



REGOLAMENTO AZIENDALE GESTIONE DEI SINISTRI IN AMBITO RCT

ANNO 2024



Sommario

PARTE I – PROFILI GENERALI	1
1. PREMESSA	1
2. SCOPO	1
3. RESPONSABILITÀ.....	1
4. AMBITO DI APPLICAZIONE.....	2
5. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	2
6. DEFINIZIONI	3
PARTE II – GESTIONE	4
1. AVVIO DEL PROCEDIMENTO	4
2. GESTIONE DEL SINISTRO.....	4
2.1. Fase preliminare.....	4
2.2 Rubricazione del sinistro.....	5
2.3. Apertura del sinistro.....	5
2.4. Presa in carico	5
3. FASE ISTRUTTORIA	5
3.1. Struttura Complessa Affari Generali e Legali	6
3.2. Primo coinvolgimento del personale esercente le professioni sanitarie	6
3.3. La Direzione Medica di Presidio	6
3.4. I Direttori delle Strutture sanitarie/ I Sanitari coinvolti.....	7
3.5. il Risk Manager	7
4. GESTIONE SINISTRO IN SIR	8
4.1. Il Medico Legale	8
5. GESTIONE SINISTRO SOPRA SIR	9
5.1. S.C. Affari Generali e Legali.....	9
PARTE III – Comitato Valutazione Sinistri	10
1. ATTIVITÀ PREPARATORIE AL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (C.V.S.)	10
2. COMPOSIZIONE DEL C.V.S.	10
2.1. Membri di diritto del C.V.S. e compiti principali	10
2.2. Scelta del Coordinatore del C.V.S.....	11
2.3. Altri membri del C.V.S.	11
3. DISAMINA DEL CASO IN C.V.S.	11
3.1. Funzioni del C.V.S.	11
3.2. Riunione e funzionamento del C.V.S.	12



3.3. Riserve	12
3.4. Decisioni	12
PARTE IV – Gestione della Transazione e Pagamento del Risarcimento	13
PARTE IV – Notifiche ex art. 13 Legge Gelli-Bianco.....	13
PARTE V – Responsabilità e Contabilizzazione	14
1. RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVO-CONTABILE. SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI.....	14
2. RIVALSA E RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA PER COLPA GRAVE.....	14
3. CONSERVAZIONE DOCUMENTALE	15
4. ACCESSO AGLI ATTI	15
5. FLUSSI INFORMATIVI E REPORTISTICA	15
6. CONTABILIZZAZIONE DELL’ESPOSIZIONE	15
8. DISPOSIZIONI FINALI	16



PARTE I – PROFILI GENERALI

1. PREMESSA

Il Centro Regionale per la Gestione del Rischio Sanitario e la Sicurezza del Paziente ha aggiornato con Decreto n. 15406 del 27/10/2022 le istruzioni operative per la gestione delle richieste danni, l'operatività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) e le attività correlate inviate alle Aziende nel 2014. Ciò in funzione dell'entrata in vigore di nuove disposizioni normative che incidono sui percorsi in uso nelle Aziende e per consolidare alcune indicazioni di carattere organizzativo alle direzioni aziendali.

2. SCOPO

L'obiettivo del Regolamento è di definire la prassi aziendale per la gestione dei sinistri da responsabilità Civile verso Terzi e Operatori, evidenziandone il processo in ogni sua fase e definendo per ognuna di esse ruoli ed attribuzioni, in adesione ai principi di buona gestione amministrativa e a quelli ispiratori della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco), in tema di sicurezza delle cure e di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Questo Regolamento intende aggiornare le modalità operative, le responsabilità ed i riferimenti per la trattazione delle richieste danni, nonché dare supporto e indirizzo per le macro-attività necessarie per la corretta gestione delle stesse. In particolare, costituiscono oggetto e finalità del regolamento:

