



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Allegato alla Delib.G.R. n. 9/12 del 25.2.2026

Linee di indirizzo

per la gestione dei sinistri derivanti da responsabilità sanitaria

alla luce della riforma del Sistema sanitario regionale

(L.R. 11 settembre 2020, n. 24, aggiornata, da ultimo, dalla L.R. 11 marzo 2025, n. 8)

Aggiornamento Delib.G.R. n. 44/36 del 5.9.2018



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Sommario

1.	Premessa	3
2.	Glossario	4
3.	Ambiti di applicazione	6
4.	Scopo del documento	6
5.	Il flusso di gestione dei sinistri alla luce del rinnovato assetto organizzativo regionale e il ruolo di ARES	7
5.1	L'avvio del processo	7
6.	Comitato valutazione sinistri (CVS) unico regionale	8
7.	Il ruolo del Centro regionale per il Risk Management	10
8.	La fase di prevenzione del sinistro: ascolto e mediazione dei conflitti	10
9.	La procedura di gestione dei sinistri in sede stragiudiziale	11
9.1.	Apertura del sinistro e adempimenti preliminari	11
9.2.	Fase istruttoria	12
9.3.	Fase di trattazione	12
9.4.	Fase decisoria	14
10.	La procedura di gestione dei sinistri in fase giudiziale	14
11.	Comunicazione alla Corte dei conti	14
12.	Flussi informativi sui sinistri	14
13.	L'accantonamento dei fondi	15
14.	La formazione	15



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. Premessa

La Regione Sardegna ha avviato un percorso volto a migliorare i processi di gestione della responsabilità sanitaria promuovendo, da un lato, la cultura della sicurezza e le politiche di prevenzione dei sinistri e favorendo, dall'altro, l'omogeneizzazione dei processi operativi per una più efficiente e tempestiva gestione delle richieste di risarcimento del danno.

Al fine di dare attuazione al modello regionale, su proposta dell'apposito Tavolo tecnico, con deliberazione della Giunta regionale n. 44/36 del 5.9.2018, venivano approvate le linee di indirizzo per la gestione dei sinistri derivanti da responsabilità sanitaria.

Dopo un periodo di prima applicazione del modello interveniva la riforma del Sistema sanitario regionale introdotta con legge regionale 11 settembre 2020, n. 24, successivamente modificata e da ultimo aggiornata con la legge regionale 11 marzo 2025, n. 8, con la quale era stato rinnovato l'assetto organizzativo regionale con l'istituzione dell'Azienda regionale della salute (ARES) con funzione di supporto alle aziende socio-sanitarie locali (ASL), all'ARNAS "G. Brotzu", all'AREUS e alle aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/60 del 1.6.2023, recante ad oggetto "Progetto regionale per l'omogeneizzazione dei processi di gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità professionale", nell'ottica di proseguire le attività già avviate con la deliberazione del 2018, è stata avviata la fase di sperimentazione del modello di gestione dei sinistri per la quale è stata individuata la ASL n. 6 del Medio Campidano.

Alla luce dell'esperienza diretta maturata dall'applicazione del modello regionale di gestione dei sinistri, considerata la recente legge regionale n. 8/2025, di modifica della legge regionale n. 24/2020, di riforma del Sistema sanitario regionale, è emersa l'esigenza di aggiornare e adeguare le linee di indirizzo al nuovo contesto e agli indirizzi regionali, con la finalità di promuovere un percorso comune volto all'omogeneizzazione nella gestione e nella valutazione dei sinistri delle aziende sanitarie, con il supporto di ARES ed in particolare del Centro regionale di Risk Management.

L'aggiornamento del modello persegue l'obiettivo di migliorare e rendere omogenei i processi di gestione dei sinistri, attraverso l'individuazione di percorsi comuni tra le aziende sanitarie, al fine di migliorare la conoscenza degli aspetti legati alla sinistrosità, aumentando, da un lato, la consapevolezza delle aziende di quanto accade al proprio interno (gestione virtuosa) e promuovendo, dall'altro, una maggiore sicurezza delle cure, la riduzione dei tempi di ristoro del danno e il contenimento dei costi complessivi del sistema.

Il modello si realizza attraverso una gestione sinergica che permane comunque orientata alla riduzione e al contenimento del contenzioso per responsabilità medica, all'implementazione delle politiche di prevenzione e riduzione del rischio clinico nell'ambito di tutti i percorsi assistenziali e allo sviluppo e al monitoraggio – con il supporto del Centro regionale per il Risk Management - delle azioni di miglioramento e delle strategie di clinical governance, oltre al governo e al monitoraggio dei flussi finanziari connessi (accantonamenti e fondo rischi e oneri), in ottemperanza alla legge n. 24/2017 (cd. legge Bianco-Gelli).



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2. Glossario

Al fine di procedere a una corretta lettura delle presenti linee di indirizzo, di seguito si indicano le seguenti definizioni.

Assicurazione: contratto di assicurazione.

Aziende sanitarie: ovvero tutte le aziende sanitarie e ospedaliere regionali, ivi compresa la Gestione Regionale Sanitaria Liquidatoria di ATS Sardegna ex L.R. n. 24/2020.

