al personale coinvolto nell'accaduto di cui al presente Regolamento, la UOC Affari Generali e Legali invia immediatamente la richiesta dei nominativi degli operatori coinvolti dal sinistro al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero o del Distretto Sanitario presso il quale si è verificato il sinistro.

32. La Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero o del Distretto Sanitario ove si è verificato l'evento invia i nominativi tempestivamente e comunque entro e non oltre cinque (5) gg. lavorativi dal ricevimento della richiesta.

33. Al termine della fase istruttoria il fascicolo del sinistro contiene, oltre a quella raccolta nella fase preliminare, la seguente documentazione:

- a) Tutta la documentazione sanitaria e non relativa al soggetto oggetto del sinistro;
- b) Relazioni clinico-assistenziali degli esercenti la professione sanitaria coinvolti;
- c) Tutta la documentazione prodotta in risposta all'informativa inviata alla controparte;
- d) Elenco degli esercenti la professione sanitaria coinvolti nell'evento;
- e) Evidenza della comunicazione nei loro confronti ai sensi del primo periodo dell'art. 13 della legge 24/2017 entro quarantacinque (45) gg. dalla data di notifica dell'atto introduttivo.

34. Nel corso della presente fase la UOC Affari Generali e Legali può chiedere pareri tecnico-giuridici all'Avvocatura.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

35. Una volta terminata la presente fase istruttoria la UOC Affari Generali e Legali trasmette il fascicolo ai soggetti incaricati della fase valutativa di cui al § che segue.

III FASE VALUTATIVA

36. La fase valutativa deve concludersi di norma entro sessanta (60) gg. decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria. Eventuali incompletezze della istruttoria non addebitabili all'Azienda, ma alla deficitaria collaborazione dei presunti danneggiati, dovranno essere tempestivamente segnalate ai medesimi.

37. A seguito dell'analisi della documentazione raccolta e degli accertamenti ritenuti opportuni, il medico legale incaricato dall'Azienda redige il proprio parere tecnico preliminare che sviluppi da un lato argomentazioni difensive e confutative rispetto alla tesi dell'istanza risarcitoria e dall'altro esponga le potenziali criticità a carico della struttura, motivando l'orientamento prevalente sull'effettivo rischio di soccombenza.

38. Ove siano stati individuati operatori sanitari coinvolti, questi possono avvalersi a proprie spese di un medico legale e di un legale, e presentare una relazione tecnica sull'evento, che dovrà essere obbligatoriamente vagliata.

Gli accertamenti di carattere propriamente medico-legale consistono nel verificare:

- 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;
 - 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;
 - d) la fondatezza dell'istanza risarcitoria giudicando sulla presenza dei necessari presupposti medico-legali, sul loro grado di evidenza, sulla dimostrabilità di opportuno giudizio controfattuale.
 - e) elementi ulteriori di responsabilità dei singoli professionisti coinvolti in solido, corresponsabili o comunque coobbligati o obbligati autonomamente a qualsiasi e diverso titolo, che possano essere presi in considerazione sono i profili di potenziale responsabilità al pari dell'Azienda nei confronti del danneggiato.
39. Ai fini di cui sopra, lo specialista in medicina legale potrà effettuare o proporre al CVS:
- a) un ulteriore e approfondito esame documentale;
 - b) una consultazione del dato scientifico trattatistico consolidato e della letteratura di settore più aggiornata;
 - c) una 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;
 - d) una visita medico-legale del soggetto danneggiato ove ritenuta necessaria e possibile, specie per i casi complessi.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