- individuare tipologia e natura delle informazioni necessarie per la gestione dei sinistri;
- individuare compiti e responsabilità nella raccolta, nella valutazione e nella gestione delle informazioni;
- contenere al minimo i tempi necessari per l'istruzione della pratica e la definizione della stessa, in linea con quanto stabilito dalle linee guida regionali, individuando di volta in volta le soluzioni più idonee a contenerne responsabilmente le conseguenze economiche;
- contribuire alla soluzione del conflitto attraverso una gestione trasparente e tempestiva delle richieste di risarcimento sia che ciò si traduca nel pagamento di una somma risarcitoria sia che il conflitto trovi soluzione attraverso l'esperimento di una attività di ascolto e mediazione;
- consentire la circolazione delle informazioni ai settori attribuiti di competenze specifiche o correlate alla gestione del rischio clinico, favorendo l'attivazione di percorsi di verifica e miglioramento dei protocolli operativi in essere o l'introduzione di azioni di prevenzione dei rischi;
- assicurare che della gestione di ogni sinistro, quale definita dal presente regolamento, sia prodotta e conservata compiuta documentazione.

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità di aggiornamento e di verifica sull'applicazione del presente Regolamento è attribuita alla Struttura Complessa Affari Generali e Legali, la quale si potrà avvalere della collaborazione della Struttura Semplice Qualità e Risk Management, della Struttura Complessa Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità nonché del Comitato Valutazione Sinistri, per quanto di competenza.



4. AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente Regolamento si applica alla gestione dei sinistri derivanti da Responsabilità Civile verso Terzi e concerne i rapporti e le conseguenti attività intercorrenti tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Melegnano e della Martesana (di seguito denominata "Azienda" o "Assicurato"), il broker assicurativo e la Compagnia di Assicurazione (di seguito denominata "Assicuratore"), sia per i sinistri rientranti nella soglia di *Self Insurance Retention*, sia per la gestione dei sinistri eccedenti detta soglia di autoritenzione del rischio.

Il presente Regolamento si applica ad ogni richiesta di risarcimento danni con conseguente apertura di sinistro e/o eventi dai quali possa essere ipotizzata un'azione risarcitoria nei confronti dell'ASST Melegnano e della Martesana. Il Regolamento è applicata a:

- Direzione Generale;
- S.C. Affari Generali e Legali;
- Membri del C.V.S.;
- Consulenti esterni del C.V.S.;
- Medici legali ed avvocati;
- S.S. Qualità e Risk Management;
- Direzioni Mediche di Presidio, Direttori Strutture coinvolte nonché ai sanitari interessati;
- Broker assicurativo;
- Compagnia Assicuratrice;
- S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- Mediatore dei conflitti;
- S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale;
- Ogni altra struttura/articolazione aziendale amministrativa/sanitaria coinvolta nella gestione dei sinistri.

5. RIFERIMENTI NORMATIVI

Il presente Regolamento si fonda sui seguenti riferimenti normativi e documentali:

- Circolare della Regione Lombardia n. 46/SAN, del 27.12.2004, ad oggetto: "*Indirizzi sulla gestione del rischio sanitario*";
- D.Lgs. n. 28/2010 e ss.mm. e introduttivo della mediazione obbligatoria;
- Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri, pubblicate in allegato alla Circolare regionale prot. n. H120120036178 del 17.12.2012, attuativa della D.G.R. 4334 del 26.10.2012 ad oggetto "*Determinazioni gestione servizio socio sanitario esercizio 2013*";
- Legge n. 27 del 08.03.2017 (Gelli-Bianco) in tema di sicurezza delle cure e responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Decreto di Regione Lombardia n. 15406 del 27.10.2022 recante "*Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – Indicazioni per le Direzioni Strategiche e i Comitati Valutazione Sinistri – Il Revisione*";
- Regole regionali di sistema per la gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2023;
- Contratto assicurativo per la RCT/O;
- Contratto di Brokeraggio assicurativo;
- Procedura UE 679/2016 in materia di tutela della riservatezza;
- Decreto n. 15406 del 27/10/2022.
- Decreto del Ministero delle Imprese n. 232/2023;



6. DEFINIZIONI

Ai fini dell'applicazione del presente Regolamento, si precisano le seguenti definizioni:

