

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE NELLE AZIENDE SANITARIE LUCANE

Il presente documento rappresenta il modello di riferimento per la gestione del contenzioso Medico Legale nelle Aziende Sanitarie Lucane, consentendo una armonizzazione ed omogeneizzazione delle procedure.

L'applicazione di tale modello richiede la presenza, in ogni Azienda di una funzione Medico Legale (sia in regime di dipendenza che in regime di convenzione tra Aziende) e di un Ufficio Affari Legali e Contenzioso nonché la strutturazione di una funzione Amministrativa a supporto dello Specialista in Medicina Legale.

1. INTRODUZIONE

Il Comitato aziendale per la Valutazione dei Sinistri (CAVS), quale tecnostruttura aziendale, opererà in raccordo con l'UOSD Affari generali e Legali nella gestione delle richieste di risarcimenti per responsabilità civile.

Il Comitato è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Direttore della SIC di Medicina Legale, con funzioni di coordinatore;
- Dirigente medico Legale, componente e proponente valutazione;
- Rappresentante/i nominati dal Broker, componente;
- Dirigente dell'Ufficio Affari Legali, componente;
- Assistente amministrativo, segretario.

Il CAVS potrà richiedere al Direttore Sanitario il supporto dei dirigenti medici della Direzione Sanitaria per le fasi di istruttoria documentale ed "individuazione del personale" ex art.13 L. n.24/2017.

Il CAVS potrà inoltre richiedere ai Responsabili delle UU.OO. interessate il supporto di tutto il personale aziendale che si renderà necessario per la valutazione degli specifici eventi in trattazione. Le strutture interessate e/o il personale coinvolto dovranno quindi prestare la massima collaborazione, ad esempio inviando la documentazione eventualmente predisposta e/o raccolta - fornendo ulteriori chiarimenti, anche scritti, sui fatti occorsi e/o sulla documentazione raccolta e/o giustificativi dell'iter diagnostico-terapeutico seguito - nel caso di sinistri da responsabilità sanitaria, direttamente all'U.O. di Medicina Legale.

Il CAVS è quindi un organismo multidisciplinare, paritetico, nel quale ciascun componente fornirà – in relazione alle proprie specifiche e differenti competenze – il suo contributo tecnico-professionale nella valutazione e definizione dei sinistri.

Le valutazioni verranno espresse collegialmente a maggioranza ed il Coordinatore avrà solo un ruolo organizzativo e non di supremazia gerarchica.

1. SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE

La procedura ha lo scopo di definire modalità operative proceduralizzate e responsabilità nelle attività inerenti la gestione del contenzioso medico legale aziendale, al fine di garantire:

- il corretto iter amministrativo e medico-legale;
- il supporto tecnico e gestionale alle decisioni liquidative;
- il miglioramento del rapporto tra Azienda/danneggiato, per tutelare il decoro e l'immagine della struttura e del professionista da una parte e i diritti del cittadino dall'altra.

2. ATTIVITÀ

Il contenzioso rappresenta una realtà ineludibile in un settore ad alta complessità come la tutela della salute pubblica e può dar luogo ad un risarcimento o meno in rapporto alla fondatezza delle pretese risarcitorie.

Il processo di gestione aziendale dell'evento avverso che potrebbe dar luogo ad una richiesta di risarcimento può essere attivato - direttamente da parte di terzi (utenti, parenti e/o eredi degli utenti, visitatori, etc.) o per mezzo dei legali rappresentanti - a seguito di:

- Richieste di risarcimento danni stragiudiziale (RRD);
- Richiesta di mediazione (D.lgs 28/2010);
- Richiesta di Accertamento Tecnico Preventivo (ex art. 696 bis cpc);
- Atto giudiziario.

Le istanze, acquisite al protocollo aziendale, vengono inviate all'Ufficio Affari Legali e Contenzioso per l'esame preliminare e la successiva fase istruttoria.

2.1 – I FASE: ANALISI GIURIDICA (di competenza dell'Ufficio Affari Legali e Contenzioso)

L'Ufficio Affari Legali e Contenzioso di ciascuna struttura sanitaria, in collaborazione e con il supporto -qualora presente e ritenuto necessario- del difensore costituito, preliminarmente:

- a) verifica che non sia stata già presentata richiesta risarcitoria per il medesimo evento all'Azienda o alle Gestioni Liquidatorie.