Broker assicurativo: intermediario cui è affidata la gestione della polizza assicurativa per incarico conferito dal contraente, ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005.

Comitato valutazione sinistri (CVS): è la struttura multidisciplinare che ricomprende competenze giuridiche, medico-legali e di gestione del rischio clinico, che è incaricata dello studio, della proposta di definizione e della trattazione del sinistro, anche con finalità di analisi, valutazione e prevenzione del rischio.

Esercente le professioni sanitarie (sanitario): qualunque operatore sanitario per il cui operato l'Azienda sia chiamata a rispondere a qualunque titolo in base a quanto previsto dalle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Gestione amministrativa o stragiudiziale: attività di istruttoria, trattativa e liquidazione del risarcimento del danno, previa determinazione del Comitato di valutazione sinistri (CVS), per le pratiche per le quali non sia stata ancora attivata un'azione in sede civile o l'azienda non sia stata citata quale responsabile civile nell'eventuale giudizio penale.

Gestione giudiziale: attività legale difensiva davanti agli organi giudiziari civili e penali, con possibilità di trattativa e definizione transattiva della controversia, previo parere del Comitato di valutazione sinistri.

Mediazione aziendale: percorso interno alle aziende, volto a favorire un componimento precoce della vertenza, attraverso il quale due o più parti si rivolgono a un soggetto terzo e neutrale, il mediatore aziendale, per ridurre i conflitti.

Mediazione obbligatoria: attività svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti, a fronte di una presunta responsabilità medica, sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della controversia.

Richiesta di risarcimento del danno: si intende quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene portata per iscritto a conoscenza dell'assicurato:

- la comunicazione con la quale il terzo od il prestatore attribuiscono all'assicurato la responsabilità per danni o perdite;
- qualsiasi citazione in giudizio o chiamata in causa, inclusa la costituzione di parte civile o altra comunicazione scritta con la quale il terzo avanza nei confronti dell'assicurato formale richiesta di essere risarcito di danni o perdite;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- la comunicazione all'assicurato con ogni mezzo idoneo ai sensi dell'art. 8, primo comma del D.Lgs. 4 marzo 2010, n. 28 e successive modificazioni ed integrazioni, della domanda di mediazione anche se non eseguita a cura dalla parte istante;
- la formale notifica all'assicurato da parte delle autorità competenti di un'informazione di garanzia ai sensi dell'art. 369 c.p.p., di un accertamento tecnico non ripetibile ai sensi dell'art. 360 c.p.p., nonché di accertamento tecnico preventivo ai sensi degli artt. 696 e 696 bis c.p.p., di un incidente probatorio ai sensi dell'art. 392 c.p.p., dell'avviso di conclusione delle indagini ai sensi dell'art. 415-bis c.p.p., in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione.

Non è equiparata a *richiesta di risarcimento del danno* la notifica dell'ordinanza/verbale di sequestro delle cartelle cliniche né la sola richiesta di accesso agli atti a qualsiasi titolo inoltrata dai pazienti e/o terzi e non corredata da una contestuale richiesta di risarcimento dei danni come sopra indicata.

Risarcimento: la somma dovuta al terzo in caso di responsabilità aziendale.

Scoperto: percentuale del danno a carico esclusivo dell'assicurato.

Self insurance retention (SIR): limite fino a concorrenza del quale l'Azienda trattiene a proprio carico la gestione del sinistro sia sotto il profilo economico che in termini di autonoma gestione, istruzione e liquidazione dell'evento.

Sinistro: evento da cui origina la richiesta di risarcimento del danno e di cui l'Azienda sia chiamata a rispondere in forza delle disposizioni normative vigenti.

Sinistro RCT: la ricezione di una richiesta di risarcimento del danno da chiunque avanzata nonché di un'azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.

Sinistro RCO: la formale notifica al Contraente e/o ad un assicurato dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica al contraente e/o ad un assicurato dell'apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di enti di previdenza/assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la ricezione da parte del contraente e/o di un assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.

Sistema informativo regionale monitoraggio errori in sanità (SIRMES): sistema applicativo che le aziende sanitarie regionali utilizzano per la gestione integrata del sinistro tra area legale, area medico legale e risk management.

Sistema informativo monitoraggio errori in sanità (SIMES): piattaforma ministeriale che ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Soggetto leso: colui che ritiene di aver subito un danno in conseguenza di azioni od omissioni imputabili a un'azienda del SSR o a coloro che operano per suo conto.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Ufficio sinistri o altro ufficio preposto: ufficio incardinato nell'Area legale di ARES, chiamato a curare, in sinergia con gli ulteriori servizi e organismi coinvolti nella gestione del sinistro, secondo le modalità di cui alle linee di indirizzo di seguito illustrate.