1. **Sinistro Responsabilità Civile Terzi (RCT)**: la ricezione di una richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.
2. **Richiedente**: colui/coloro (cittadino/paziente – familiare/eredi – dipendente – ente previdenziale – INAIL) che direttamente o indirettamente, ovvero assistiti con specifico mandato (da legale di fiducia, associazioni, patronati, Tribunale per i diritti del malato ecc.) che, ritenendo di essere stati danneggiati dall'Azienda (prestazione sanitaria – attività lavorativa) avanzano una formale richiesta di risarcimento danni e/o azione di rivalsa nei confronti dell'Azienda;
3. **Mediazione conciliativa**: il D.lgs. 4 marzo 2010, n. 28 e s.m.i. individua nella mediazione conciliativa, presupposto obbligatorio per poter accedere alla fase giudiziaria. *L'attività, comunque denominata, è svolta da un terzo imparziale ed è finalizzata ad assistere due o più soggetti nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, anche con formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa.*
4. **Accertamento tecnico preventivo ex art. 696 bis c.p.c.**: l'art. 8, comma 1 della L. 24/2017 (c.d. Legge Gelli/Bianco) prevede che *“chi intende esercitare un'azione innanzi al Giudice civile relativa a una controversia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'articolo 696 bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente”*.
5. **Assicuratore**: la Compagnia di assicurazione che presta la garanzia assicurativa in base alla polizza di “Responsabilità Civile verso Terzi e Operatori” in vigore o comunque competente del sinistro;
6. **Assicurato**: colui nel cui interesse è concluso il contratto di assicurazione, cioè il soggetto in favore del quale l'assicuratore eseguirà la propria prestazione al verificarsi del sinistro;
7. **Richiesta risarcitoria**: qualsiasi citazione in giudizio od altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un organismo di mediazione e/o tramite l'invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (D.L. 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), all'Assicurato. Si intende parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui l'Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta, così come il provvedimento di sequestro o la richiesta da parte dell'Autorità giudiziaria di esibizione o acquisizione di cartella clinica o documentazione sanitaria;
8. **Sinistro**: la ricezione da parte dell'Azienda o di un suo operatore di una richiesta risarcitoria da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente;
9. **Self Insured Retention (S.I.R.)**: l'importo che resta a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro, anche in termini di gestione, ove il sinistro rientri integralmente in tale importo e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa. Il limite della S.I.R. è attualmente previsto in € 250.000,00 per sinistro;
10. **C.V.S.**: il Comitato Valutazione Sinistri previsto dalla Circolare 46/SAN del 2004 della Regione Lombardia e successive Linee guida e disposizione regionali; Organismo a composizione multidisciplinare, con membri interni ed esterni all'Azienda, con il compito di analizzare nel dettaglio ogni singolo sinistro e di minimizzare l'impatto economico che potrebbe impegnare l'Azienda in futuro, valutando l'opportunità di un equo ristoro, attraverso lo svolgimento delle diverse attività descritte in maniera esplicita nel presente regolamento.



11. **Broker:** il mandatario incaricato dall'Azienda per la gestione ed esecuzione del contratto assicurativo, ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b) del D.Lgs. n. 209/2005 e riconosciuto dall'Assicuratore.
12. **Loss Adjuster:** gestore esterno incaricato della trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri Sopra SIR.

PARTE II – GESTIONE

1. AVVIO DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento per la gestione dei sinistri è avviato tramite una delle seguenti modalità:

- Istanza di risarcimento danni inoltrata da parte di terzi direttamente o per mezzo di rappresentanti o per mezzo dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico aziendale;
- Istanza di mediazione da parte di terzi avanti agli organismi di conciliazione;
- Ricorso per consulenza tecnica preventiva ai fini della conciliazione della lite (A.T.P. – art. 696 bis c.p.c.);
- Atti di citazione;
- Avviso di garanzia o altro provvedimento da parte della Procura della Repubblica a carico di un dipendente o ignoti dal quale potrebbe derivare una richiesta di risarcimento;
- Notifiche di avvio di inchiesta pervenute direttamente alla Direzione da parte delle Autorità competenti (a titolo esemplificativo, verbale di sequestro di documentazione sanitaria, verbale di notifica di ordine di esibizione di atti, richiesta di generalità complete di personale ecc.);

Ogni formale richiesta di risarcimento danni da responsabilità civile verso terzi deve essere inviata all'indirizzo pec del protocollo generale aziendale: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it.