40. Nella relazione finale il medico legale incaricato dall'Azienda della fase valutativa deve indicare:
- la realtà degli effetti dannosi lamentati e la valorizzazione degli effettivi postumi invalidanti, temporanei e/o permanenti, facendo anche riferimento alle indicazioni contenute nei documenti programmatici forniti dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Roma o, alternativamente, di Milano.
 - Sussistenza del nesso di causalità materiale tra gli effetti dannosi lamentati e le condotte o, più in generale, le prestazioni assistenziali oggetto della contestazione;
 - Valutazione del rischio di soccombenza.
41. In merito alla sezione a) della relazione medico-legale la UOC Affari Generali e Legali, sentita la UOC Bilancio, provvede a stimare la riserva economica da appostare nei fondi: tale valutazione potrà essere eventualmente aggiornata in funzione di eventuali ulteriori evidenze che dovessero emergere in fase valutativa ovvero collegiale.
42. Ai fini delle valutazioni di cui sopra, il medico legale si potrà avvalere e richiedere parere tecnico-giuridico dell'Avvocatura.
43. All'esito, la relazione del medico legale viene inoltrata all'Avvocatura che - separatamente e fatto tesoro delle risultanze medico legali valuta le stesse secondo un'ipotesi sul nesso di causalità giuridica in base ai due plessi del criterio controfattuale di valutazione processual-penalistica della "probabilità logica" e processual-civilistica del "più probabile che non" - esprime una gradazione del rischio da sottoporre al CVS secondo le seguenti tre categorie qualitative, esemplificatamente descritte nel modo che segue:
- REMOTO:** nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo di insussistenza 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 materiale/giuridico;
 - 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;
 - PROBABILE:** nell'ipotesi in cui il sinistro, approdando in una sede di giudizio, presenti un profilo di sussistenza 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.
44. 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 del medico legale incaricato dall'Azienda;
 - Eventuali consulenze specialistiche effettuate o richieste dalla Compagnia o richieste dal Medico legale incaricato dall'Azienda;
 - Eventuali consulenze specialistiche emerse in corso di procedure giudiziali e stragiudiziali;
 - La scheda valutativa del rischio dell'Avvocatura secondo le tre categorie qualitative sopra esposte.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

IV FASE COLLEGALE

45. La fase collegiale deve concludersi di norma entro sessanta (60) gg. decorrenti dalla conclusione della fase precedente. In ogni caso, le richieste risarcitorie devono completare l'*iter* gestionale al massimo entro un anno dalla data della loro ricezione.
46. Tutti i membri effettivi possono in qualsiasi momento prendere visione del fascicolo istruttorio e della relazione medico-legale depositati presso l'archivio dedicato custodito dalla UOC Affari Generali e Legali.
47. 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.
48. 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.
49. Il CVS dopo aver acquisito il parere del medico legale componente ed, eventualmente, quello del medico legale della Compagnia di Assicurazione o di parte, e la scheda valutativa del rischio dell'Avvocatura, procede alla discussione (se necessario anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti e tramite l'esame di 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) ed alla espressione del parere conclusivo di definizione del sinistro, formulando, altresì la relativa quantificazione del danno, indicando un valore massimo risarcibile o con il rinvio ad una successiva discussione per un approfondimento istruttorio e/o valutativo mirato.
50. Per la determinazione percentuale del danno biologico si assumono a criterio di riferimento comparativo le indicazioni orientative delle Guide in uso in Italia, specie i documenti programmatici forniti dall'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Roma o, alternativamente, di Milano privilegiando la Guida accreditata dalla associazione scientifica nazionale di settore (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, SIMLA), e le tabelle per i danni valutabili oltre le cosiddette micro permanenti ovvero secondo le indicazioni della Tabella Unica Nazionale.
51. Per la determinazione e valutazione delle cosiddette micro permanenti, si utilizzano le specifiche tabelle di riferimento.
52. Per la determinazione e l'ammontare della liquidazione del danno non patrimoniale si assumono come criteri di riferimento i coefficienti delle vigenti tabelle d'invalidità permanente in uso presso i tribunali territorialmente competenti.
53. Il CVS adotta i predetti criteri di valutazione tenendo conto degli aggiornamenti ed integrazioni da parte di Società Scientifiche e/o di Carattere normativo e/o giurisprudenziale.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

54. In casi di particolare complessità e/o rilevanza economica il CVS potrà avvalersi di professionisti con competenze specialistiche inerenti il caso in esame, anche esterni all'Azienda, ricorrendo prioritariamente a dipendenti di altre Aziende ed Enti del SSR. In tal caso i relativi oneri saranno a carico dell'Azienda ed i compensi saranno parametrati alle tariffe libero professionali preventivamente concordate.

55. I criteri della proposta economica che il CVS formulerà in questa fase sono:

- a. Ragionevolezza, logicità e razionalità;
- b. Rispondenza alla missione dell'Azienda;
- c. Valutazione della scelta di procedere transattivamente. In tale situazione si dovrà tener presente la possibilità di soccombenza in giudizio, considerate anche le eventuali difficoltà derivanti dalla ripartizione dell'onere della prova. Tale incertezza andrà valutata nel caso specifico in relazione alla natura delle pretese, alla chiarezza normativa ed agli orientamenti giurisprudenziali, come anche ai precedenti in materia.