3. Ambiti di applicazione

Le presenti linee di indirizzo si rivolgono a tutti i soggetti che, a vario titolo ed in conformità con gli assetti organizzativi delineati dalla sopracitata legge di riforma, sono chiamati ad intervenire per assicurare una gestione puntuale ed efficiente dei sinistri. In particolare, il documento interessa:

- 1) Azienda regionale della salute (ARES);
- 2) Gestione regionale sanitaria liquidatoria ATS ex art. 3, comma 6, L.R. 11 settembre 2020, n. 24;
- 3) ASL n. 1 di Sassari;
- 4) ASL n. 2 della Gallura;
- 5) ASL n. 3 di Nuoro;
- 6) ASL n. 4 dell'Ogliastra;
- 7) ASL n. 5 di Oristano;
- 8) ASL n. 6 del Medio Campidano;
- 9) ASL n. 7 del Sulcis Iglesiente;
- 10) ASL n. 8 di Cagliari;
- 11) Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS);
- 12) Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Cagliari;
- 13) Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Sassari;
- 14) Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS).

4. Scopo del documento

Le presenti linee di indirizzo mirano, in particolare, a:

- migliorare la gestione dei sinistri e contenere i tempi necessari per gli eventuali risarcimenti agli utenti che ne abbiano diritto;
- diminuire la sinistrosità aziendale come conseguenza del sistema di monitoraggio, attraverso iniziative mirate alla prevenzione delle cause più frequenti da cui hanno origine le richieste risarcitorie;
- conseguire risparmi attraverso la trattazione diretta e celere delle pratiche con la controparte, favorendo gli aspetti conciliativi e le soluzioni stragiudiziali del relativo contenzioso;
- tutelare i diritti del cittadino danneggiato e nello stesso tempo l'immagine del sistema sanitario regionale, al fine di migliorare il rapporto di fiducia tra le aziende ed i propri utenti;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- reinvestire le eventuali risorse accantonate e risparmiate per effetto di una gestione virtuosa dei sinistri in azioni di prevenzione dei rischi a favore della sicurezza delle prestazioni erogate.

5. Il flusso di gestione dei sinistri alla luce del rinnovato assetto organizzativo regionale e il ruolo di ARES

L'attuazione della citata legge regionale d'11 settembre 2020, n. 24, modificata da ultimo con la legge regionale 11 marzo 2025, n. 8, ha portato all'istituzione dell'Azienda regionale della salute (ARES), con funzione di supporto alle aziende socio-sanitarie locali (ASL), all'ARNAS "G. Brotzu", all'AREUS e alle aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari.

In particolare, all'ARES è attribuito, tra gli altri, il compito istituzionale di curare la gestione della copertura assicurativa RCT - RCO, delle franchigie/SIR assicurative con relative liquidazioni, degli adempimenti esecutivi agli accordi per indennizzi e risarcimenti di danno (gestione decisioni di CVS o altri soggetti competenti; liquidazioni; comunicazioni; etc..., affidamento di incarico al difensore indicato dalla compagnia assicuratrice nei giudizi afferenti ai sinistri coperti da polizze assicurative per la valutazione degli importi di competenza della Gestione regionale sanitaria liquidatoria dell'ATS Sardegna).

In linea con tale mandato, ARES, nell'ambito del proprio compito istituzionale, gestisce, con il supporto dei Broker aziendali e con il proprio CVS, il flusso dei sinistri rientranti nella copertura assicurativa, interloquendo direttamente con la Compagnia di assicurazioni.

5.1 L'avvio del processo

Tenuto conto che il flusso di gestione dei sinistri prende avvio con la richiesta risarcitoria avanzata nei confronti dell'Azienda sanitaria coinvolta, quest'ultima avrà l'onere di darne tempestiva comunicazione al Servizio legale di ARES e al Centro regionale Risk Management.

Il personale amministrativo dei Servizi legali di ARES, ricevuta la richiesta, provvederà all'apertura del sinistro, dando immediata comunicazione al broker aziendale di riferimento e alla Compagnia di assicurazioni. L'ulteriore fase di trattazione del sinistro sarà amministrata da ARES, che si occupa, con la Compagnia di assicurazioni e con il Broker, di tutta la gestione del sinistro attraverso il CVS regionale.

Le aziende ospedaliero-universitarie e l'ARNAS, dotate di un ufficio deputato alla gestione dei sinistri, possono aprire direttamente il sinistro dandone tempestiva comunicazione al Servizio legale di ARES, al Broker e alla Compagnia di assicurazione e al Centro regionale risk management.

Il flusso sopradescritto deve, altresì, tenere conto del "Progetto regionale per l'omogeneizzazione dei processi di gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità professionale", avviato, in fase di sperimentazione, presso la ASL n. 6 del Medio Campidano. Quest'ultima, all'arrivo della richiesta di risarcimento del danno, in relazione al valore della pretesa, gestirà il sinistro stimato entro i 100.000 euro, con il supporto del Servizio legale di ARES e del Centro regionale per il Risk Management.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

6. Comitato valutazione sinistri (CVS) unico regionale

Si conferma la centralità del CVS nella gestione delle richieste di risarcimento del danno: il CVS è la funzione multidisciplinare a cui compete la valutazione sul piano medico-legale, giuridico e organizzativo del sinistro, diretta alla promozione di politiche di riduzione e contenimento del contenzioso per responsabilità medica e di prevenzione e riduzione del rischio clinico. L'organizzazione del CVS deve essere impostata per assicurare all'utente un trattamento tempestivo ed efficiente nella valutazione del risarcimento.