In caso di prima richiesta crea un fascicolo aziendale con codice identificativo pratica con contestuale inserimento dei dati del sinistro nel

registro telematico appositamente tenuto. Procede poi con le attività indicate ai punti b) e seguenti;

In caso di seconda richiesta dovrà verificare se la prima (richiesta) ricada in gestione assicurativa totale (prima del 2012) se in gestione diretta (dal 2012 al 2016) o se in gestione mista (dal 01.01.2017).

- b) valuta l'ammissibilità della richiesta in relazione alla completezza degli elementi ed ai termini della prescrizione;
- c) se dalla richiesta risarcitoria è evincibile il nominativo di un dipendente, provvede a comunicare allo stesso il suo coinvolgimento, ai sensi dell'art. 13 L.24/2017 e in tutti i casi, richiede alla Direzione Sanitaria competente, l'individuazione degli esercenti la professione sanitaria eventualmente coinvolti e chiaramente identificabili;
- d) inoltra la richiesta risarcitoria alla Compagnia Assicurativa (CA) per le valutazioni di competenza (la CA tratterà e gestirà le richieste risarcitorie che stimerà al di sopra della SIR, mentre restituirà tutte le altre evitando inutili duplicazioni di attività);
- e) attende la risposta della Compagnia Assicurativa:

AZIONE RISARCITORIA INTRODotta CON RRD E MEDIAZIONI:

- Nel caso di presa in carico da parte della Compagnia (sinistri sopra SIR) → entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza, l'Ufficio Affari Legali e Contenzioso comunica al richiedente l'apertura del sinistro con i riferimenti della Compagnia;
- Nel caso di mancata presa in carico da parte della Compagnia (sinistri entro la SIR) → entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza, l'Ufficio Affari Legali e Contenzioso comunica al richiedente l'apertura del sinistro e, contestualmente, trasmette l'informativa per il trattamento dei dati personali

e sensibili, nonché richiesta di tutta la produzione documentale sanitaria a sostegno della richiesta risarcitoria.

AZIONE RISARCITORIA INTRODOTTA CON ATP E ATTO GIUDIZIARIO:

- Nel caso di presa in carico da parte della Compagnia (sinistri sopra SIR) → l'Ufficio Affari Legali e Contenzioso redige delibera di costituzione aziendale con nomina del legale di parte indicato dalla Compagnia Assicurativa;
 - Nel caso di mancata presa in carico da parte della Compagnia (sinistri entro la SIR) → l'Ufficio Affari Legali e Contenzioso, su indicazione della Direzione Strategica, provvede alla costituzione in giudizio dell'Azienda a mezzo legale.
- f) Solo nei casi di prima richiesta risarcitoria, trasmette alla Funzione Medico Legale per la fase istruttoria.

2.2 - II FASE: ISTRUTTORIA PRELIMINARE (*)

La funzione Medico Legale, con il supporto organizzativo e gestionale dell'Ufficio Affari Legali e Contenzioso:

- richiede la documentazione clinica alla Direzione Sanitaria competente;
- richiede relazione specialistica al Direttore dell'Unità Operativa citata nella richiesta risarcitoria;
- una volta acquisita tale documentazione ed eventualmente implementata con ulteriori pareri specialistici ritenuti necessari, essa viene inserita nel fascicolo creato preliminarmente dall'Ufficio Affari Legali e Contenzioso.

Nei casi di danno non dipendenti da responsabilità sanitaria, l'Ufficio Affari Legali e Contenzioso richiede all'Ufficio Tecnico competente relazione sui fatti.

2.3 - III FASE: ISTRUTTORIA INTERMEDIA

L'Ufficio Affari Legali e Contenzioso, previa opportuna collaborazione e comunicazione con il difensore costituito per l'Istituto:

- *Nei casi di ATP/atto di citazione (non presi in carico dalla Compagnia Assicuratrice)* – ove ritenuto necessario – richiede parere preliminare al consulente medico legale come supporto alla stesura delle memorie difensive; comunica al consulente medico legale i dettagli di inizio delle operazioni di consulenza.
- *In tutti i casi di richieste risarcitorie prese in carico dalla Compagnia Assicuratrice*, provvede ad inviare alla stessa tutta la documentazione reperita (cartella clinica, pareri specialistici, etc) ed inserita nel fascicolo. Ricevuto l'esito delle attività istruttorie medico-legali ed economiche della CA, richiede al consulente medico legale, parere sulla congruità valutativa medico legale.
- Le attività medico-legali (visite e attività di CTP) prese in carico dalla CA debbono essere comunicate, in forma completa, al consulente medico legale per la partecipazione e condivisione delle valutazioni.