56. La verbalizzazione della seduta deve riportare una sintesi della fase espositiva e di discussione, compresi gli interventi dei partecipanti, oltre che le eventuali astensioni per palesato conflitto di interesse.

57. La proposta economica e le relative motivazioni devono essere esplicitate nel verbale del CVS sottoscritto da tutti i componenti.

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

59. Nel caso in cui non venga raggiunto l'accordo a maggioranza le motivazioni devono essere riportate nel verbale conclusivo.

60. Il parere potrà, esemplificatamente, essere:

- a) **PARERE FAVOREVOLE** alla liquidazione stragiudiziale o all'adesione alla proposta conciliativa. Indica la sussistenza di fondate o diverse 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 o possibilità di soccombenza in eventuale giudizio. In caso di parere favorevole, inoltre, in osservanza a quanto previsto dalla legge 24/2017, articolo 13, comma 1, e per come sopra esposto, la UOC Affari Generali e Legali competente per la fase di apertura deve informare gli esercenti la professione sanitaria eventualmente coinvolti dell'avvio di trattative, con invito a prendervi parte (il tutto secondo sopra esposto).

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

- b) **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.
- c) **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.
- d) **RINVIO:** si tratta della circostanza in cui, nonostante si disponga di un parere tecnico medico- legale e della documentazione completa, il parere viene rinviato per varie ragioni, ad esempio 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, sull'acquisizione di ulteriore documentazione o quant'altro necessario per approdare ad un parere decisivo del CVS;
- e) **ALTRE CIRCOSTANZE:** per ragioni emerse nel corso della seduta del CVS.

61. L'attività del CVS è da considerarsi terminata con l'espressione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro, essendo tutte le fasi successive di competenza della UOC Affari Generali e Legali e della Direzione Strategica Aziendale.

62. I pareri del CVS sono protocollati o comunque tracciati e costituiscono allegati del verbale, e sono trasmessi (compresi lo stralcio del verbale relativo al caso e firmati dal Coordinatore) alla Direzione Strategica Aziendale ad opera della UOC Affari Generali e Legali.

63. La Direzione strategica, in caso di accoglimento del parere del CVS, procede al provvedimento di autorizzazione alla liquidazione del sinistro. Ricevuto il provvedimento, la UOC Affari Generali e Legali che aggiorna il fascicolo e informa della proposta il personale coinvolto nel sinistro (secondo gli adempimenti di cui sopra onde consentirgli di formulare eventuali osservazioni, in mancanza di osservazioni da parte del personale coinvolto, la UOC Affari Generali e Legali procede con la fase successiva) e comunica alla controparte la decisione assunta ai fini della soluzione transattiva in ossequio alle indicazioni esposte nel § che segue.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

Art. 4 Fase Conclusiva

1. La fase conclusiva consiste nel portare a conoscenza, di norma entro sessanta (30) gg. decorrenti dalla conclusione della fase collegiale, dell'istante o del suo legale rappresentante la proposta transattiva formulata all'esito delle precedenti fasi, nonché nella ricerca di un accordo che possa definire il caso direttamente o per il tramite della Compagnia Assicuratrice, oppure dell'Avvocatura aziendale ovvero tramite un eventuale fiduciario esterno all'uopo individuato e incaricato.
2. Se la controparte accetta la decisione, la UOC Affari Generali e Legali 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".
3. 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, la UOC Affari Generali e Legali trasmetterà copia di tutta la documentazione al difensore nominato dalla struttura.
4. In caso di dolo o colpa grave, laddove l'Azienda, la Compagnia Assicuratrice e il danneggiato intendano comunque definire la vertenza, la UOC Affari Generali e Legali dà corso tempestivamente e comunque in tempo utile a evitare la decorrenza dei termini di prescrizione o di decadenza, anche per come previsti all'art. 9 l.24/2017, nei confronti degli esercenti la professione sanitaria coinvolti, alle prescritte comunicazioni in modo conforme al D. Lgs. 176/2016 Codice di giustizia contabile nei riguardi della Corte dei Conti per un'eventuale azione di rivalsa ai sensi dell'art. 9 l.24/2017; e ciò al fine di accertare la diversa misura del grado di colpa.
5. La fase conclusiva, nel caso in cui si sia raggiunto un accordo, termina con l'adozione di un procedimento deliberativo che ripercorra tutte le fasi del processo di gestione del sinistro proposto dalla UOC Affari Generali e Legali, che cura tutte le ulteriori fasi, compresa la trasmissione della relativa comunicazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti.
6. In merito alle comunicazioni alla Corte dei Conti, la UOC Affari Generali e Legali si atterrà alle disposizioni vigenti in materia e in base alle recenti linee guida artt. 9 e ss. del "*Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)*" (Determinazione della Regione Lazio n. G15665 del 23/11/2023, proposta n. 44144 del 10/11/2023).
7. Nell'ipotesi in cui non vi sia il coinvolgimento della Compagnia assicuratrice (assenza di RCT/o, scoperta assicurativa, gestione in economia dei sinistri sotto franchigia) il Direttore UOC Affari Generali e Legali, sentita l'Avvocatura, provvederà a concludere il procedimento valutativo con la proposta di provvedimento deliberativo alla Direzione Strategica Aziendale.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di ____</p>