Il CVS esprime un parere obbligatorio, non vincolante, sulle richieste di risarcimento del danno per Responsabilità civile terzi e Responsabilità civile operatori (RCT/RCO) sia in copertura assicurativa che in regime di autoassicurazione e/o gestione diretta.

All'interno di ARES è istituito un unico CVS regionale, la cui multidisciplinarietà è garantita dalla presenza delle seguenti professionalità la cui **parte fissa** è rappresentata da:

- avvocato di ARES, quale soggetto indicato per la gestione del contratto assicurativo, di supporto alle aziende sanitarie, con il compito di: (I) relazionare sinteticamente il CVS sul caso; (II) esprimere una valutazione sommaria circa la documentazione acquisita, la questione giuridica e i rischi di eventuale soccombenza tenuto conto del panorama normativo e giurisprudenziale esistente; (III) eventualmente indicare una quantificazione del danno attraverso l'applicazione dei parametri di computo richiamati dalle vigenti disposizioni normative e dalle tabelle in uso presso i Tribunali di merito;
- medico legale di ARES (ovvero in accordo collaborativo se dipendente di altra azienda del SSR): si occupa di redigere la relazione medico legale anche, ove opportuno, conferendo con i professionisti coinvolti e/o con il responsabile della struttura ove si è verificato il fatto, per appurare la fondatezza della domanda, verificando la sussistenza del nesso causale e quantificando, se presente, il danno;
- risk manager di ARES, quale soggetto indicato per garantire l'omogeneizzazione dei processi di gestione del governo clinico in ambito regionale e promuovere percorsi virtuosi volti a implementare la sicurezza e la qualità delle cure, in sinergia con i risk manager delle aziende interessate e in collaborazione multidisciplinare con i professionisti coinvolti in relazione ai singoli percorsi;

Mentre la **parte variabile** del CVS, cambia in relazione all'Azienda sanitaria coinvolta nel sinistro e comprende le figure professionali di seguito indicate:

- risk manager aziendale (o suo delegato), in qualità di referente per la gestione del rischio clinico all'interno dell'azienda di appartenenza, partecipa ai lavori del CVS al fine di utilizzare le informazioni raccolte per promuovere percorsi specifici per il continuo miglioramento delle attività e dei servizi offerti all'utente;
- un medico legale ove presente o un referente della azienda per i sinistri;
- broker e/o loss adjuster aziendale e referente compagnia assicurativa, per i sinistri coperti da polizza assicurativa;
- direttore sanitario aziendale ovvero rappresentante della direzione sanitaria delegato.

Ove necessario in ragione della tipologia del sinistro il CVS viene integrato con la partecipazione di:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- medico specialista: scelto tra quelli della medesima disciplina, esclusa l'azienda sanitaria coinvolta, interviene su richiesta del medico legale o dell'avvocato responsabile del caso, in ragione della natura altamente specialistica della questione, per una puntuale e approfondita valutazione del sinistro;
- responsabile del servizio tecnico aziendale o suo delegato limitatamente all'ipotesi di sinistri derivanti da insidie strutturali (danneggiamenti, cadute accidentali avvenute all'interno della struttura sanitaria, etc.) ed altri sinistri che coinvolgono anche aspetti strutturali e/o logistici;
- responsabile del Servizio ingegneria clinica e/o delle funzioni HTA di ARES o suo/i delegato/i limitatamente all'ipotesi di sinistri derivanti dall'utilizzo della tecnologia sanitaria (dispositivi medici, attrezzature, macchinari etc.) o comunque connessi con l'utilizzo di tecnologie sanitarie.

I componenti del CVS, all'atto della nomina, non devono trovarsi in condizioni di inconferibilità e/o in condizioni di conflitto di interessi e di eventuale incompatibilità sopravvenuta. Il componente del CVS che si trovi, nel corso della trattazione del sinistro, in conflitto di interessi e incompatibilità è tenuto a segnalarlo ed astenersi.

Le aziende sanitarie dovranno garantire la presenza dei profili professionali indicati all'interno del CVS nella parte variabile e dovranno seguire le modalità di gestione stabilite ai precedenti punti delle presenti linee di indirizzo.

Per rafforzare le attività dei CVS, come previsto dall'art. 6 della legge regionale 19 dicembre 2023, n. 17 (deliberazione della Giunta regionale n. 46/45 del 22.12.2023), il Centro regionale per il Risk Management si avvale di specialisti in medicina legale per supportare le aziende nella valutazione dei casi e garantire omogeneità e uniformità su tutto il territorio regionale. In caso di temporanea carenza delle suddette professionalità e/o nelle more dell'espletamento delle dovute procedure per l'acquisizione delle risorse, ovvero in casi di particolare complessità è possibile ricorrere ad ulteriori specialisti utilizzando eventuali convenzioni in essere con Enti ed Istituzioni pubbliche, ovvero mediante il conferimento di incarichi a professionisti esterni, preferibilmente con costituzione di un apposito albo.