Il Protocollo Generale acquisisce la richiesta di risarcimento e l'assegna alla Struttura Complessa Affari Generali e Legali, diramandola per conoscenza a:

- Direzione Medica del Presidio di competenza;
- S.S. Qualità e Risk Management;
- Medico legale aziendale;
- Ogni altra Struttura ritenuta utile all'istruzione della pratica.

2. GESTIONE DEL SINISTRO

2.1. Fase preliminare

La Struttura Affari Generali e Legali analizza la richiesta di risarcimento e ne valuta sia la completezza (es. sottoscrizione del richiedente o del legale rappresentante, sufficiente esposizione dei fatti e degli addebiti ecc.) sia l'ammissibilità della stessa (eccezioni preliminari, prescrizione ecc.).

Qualora non ammissibile (ad esempio perché non sottoscritte in modo corretto o espresse in modo generico, senza allegazioni specifiche così da non consentire un adeguato avvio



dell'istruttoria), la S.C. Affari Generali e Legali provvede a dare riscontro a controparte in tal senso.

2.2 Rubricazione del sinistro

Qualora ammissibile, la S.C. Affari Generali e Legali avvia il procedimento di gestione della pratica di sinistro, rubricandolo ed inserendone gli estremi identificativi nel database aziendale come segue:

708	0000	000	VP-CSN-MZ-CA-VA
Codice aziendale	Anno	N. progressivo	Sigla Presidio Ospedaliero

e, non appena possibile, nel database regionale. Procede all'istituzione di un fascicolo nel quale verrà raccolta tutta la documentazione di pertinenza (documentazione legale/amministrativa, sanitaria, peritale, verbali C.V.S., documentazione Corte dei Conti) e riportante tutte le principali informazioni relative alla gestione della pratica.

2.3. Apertura del sinistro

La S.C. Affari Generali e Legali trasmette copia via mail a:

- Broker assicurativo (entro 30 giorni dal ricevimento) per l'inoltro alla Compagnia assicurativa e per la formulazione della prima stima del potenziale *quantum*;
- Medico legale, per una prima valutazione finalizzata alla quantificazione del sinistro (sopra o in S.I.R.), il quale, entro 5 giorni dalla ricezione della predetta richiesta, rende le proprie valutazioni in tal senso, condividendole anche con il broker – compagnia;
- Legale fiduciario che segua l'inquadramento in termini giuridici della richiesta danni e che eventualmente possa anche seguire l'attività difensiva in sede giudiziale e stragiudiziale su mandato della direzione;

Qualora detta prima valutazione del valore della potenziale esposizione risarcitoria collochi il sinistro al di sotto della soglia SIR, troverà applicazione quanto previsto al punto 4. "*Gestione Sinistro In SIR*", in tema di gestione diretta ed autonoma dei sinistri. Nel caso in cui, invece, la potenziale esposizione risarcitoria venga stimata come superiore alla soglia SIR, troverà applicazione quanto previsto al punto 5. "*Gestione Sinistro Sopra SIR*" in tema di gestione dei sinistri oltre SIR.

2.4. Presa in carico

La S.C. Affari Generali e Legali invia una lettera di presa in carico del sinistro a controparte, con la quale richiede:

- **Entro 15 giorni dall'invio**, restituzione del modulo per l'autorizzazione al trattamento dei dati nonché del modulo di autocertificazione (si precisa che in assenza di tali moduli la richiesta risarcitoria non potrà essere trattata);
- Acquisizione di copia integrale di tutta la documentazione sanitaria relativa a prestazioni rese presso altre strutture;
- Acquisizione di eventuali valutazioni medico legali;
- Quantificazione del danno lamentato;
- Acquisizione di copia della documentazione comprovante le spese sostenute.

3. FASE ISTRUTTORIA

Per le richieste risarcitorie la cui stima rientri nella SIR, l'Azienda provvede con i mezzi organizzativi e finanziari propri all'istruttoria ed alle decisioni per la gestione del caso. (quando la stima rimane incerta anche nel corso dell'istruttoria il caso è da condividere con la Compagnia Assicurativa;



parimenti qualora nel corso dell'istruttoria la stima venga a modificarsi ed a superare la SIR si deve dare tempestivo avviso alla Compagnia Assicurativa tramite broker).