Art. 5 Riservatezza e rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali

1. I componenti del CVS sono soggetti all'obbligo di riservatezza ed al segreto d'ufficio in particolare nell'attività di elaborazione e trasmissione dei verbali. Gli stessi, unitamente alla documentazione istruttoria, devono essere secretati.
2. L'accesso agli atti del CVS e a quanto contenuto nel fascicolo del caso oggetto di valutazione sono di norma sottratti al diritto di accesso relativamente agli atti e documenti relativi a quelli prevalentemente o esclusivamente finalizzati a formulare le strategie difensive in relazione alle controversie (in atto o potenziali) che coinvolgono l'Azienda o che abbiano la funzione (anche) di ricostruire il fatto storico nei suoi accadimenti secondo valutazioni di ordine difensivo e strategico, anche ai sensi dell'art. 24 della l. 241/990 (a titolo esemplificativo sono sottratti all'accesso le valutazioni medico legali e i pareri e le valutazioni dell'Avvocatura, e tutti gli atti contenenti valutazioni e/o strategie difensive).
3. Esclusi gli atti e i documenti sottratti all'accesso per come disposto al punto che precede, gli atti e la documentazione detenuta stabilmente dal CVS possono essere ostesi al soggetto interessato, o a suoi delegati o a suoi eredi - anche mediante l'impiego di opportuni accorgimenti (stralcio, *omissis* ecc.) accompagnati dall'attestazione da parte del responsabile del procedimento che le parti omesse o stralciate contengono effettivamente valutazioni di carattere difensivo al fine di consentirne con facilità lo stralcio in caso di richiesta di accesso agli atti - all'esito della dimostrazione dell'interesse diretto, concreto e attuale ovvero prevalente dell'accesso medesimo rispetto alla riservatezza e sottrazione degli atti del CVS.
4. Le sedute del CVS non sono pubbliche poiché in tale sede sono trattati dati particolari e giudiziari ai sensi degli artt. 9 e 10 del GDPR. e deve essere trattata in ottemperanza a quanto previsto dalla normativa sul trattamento dei dati personali.
5. Tutte le informazioni e le questioni sottoposte al CVS, nonché tutta la documentazione ad esse inerente, non potranno né essere divulgate né trattate né altrimenti essere riprodotte o utilizzate al di fuori delle attività del CVS o delle strutture competenti.

Art. 6 Quantificazione e aggiornamento delle riserve

1. È competenza della UOC Affari Generali e Legali unitamente alla UOC Bilancio, ai sensi dell'art. 10 comma 6 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, provvedere alla quantificazione e all'aggiornamento delle riserve previsti nel bilancio aziendale rispetto ai due fondi previsti del
 - a) FONDO RISERVA SINISTRI;
 - b) FONDO RISCHI.
2. La UOC Affari Generali e Legali unitamente alla UOC Bilancio si atterranno alle disposizioni vigenti in materia, secondo le rispettive competenze di legge e in base alle recenti linee guida artt. 8 e ss. del "*Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del*

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

Comitato Valutazione Sinistri (CVS)” (Determinazione della Regione Lazio n. G15665 del 23/11/2023, proposta n. 44144 del 10/11/2023).