Per assicurare una gestione efficiente dei sinistri, il CVS è convocato dal Servizio legale di ARES, con cadenza periodica minima mensile, o comunque superiore in ragione del numero dei sinistri da trattare. Le riunioni dovranno svolgersi in orario di servizio.

I professionisti del SSR individuati e coinvolti per i procedimenti di valutazione dei sinistri, di successiva gestione in termini di partecipazione al CVS, estensione di pareri, consulenza (CTP), ecc., sia stragiudiziale, sia giudiziale, sono ovviamente obbligati a rendere, prontamente, tali attività nel quadro del loro rapporto di lavoro e, pertanto, nell'ambito delle funzioni istituzionali per il miglioramento dell'attività del sistema sanitario regionale: le aziende cureranno che tale obbligo sia adempiuto con estrema tempestività in relazione alle scadenze procedurali evidenziate dal CVS e/o dal Servizio legale.

Al fine di assicurare il regolare svolgimento dell'attività, il CVS dispone di una segreteria amministrativa, il cui funzionamento è assicurato dal personale messo a disposizione dal Servizio legale di ARES per consentire:

- (i) l'organizzazione, predisposizione e supporto alle riunioni periodiche del CVS (comunicazioni ai componenti, convocazioni, inoltre documentazione, etc.);



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- (ii) predisposizione di comunicazioni intra ed extra aziendali/SSR per la gestione del sinistro (comunicazioni al danneggiato, ai professionisti coinvolti e/o alle strutture sanitarie coinvolte, etc.) e acquisizione delle relative risposte.

Ogni decisione del CVS viene adottata collegialmente e comunicata all'Azienda sanitaria coinvolta per gli adempimenti successivi (provvedimento, liquidazione e pagamento).

L'intera documentazione sottoposta all'analisi e alla valutazione del CVS è da trattarsi secondo le disposizioni normative vigenti in tema di riservatezza. Tutta la documentazione e le informazioni oggetto di analisi da parte del CVS non potranno essere divulgate né utilizzate al di fuori dell'ambito aziendale/SSR.

Il regolamento del CVS sarà adeguato in conformità alle presenti linee di indirizzo.

7. Il ruolo del Centro regionale per il Risk Management

Il Centro regionale per il Risk Management, oltre alle attività mirate alla prevenzione e contenimento del contenzioso per responsabilità medica e all'implementazione delle politiche di prevenzione e riduzione del rischio clinico nell'ambito di tutti i percorsi assistenziali, si occupa:

- di garantire l'omogeneità del sistema di gestione del contenzioso da responsabilità sanitaria e del monitoraggio dei sinistri, con cadenza annuale, finalizzato alla gestione ed elaborazione dei dati regionali relativi alla tipologia di danno, di sinistro, di procedura di ristoro, alle cause del sinistro, alla frequenza e all'onere finanziario complessivo, assicurando anche l'assolvimento del debito informativo ministeriale;
- dell'elaborazione di proposte formative volte a sviluppare ulteriormente le competenze delle funzioni aziendali interessate nella prevenzione e nella gestione dei sinistri.

8. La fase di prevenzione del sinistro: ascolto e mediazione dei conflitti

Nel perseguire finalità deflative della conflittualità, anche solo a livello stragiudiziale, le aziende sanitarie regionali dovranno prevedere una specifica funzione di ascolto allo scopo di costituire un canale di comunicazione riservata e accogliente con l'utente (pazienti, familiari, caregiver, etc.) tesa a comporre il conflitto e a ripristinare e consolidare il senso di fiducia verso la struttura e l'operato dei professionisti sanitari.

L'ascolto è focalizzato a ristabilire l'alleanza tra le parti promuovendo la cultura del dialogo e costituendo una valida occasione di prevenzione del contenzioso, pur se non finalizzata alla ricerca di un accordo transattivo. Pertanto, a fronte di una richiesta di accesso alla documentazione clinica, di segnalazioni ricevute dagli operatori sanitari e/o inoltrate all'URP aziendale, la funzione di ascolto valuterà l'opportunità di prendere contatto con il paziente o un suo rappresentante per avviare un percorso volto alla comprensione delle problematiche e delle difficoltà eventualmente riscontrate, nel rispetto della privacy, con l'obiettivo di fornire supporto pratico e psicologico, riavvicinare le parti e, ove opportuno, proporre riparazioni in forma specifica. Il Centro regionale per il Risk Management si occuperà di avviare e facilitare tale percorso curandone l'omogeneità in ambito regionale.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

9. La procedura di gestione dei sinistri in sede stragiudiziale

Le presenti linee di indirizzo indicano il complesso di attività sottese ad una sollecita definizione del sinistro trattato in via stragiudiziale attraverso le seguenti fasi:

1. apertura del sinistro e adempimenti preliminari;
2. fase istruttoria;
3. fase di trattazione;
4. fase decisoria.