Il consulente Medico Legale, con il supporto organizzativo e gestionale dell'Ufficio Affari Legali e Contenzioso:

- *Nei casi di RRD (non presi in carico dalla Compagnia Assicuratrice):*
 - Convoca la controparte per effettuare la visita medico-legale finalizzata alla raccolta degli elementi anamnestici, dell'esame obiettivo ed – eventualmente – di ulteriore documentazione. Nei casi in cui non sia possibile effettuare la visita medico-legale (decesso, etc) si provvederà alla valutazione della richiesta risarcitoria solo sugli atti disponibili; qualora ritenuto necessario, provvederà a richiedere ulteriori pareri specialistici;
 - Redige una relazione medico-legale evidenziando sia i profili del nesso di causalità (an debeat) sia la valutazione del danno biologico permanente e

temporaneo o dell'eventuale perdita di chances (quantum), tenendo conto delle tabelle indicate nel comma 4 dell'art. 7 della Legge 24/2017 ed utilizzando gli indicatori di Qualità Comlas (IQC). Sottolinea l'eventuale rischio di soccombenza;

- Nei casi di ATP/atto di citazione (non presi in carico dalla Compagnia Assicuratrice):

- Su richiesta, redige note preliminari all'inizio delle operazioni di ATP/consulenza al fine di fornire supporto per la stesura delle memorie difensive;
- Richiede all'Ufficio Affari Legali e Contenzioso – ove ritenuto necessario – la nomina di un co-consulente aziendale specialista nella branca di pertinenza del caso;
- Presenzia alle operazioni di ATP/consulenza e fornisce, quando richiesto, supporto specialistico per eventuale tentativo di conciliazione sul piano tecnico medico legale;
- Redige note critiche sia alla bozza che alla stesura definitiva di ATP/consulenza.

Gestione dei sinistri con stima entro i 30.000 euro, una volta completata la fase istruttoria e valutativa medico legale con il supporto organizzativo e gestionale dell'Ufficio Affari Legali e Contenzioso (anche per la stima economica) le valutazioni vengono trasmesse direttamente alla Direzione Strategica competente senza appesantire l'attività del CAVS laddove presente.

2.4- IV FASE: DEFINIZIONE DEL SINISTRO

Il CAVS o suo analogo, con cadenza periodica - di norma mensile - si riunisce per:

- esame e discussione delle istruttorie medico-legali inerenti le RRD, nonché delle risultanze delle attività consulenziali svolte per ATP/CTU, nonché delle risultanze dei sinistri presi in carico dalla CA;
- quantificazione economica del danno;
- valutazione delle possibilità di soccombenza in giudizio;
- redazione di specifica “scheda valutativa riepilogativa” per ogni singola istruttoria, da inserire nel fascicolo.

Inoltre il CAVS, coadiuvato dal componente rappresentante nominato dal broker, quantifica l’ammontare della riserva presunta sulla base delle più recenti tabelle di legge per la quantificazione dei danni alla persona.

Eventuali modifiche o nuovi elementi che possano modificare le valutazioni sono presentate e ridiscusse in sede di CAVS per una rivalutazione del caso.

Al termine di ogni seduta, il coordinatore del CAVS inoltra tutte le schede valutative riepilogative all’Ufficio Affari Legali e Contenzioso che provvede a trasmetterle alla Direzione Strategica Aziendale, cui compete la decisione finale.

La definizione del sinistro può concludersi con:

- reiezione del sinistro nel caso in cui non siano state riscontrate responsabilità a carico dell’Azienda;
- promozione di ogni tentativo possibile per ottenere una conciliazione con la parte (es. risarcimento in forma specifica), avendo come obiettivo primario rinsaldare un rapporto di fiducia con l’Azienda, la riduzione del contenzioso giudiziale ed il contenimento del costo dei risarcimenti, pur all’interno della massima equità di giudizio;
- accoglimento della richiesta di risarcimento e contestuale valutazione dell’entità economica del danno, patrimoniale e/o non patrimoniale (utilizzando le tabelle

del Tribunale di Milano di uso comune nei Tribunali italiani), definendo la somma massima ritenuta congrua o, in determinati casi, la forbice entro cui può essere definita tale somma, da definire in transazione con la parte.