Art. 7 Decorrenza del regolamento e disposizioni finali

1. Il presente regolamento decorre dalla data di pubblicazione, non prevede limiti di durata e si applica a tutte le segnalazioni avanzate per la prima volta e registrate al protocollo generale dell’Azienda dal suddetto giorno di decorrenza, fatta salva l’operatività e l’efficacia, per il singolo sinistro ed in relazione alla sua data di accadimento, di precedenti contratti assicurativi aziendali.
2. Per tutti i sinistri, istanze, richieste risarcimento danni, atti dell’autorità giudiziaria precedenti all’entrata in vigore di tale regolamento la UOC Affari Generali Legali dovrà produrre nel più breve tempo possibile una ricognizione dettagliata e aggiornata dei sinistri RCT/O Pendenti, avendo cura di specificare quelli per i quali esistano già proposte transattive formalizzate dalla Compagnia Assicuratrice, al fine della ricerca di soluzioni che consentano di realizzare il maggior contenimento possibile dei costi per l’Azienda, tenuto conto della franchigia fissata in polizza: e comunque dell’obiettivo di favorire la definizione anticipata in via transattiva di tutti i sinistri che all’esito delle opportune valutazioni giuridiche e medico legali risultino fondati comunque per i quali si ritengano sussistenti elevati rischi di soccombenza per la Azienda.
3. Il presente regolamento è adottato nel rispetto del “*Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)*” (Determinazione della Regione Lazio n. G15665 del 23/11/2023, proposta n. 44144 del 10/11/2023) in sostituzione Determinazione della Regione Lazio n. G09535 del 02/07/2014 recante “*Linee Guida Regionali per l’attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria - Composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri Aziendale (CVS)*”, e della Legge 1° marzo 2017, n 24 recante; “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”.
4. Per tutto quanto non sia esplicitamente regolamentato nel presente atto, oltre che alla normativa citata al comma precedente, si rimanda alla normati statale e regionale in materia.
5. Il presente documento potrà essere modificato o integrato mediante approvazione di atto deliberativo, in caso di innovazioni normative e/o regolamentari e/o contrattuali.
6. Del presente Regolamento viene data pubblicità ed informazione mediante l’affissione all’Albo pretorio e *online* sul sito aziendale.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>AVVOCATURA AZIENDALE</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>REGOLAMENTO ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI DELLA ASL ROMA 5 ****</p>		<p>Revisione n. 00 (Prima Emissione) Revisione programmata:2025 Codice: _____ Pagina 1 di _____</p>

PROSPETTO GENERALE TEMPESTICHE

FASI	FASI	TEMPISTICA
0	Comunicazione del sinistro	Entro tre (3) gg. lavorativi e comunque non oltre dieci (10) gg. i dipendenti e gli organi direzionali dell'Azienda devono informare e segnalare tempestivamente alla UOC Affari Generali e Legali la ricezione di una richiesta nei riguardi dell'Azienda (punti 3 e ss. fase preliminare). Entro venti (20) gg. se la comunicazione del sinistro avvenga direttamente nei riguardi della Compagnia Assicurativa
1	Apertura del sinistro	Immediatamente alla conoscenza della comunicazione del sinistro da parte della UOC Affari Generali e Legali
2	Fase preliminare	Entro trenta (30) gg. decorrenti dalla presa in carico del sinistro da parte della UOC Affari Generali e Legali
3	Fase istruttoria	Entro trenta (30) gg. decorrenti dalla conclusione della fase preliminare ovvero comunque entro sessanta giorni decorrenti dal ricevimento dell'atto ovvero del fatto passibile di responsabilità verso terzi
4	Fase valutativa	Entro sessanta (60) gg. decorrenti dalla conclusione della fase istruttoria.
5	Fase collegiale	Entro sessanta (60) gg. decorrenti dalla conclusione della fase valutativa.
6	Fase conclusiva	Entro trenta (30) gg. decorrenti dalla conclusione della fase valutativa.
<p>In ogni caso, l'<i>iter</i> complessivo di gestione del sinistro deve concludersi, di norma, salvo casi di straordinaria complessità, entro e non oltre un anno dalla sua apertura.</p>		
	Comunicazioni ai sensi dell'art. 13 della Legge n 24/2017	la UOC Affari Generali e Legali, anche per il tramite del suo Direttore, provvede entro quindici (15) gg. e comunque non oltre il termine perentorio di quarantacinque (45) gg. alle comunicazioni previste ai sensi dell'art. 13 della Legge n 24/2017 verso i sanitari responsabili coinvolti dal sinistro