Ogni fase della procedura sarà gestita dagli operatori degli uffici sinistri tramite il Sistema informativo regionale per il monitoraggio degli errori in sanità (SIRMES), avente la funzione di registrare le informazioni relative alle denunce dei sinistri, contribuendo ad una efficace gestione degli stessi e dei relativi dati medico legali, economici e assicurativi in modo da consentire un maggiore governo e controllo a livello regionale.

9.1. Apertura del sinistro e adempimenti preliminari

Il procedimento per la gestione stragiudiziale dei sinistri, come anticipato, prende avvio dalla ricezione di una richiesta di risarcimento del danno intesa come qualsiasi comunicazione/segnalazione che, a prescindere dalla forma con la quale viene inoltrata, contenga una richiesta di risarcimento dei danni, diretti e indiretti, correlata allo svolgimento dell'attività istituzionale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: diffida, istanza di mediazione, atto introduttivo del giudizio, segnalazione, reclamo, avviso di garanzia o altro provvedimento proveniente dalla Procura della Repubblica a carico di un dipendente o collaboratore).

L'istanza, una volta protocollata, dovrà essere inoltrata a mezzo PEC, dalle singole aziende sanitarie destinatarie della richiesta, al Servizio legale di ARES per gli adempimenti di competenza. Qualora la stessa dovesse essere inoltrata presso l'Ufficio relazioni con il pubblico (URP), sarà quest'ultimo Servizio a trasmetterla celermente a mezzo PEC al Servizio legale di ARES per l'apertura dello stesso. Segue una fase preliminare, a cura di ARES, volta all'acquisizione della documentazione utile e lo svolgimento, nell'ordine, delle seguenti attività:

- inserimento della richiesta nel data base aziendale e apertura della pratica su SIRMES;
- analisi sommaria della richiesta e sintetica valutazione circa l'ammissibilità della domanda (es. sottoscrizione, esposizione dei fatti);
- nota di comunicazione all'istante di presa in carico della domanda, con contestuale richiesta di ulteriore documentazione sanitaria in suo possesso (ovvero di eventuali valutazioni medico legali) e di autorizzazione al trattamento dei dati ex D.Lgs. n. 196/2003;
- comunicazione alla Compagnia di assicurazione per l'apertura del sinistro, secondo le modalità previste nel contratto di assicurazione;
- richiesta alla Direzione sanitaria dell'Azienda coinvolta della copia della cartella clinica ed eventuale documentazione equipollente, dei nominativi del personale interessato e relative coperture assicurative unitamente ad una sintetica descrizione dei fatti;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- previa individuazione da parte delle Direzioni sanitarie dell'Azienda coinvolta del personale sanitario interessato, inoltro delle comunicazioni di cui all'art. 13 legge n. 24/2017, al fine di:
 - in caso di atto introduttivo del giudizio, trasmettere copia dell'atto all'esercente la professione sanitaria, entro 45 giorni dalla notifica, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento;
 - in caso di gestione stragiudiziale, comunicare all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato;
- inoltro di eventuali ulteriori richieste all'istante (o suoi rappresentanti) ai fini di una completa analisi della pratica, volta ad acquisire ulteriore documentazione non rientrante tra quella nella disponibilità dell'azienda, ma utile ai fini di una completa valutazione dei fatti, nonché necessaria per documentare l'eventuale evoluzione del danno lamentato.

9.2. Fase istruttoria

Nel caso in cui il sinistro ricada in copertura assicurativa, una volta ottenuta l'intera documentazione, questa viene inoltrata, a mezzo PEC, alla Compagnia assicurativa che di norma affida l'incarico ad un medico legale di fiducia che procede all'analisi della documentazione. Il parere medico legale, che sarà condiviso nell'ambito del CVS, sarà discusso con il professionista legale, medico legale e gli altri soggetti coinvolti per la valutazione.

In caso, invece, di sinistro in gestione diretta o in regime di autoassicurazione, una volta ottenuta l'intera documentazione questa viene inoltrata – mediante caricamento sul SIRMES – al medico legale del Centro regionale per il Risk Management, che procede all'analisi della documentazione ed eventualmente alla visita del paziente (l'inoltro deve avvenire attraverso la piattaforma SIRMES a tutti i professionisti coinvolti nella gestione dei sinistri). Ove appaia opportuno l'espletamento di ulteriori approfondimenti diagnostici, ogni spesa sarà a carico dell'Azienda coinvolta, secondo una procedura definita che utilizzi un codice di "esenzione" appositamente creato. Esaminato il caso, si procede alla redazione del parere medico legale che verrà inoltrato – mediante caricamento sul SIRMES - al Servizio legale di ARES, che, a completamento dell'istruttoria, possono richiedere una specifica relazione ricadente nella competenza dell'area organizzativa, strutturale o tecnologica di riferimento e procedere all'acquisizione delle ulteriori informazioni ritenute opportune.