Le eventuali spese legali di parte richiedente potranno essere conteggiate entro il limite massimo del 10% delle voci di danno biologico e inabilità temporanea riconosciute o di danno da decesso, con applicazione delle seguenti percentuali di compenso, in relazione al grado di danno biologico permanente:

per punti di danno da 0 a 10%	max 10%
per punti di danno eccedenti 10 e fino a 20%	max 9%
per punti di danno eccedenti 20 e fino a 30%	max 8%
per punti di danno eccedenti 30 e fino a 40%	max 7%
per punti di danno eccedenti 40 e fino a 50%	max 6%
per punti di danno eccedenti 50 e fino a 60%	max 5%
per punti di danno eccedenti 60 e fino a 70%	max 4%
per punti di danno eccedenti 70 e fino a 80%	max 3%
per punti di danno eccedenti 80 e fino a 90%	max 2%
per punti di danno eccedenti 90 e fino a 100%	max 1%

Le trattative relative all'eventuale transazione del sinistro con la controparte vengono gestite, in fase stragiudiziale dall'Ufficio Affari Legali e Contenzioso e in fase giudiziale dal difensore costituito e possono concludersi:

- **con la sottoscrizione di atto di transazione tra le parti:**

alla liquidazione del risarcimento provvederà l'U.O. competente alla gestione dei sinistri con provvedimento del Direttore Generale cui viene allegato lo schema di transazione da cui si evinca la sintetica motivazione dell'accoglimento.

Il parere medico-legale conclusivo, posto a fondamento dell'accoglimento della richiesta, rimarrà agli atti del relativo fascicolo e potrà essere prodotto alla parte solo previa specifica richiesta, per estratto, al fine di non ledere la difesa dell'Azienda in un eventuale successivo contenzioso.

➤ **con la non accettazione dell'offerta da parte del danneggiato:**

in tal caso l'U.O. competente provvederà comunque a formalizzare, con pec e/o raccomandata A.R., l'offerta economica.

Nel caso in cui sia ritenuto possibile un risarcimento in forma specifica, il CAVS fornirà tutti gli elementi (rinvenuti dalla fase istruttoria) utili a far erogare dalle strutture aziendali le prestazioni necessarie (es. nel caso di smarrimento protesi o di avulsione dentaria, presa in carico del paziente dalla odontostomatologia; nel caso necessiti un nuovo o diverso intervento chirurgico inserimento nelle liste operatorie ecc.).

3. ADEMPIMENTI/OBBLIGHI VERSO LA CORTE DEI CONTI

Al fine di consentire i controlli di competenza, l'U.O. che gestisce i sinistri trasmette i provvedimenti di liquidazione degli stessi alla Corte dei Conti.

Nel caso la Corte dei Conti notifichi che ha riscontrato gli estremi per l'attribuzione di responsabilità per colpa grave a carico del personale coinvolto, la predetta U.O. provvederà alle comunicazioni al personale per l'attivazione della polizza relativa, se sottoscritta, o per ogni loro attività difensiva.

Qualora la responsabilità per colpa grave venga definitivamente accertata, la liquidazione del sinistro effettuata dall'Azienda verrà recuperata a carico dell'Assicurazione del dipendente, se esistente, o dello stesso.

4. SOFTWARE GESTIONALE CAVS

Il CAVS opera attraverso un software gestionale che segue il procedimento di richiesta di risarcimento danni in ogni fase di svolgimento (dall'avvio alla chiusura).

Tale software viene implementato dalle UU.OO. competenti nella gestione dei sinistri.

Il software contiene anche dati relativi all'evoluzione dei sinistri sfociati in contenzioso giudiziario con le relative liquidazioni.

5. MONITORAGGIO

Il CAVS effettua un monitoraggio continuo sui sinistri, utile a individuare l'andamento generale del fenomeno. In particolare osserva la tipologia del danno, l'ammontare economico del danno presumibile o liquidato, la frequenza, l'area di attività interessata. Inoltre monitorizza il numero di sinistri aperti per anno e l'ammontare dei risarcimenti e trasmette le informazioni di cui all'art. 10 c. 4 ed all'art. 4, c. 3 della L. 24/2017, ai fini della pubblicazione.