9.3. Fase di trattazione

Il Servizio legale di ARES, sentiti il Broker aziendale e la Compagnia di assicurazioni se trattasi di sinistro rientrante nella copertura, programmano l'analisi della pratica nella prima seduta utile del CVS con il compito di:

- analizzare e valutare la richiesta di risarcimento del danno;



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- valutare la relazione medica, redatta dal medico legale incaricato, inerente il sinistro alla luce della documentazione sanitaria (ivi comprese eventuali consulenze medico legali di parte che verranno richieste al danneggiato all'atto della presa in carico dell'istanza risarcitoria);
- valutare, alla luce della relazione del medico legale aziendale incaricato e della documentazione proveniente dall'area legale, la fondatezza della domanda ("an") verificando preliminarmente la sussistenza del nesso di causalità nonché effettuando una quantificazione del danno rilevato;
- effettuare una valorizzazione del sinistro ai fini del giudizio di soccombenza (in termini di probabile, possibile, remoto) da esprimere per l'accantonamento delle somme sul fondo rischi aziendale aggiornando costantemente tale dato ove sopraggiungano ulteriori elementi a sostegno dell'accoglimento totale o parziale della domanda. Ai fini della quantificazione del danno verranno utilizzati i parametri e le tabelle di cui alle vigenti disposizioni normative;
- analizzare tutta la documentazione proveniente dal liquidatore della Compagnia (perizia medico legale della Compagnia, iscrizione di riserve, ulteriore documentazione, etc.) per i sinistri in copertura assicurativa;
- valutare l'eventuale convocazione dei responsabili delle strutture in cui si è svolto il fatto, i professionisti interessati e le persone informate. Inoltre, secondo le risultanze degli approfondimenti dei professionisti sanitari, può essere proposto al paziente di essere sottoposto alla visita medica qualora non via abbia già provveduto il medico legale incaricato;
- esprimere un parere e al fine di prendere posizione nell'ambito della mediazione ex D.Lgs. n. 28/2010 e ss.mm.ii. Dette valutazioni espresse in tale sede verranno utilizzate al fine di avanzare o meno proposte risarcitorie e/o accettare o rifiutare eventuali proposte che verranno trattate in sede di mediazione. Qualora invece la ristrettezza dei tempi non consentisse la trattazione del caso preliminare rispetto alla mediazione, ogni valutazione in merito sarà rimessa all'Azienda sanitaria.

Conclusa l'analisi del sinistro, il CVS esprime, a definizione della pratica e alla luce delle risultanze medico legali in ordine all'an e al *quantum* della pretesa risarcitoria (ivi compresa la congruità delle spese sanitarie documentate), un parere obbligatorio ma non vincolante in merito all'opportunità di addivenire ad una definizione transattiva della controversia avanzando la relativa proposta.

Per l'ipotesi di domanda introduttiva del giudizio, qualora i tempi processuali non consentano una preventiva valutazione del sinistro da parte del CVS, questa verrà rimessa direttamente all'avvocato incaricato, salva sempre la possibilità per quest'ultimo, una volta curati tempestivamente i relativi adempimenti, di sottoporre il caso al CVS al fine di acquisire il relativo parere non vincolante.

Nel caso in cui ritenga di avanzare una proposta transattiva, il CVS, entro 45 giorni decorrenti dall'avvio delle trattative, informa gli operatori coinvolti ex art. 13 legge n. 24/2017, invitandoli a prendervi parte. Sentiti questi ultimi, se ritiene di dover comunque definire stragiudizialmente il sinistro, si esprime in merito e dà mandato all'ufficio sinistri di inoltrare la proposta al danneggiato o suo rappresentante.

A tal fine il CVS è chiamato a valutare l'opportunità di una definizione transattiva del sinistro rispetto all'incertezza ed alla durata del giudizio avuto riguardo alla natura delle pretese, alla chiarezza normativa ed



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

agli orientamenti giurisprudenziali esistenti, oltre che all'esito di contenziosi analoghi. Tale valutazione non potrà poi prescindere dall'effettiva probabilità di soccombenza in giudizio tenuto conto dei vigenti principi in tema di ripartizione dell'onere della prova.

9.4. Fase decisoria

Nel caso in cui il danneggiato accetti la proposta transattiva, la procedura si concluderà con l'adozione di un provvedimento di autorizzazione alla transazione da parte dell'Azienda sanitaria coinvolta, cui seguirà il pagamento dell'importo convenuto e la contestuale definizione della pratica.

Mediante la sottoscrizione della transazione le parti dichiareranno, ai sensi dell'art 1965 c.c., di definire integralmente il contenzioso insorto con ogni conseguente rinuncia ad ogni ulteriore pretesa inerente, direttamente e/o indirettamente, i fatti oggetto di richiesta.

Qualora sia convenuto un risarcimento in forma specifica, il Servizio legale di ARES fornirà le indicazioni del caso alle Direzioni sanitarie delle aziende coinvolte.

10. La procedura di gestione dei sinistri in fase giudiziale

Nel caso in cui non sia possibile addivenire ad una transazione, se il sinistro è in carico alla Compagnia di assicurazioni, il Servizio legale di ARES mette a disposizione dell'avvocato incaricato della difesa in giudizio dell'Azienda l'intera documentazione raccolta ove questa non sia già in possesso della stessa.

Nell'ipotesi di sinistro in gestione diretta, il Servizio legale di ARES valuta se gestire internamente il sinistro con gli avvocati dell'ente, ovvero mediante il motivato conferimento di incarichi a professionisti esterni per la costituzione in giudizio.

L'avvocato si avvale, di norma, della collaborazione del medico legale già incaricato, nell'ambito dell'attività istituzionale, dello studio del sinistro (salva l'opportunità di nominare ulteriori professionisti alla luce della peculiarità e/o complessità del caso concreto): il medesimo è nominato come consulente medico di parte nell'ipotesi in cui venga disposta la consulenza tecnica d'ufficio.

La procedura relativa alla gestione del sinistro da parte dell'ufficio sinistri delle aziende delineata nei precedenti paragrafi sarà oggetto di apposito protocollo operativo da parte delle stesse.

11. Comunicazione alla Corte dei conti

Tutti i provvedimenti di liquidazione adottati, unitamente ad una sintetica esposizione dell'evento di danno, sono trasmessi alla Sezione regionale della Corte dei conti a cura dell'Azienda sanitaria coinvolta. A tal fine, è possibile inoltre, con cadenza quanto meno annuale, un sintetico rapporto contenente una scheda riassuntiva per ciascun sinistro con una breve descrizione del fatto, dell'ammontare del danno, degli accertamenti svolti e delle risultanze emerse.

12. Flussi informativi sui sinistri

Il SIRMES, come premesso, è la piattaforma regionale che raccoglie, dalle aziende sanitarie, le informazioni relative agli errori, agli eventi ed alle denunce dei sinistri in ambito sanitario, anche ai fini del monitoraggio.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le aziende sanitarie regionali sono tenute ad utilizzare il SIRMES come piattaforma gestionale e ad alimentarlo caricando tutti i dati relativi alle richieste di risarcimento del danno da responsabilità sanitaria, che introducono un contenzioso, e i relativi atti processuali ove esistenti. I dati dovranno essere aggiornati secondo le diverse fasi del giudizio.

Il sistema, inoltre, consente di alimentare il flusso informativo nazionale relativamente ad eventi sentinella e sinistri con la trasmissione delle informazioni al Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES), come previsto all'art. 2, comma 3, del decreto ministeriale 11 dicembre 2009 (*le informazioni relative alla denuncia dei sinistri devono essere trasmesse annualmente dalle Regioni alle Province autonome di Trento e Bolzano, entro il 31 gennaio dell'anno successivo al periodo di riferimento*). Sul punto si richiamano integralmente le linee di indirizzo per l'implementazione dell'utilizzo dell'applicativo informatico SIRMES approvate con la deliberazione del Direttore generale di ARES n. 304 del 27.12.2022 e adottate con deliberazione della Giunta regionale n. 46/29 del 22.12.2023.

13. L'accantonamento dei fondi

Salvo quanto verrà previsto nell'ambito del D.M. attuativo della L. n. 24/2017 (art. 10, comma 6), la richiesta risarcitoria, una volta analizzata e valorizzata da parte del CVS, dovrà essere comunicata (oltre che inserita sul SIRMES), a cura dell'ufficio sinistri, al Servizio bilancio aziendale, il quale provvederà all'iscrizione del relativo accantonamento sul fondo rischi aziendale, secondo le prudenziali indicazioni del detto Ufficio.

Il fondo rischi dovrà essere aggiornato periodicamente, tenuto conto della oggettiva difficoltà di quantificare preventivamente l'esatto ammontare del fondo (soggetto a costanti e continue variazioni in ragione del numero di richieste pervenute, della relativa quantificazione economica nonché della diversa valutazione dell'evento che può variare nel tempo e presentare un rischio di soccombenza valutato come probabile o possibile o remoto o viceversa). Se alla chiusura dell'esercizio è presente una richiesta risarcitoria, ma questa non è stata ancora liquidata, si dovrà procedere con l'accantonamento per ogni esercizio di "riserve tecniche" destinate al soddisfacimento di richieste risarcitorie denunciate e non ancora liquidate. Ogni pagamento effettuato riduce il fondo stanziato. Eventuali giacenze, invece, andranno ad alimentare il fondo stanziato per l'anno successivo. Il fondo da rilevare in bilancio seguirà il principio contabile della competenza.

14. La formazione

Al fine di consentire il corretto funzionamento del modello e dei conseguenti processi operativi, sia a livello di efficienza nella gestione amministrativa dei procedimenti presso le aziende, sia nella gestione del CVS, tenuto conto della dinamicità del processo complessivo, nonché della necessità di assicurare omogeneità e continuità a livello regionale, è fondamentale prevedere specifici percorsi formativi e di aggiornamento rivolti a tutti gli operatori coinvolti. Saranno previste attività formative, e di aggiornamento e incontro, differenziate per le diverse figure professionali, oltre che multiprofessionali e multidisciplinari, che, anche attraverso l'analisi dei casi gestiti di volta in volta dall'azienda in sperimentazione, finalizzate ad assicurare il confronto e la diffusione di una metodologia adeguata e quanto più omogenea possibile nella gestione dei sinistri a livello regionale.