(* ISTRUTTORIA MEDICO LEGALE (FASI E CONTENUTI) E QUALITA'

Fasi e contenuti dell'istruttoria

L'istruttoria medico-legale è un documento che deve rispecchiare le fasi che scandiscono l'attività medico-legale a seguito di una richiesta risarcitoria fatta all'Azienda.

Pertanto, l'istruttoria conterrà le macroaree che connotano l'iter medico-legale: compilativa, clinica, tecnico-valutativa e preventiva. Ciascuna macroarea conterrà

delle sezioni e items, la cui effettiva presenza andrà modulata in relazione alla fattispecie giuridica con cui perviene la richiesta risarcitoria e alle caratteristiche del danno lamentato.

Si propone, pertanto, una tabella che schematizza le fasi dell'istruttoria:

FASI DELL'ISTRUTTORIA	RICHIESTA RISARCIMENTO	RICORSO EX ART. 696/bis ovvero Istanza di Mediazione
Premessa: riproposizione dei contenuti della richiesta di risarcimento danni e della consulenza tecnica di parte	SI	SI
Esame degli atti	SI	SI
Visita medico legale	SI	NO
Considerazioni medico-legali	SI	SI
Valutazione del danno biologico	SI	SI
Valutazione delle spese sanitarie	SI	SI
Valutazione interna delle criticità	SI	SI

Qualità redazionale dei pareri

Definite le sezioni “base” che compongono l’istruttoria medico-legale, e che conferiscono valore di documento di riferimento per la successiva corretta gestione del sinistro, si deve passare a delineare le caratteristiche principali dei contenuti con riguardo alla qualità del parere medico-legale finale:

- ***premessa***: vengono riproposti gli elementi di doglianza della richiesta risarcitoria, compresi gli elementi tecnici forniti dalla Consulenza medica di Parte (quando presente) e il quantum richiesto
- ***esame degli atti***: primum movens dell’istruttoria medico-legale è l’analisi dei dati documentali (cartelle cliniche, referti, relazione del sanitario coinvolto/responsabile UO, relazioni ufficio tecnico), che rappresenta il substrato di oggettività su cui argomentare il parere medico-legale. L’analisi degli atti, non è la ricostruzione della vicenda clinica, ma è la trascrizione fedele del dato documentale
- ***visita medico-legale***: attività clinica dell’istruttoria medico-legale, quando possibile (consentita dai tempi di processo e dalla disponibilità del danneggiato – exitus, mancato consenso, etc) è momento fondamentale per l’approfondimento dell’istruttoria (collazione di ulteriori documenti sanitari e non e notizie anamnestiche) e di comunicazione con il cittadino. La visita medico-legale consente una più esatta definizione dell’an debeat e del quantum (anche in relazione alla possibilità di avvalersi di specialista del settore, potendo riproporre quella valutazione collegiale richiamata all’art. 15 della Legge 24/2017)
- ***considerazioni medico-legali***: si compone di più items quali la ricostruzione della vicenda clinica documentata (summa dei dati salienti documentali), esposizione dei riferimenti bibliografici di merito (secondo LG e buone pratiche), analisi del nesso di causa (corroborato da esaustiva argomentazione tecnico-scientifica, aderente alle oggettività documentali e alle evidenze scientifiche specificatamente riportate)

- ***valutazione del danno biologico***: contiene la stima della menomazione permanente dell'integrità psico-fisica dell'organismo, con chiaro riferimento ai principali barèmes, all'inquadramento medico-legale e all'argomentazione dell'entità del danno riconosciuto
- ***valutazione delle spese sanitarie***: quando presenti, il medico legale si esprime sulla congruità
- ***valutazione interna delle criticità***: brevi considerazioni sulle criticità emerse dall'analisi della documentazione (compilazione della cartella clinica, consenso informato, organizzazione della UO coinvolta nel sinistro).

In tale spazio il medico legale si deve esprimere in merito al possibile rischio di soccombenza, al di là della discussione tecnico-scientifica sul nesso di causa, valutando l'opportunità di una transazione, nell'ottica di contenere la spesa prevista per una gestione in altra sede del medesimo contenzioso.

Si ritiene che una siffatta composizione dell'istruttoria medico-legale, garantisca chiarezza e linearità del procedimento valutativo e nello stesso tempo si presti ad una valutazione oggettiva di qualità, mediante indicatori da applicare a ciascuna sezione, da cui dedurre una media ponderata, quale giudizio complessivo.