Per le richieste risarcitorie la cui stima superi la SIR la gestione, in base al contratto RCT/O, è in capo alla Compagnia Assicurativa ma è da raccomandare che anche l'Azienda svolga l'istruttoria e la valutazione del caso, onde ponderare al meglio l'impegno di eventuali somme ricadenti nella SIR. "*Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri 2022*"

La fase istruttoria prevede la raccolta e l'analisi della documentazione, sanitaria e non, necessaria all'istruttoria.

3.1. Struttura Complessa Affari Generali e Legali

Indipendentemente dal valore della potenziale esposizione risarcitoria, la Struttura Complessa Affari Generali e Legali provvede all'acquisizione della documentazione che, in funzione della specifica tipologia di sinistro, risulta necessaria per la compiuta istruttoria della pratica, così identificabile:

- Documentazione sanitaria inerente al sinistro ed ogni altro documento antecedente o successivo, ritenuto di possibile interesse per la valutazione clinica e medico-legale;
- Relazione medica del personale sanitario coinvolto e dei Direttori delle Strutture coinvolte;
- Relazione tecnica in merito allo stato di manutenzione del luogo in cui si è verificato il sinistro o del corretto funzionamento di eventuali installazioni o dispositivi interessati, nonché indicazioni sulla relativa competenza (se dell'Azienda o se attribuibile a una Ditta esterna), da richiedere alla S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale – che dovrà trasmetterla entro 15 giorni;
- Eventuali dichiarazioni testimoniali;
- In caso di caduta di pazienti ricoverati presso l'Azienda, relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi e sullo stato dei luoghi;
- Eventuali procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (in caso di danni o smarrimento di beni materiali);
- Ogni ulteriore documentazione utile ai fini di una compiuta istruttoria del caso (es. schede di *incident reporting*, documentazione in possesso dell'U.R.P.);

3.2. Primo coinvolgimento del personale esercente le professioni sanitarie

Ove la richiesta di risarcimento o l'Istanza di mediazione (atti stragiudiziali) siano rivolti espressamente anche ad un sanitario, la S.C. Affari Generali e Legali rende nota, con formale comunicazione, all'esercente la professione sanitaria, l'istanza promossa nei suoi confronti con richiesta di attivare la copertura assicurativa personale per RCT e colpa grave, laddove esistente (art. 1910 c.c.).

Ove venga notificato qualsiasi atto giudiziario (ATP, Ricorso 696 bis, ecc.), la S.C. Affari Generali e Legali comunica, mediante posta elettronica certificata o raccomandata r/r, all'esercente la professione sanitaria, l'instaurazione del giudizio, **entro 45 giorni dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo**, e richiede allo stesso l'attivazione della copertura assicurativa personale per RCT e colpa grave, laddove esistente (art. 13 della Legge n. 24 del 8 marzo 2017).

3.3. La Direzione Medica di Presidio

Ricevuti, per il tramite dell'Ufficio Protocollo, gli atti di cui al punto 1, la Direzione Medica di Presidio acquisisce e trasmette alla S.C. Affari Generali e Legali, nel più breve tempo possibile e comunque entro i termini di seguito indicati, la documentazione che, in funzione della specifica tipologia di sinistro, risulta necessaria per l'avvio dell'istruttoria come di seguito indicato:



- Documentazione sanitaria completa relativa al paziente oggetto della richiesta (**entro 15 giorni**);
- Dettagliata relazione sanitaria sul caso da parte di tutto il personale coinvolto nell'evento, corredata dalle osservazioni del Direttore/Responsabile delle rispettive Unità operative con espresso invito ad informare le proprie Compagnie Assicuratrici personali per RCT e colpa grave, laddove esistenti (**entro 30 giorni**);
- In caso di caduta di pazienti ricoverati, relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi ed eventuali dichiarazioni testimoniali (**entro 15 giorni**);
- In caso di smarrimento/furto, relazione del direttore/responsabile delle Strutture interessate, eventuali dichiarazioni testimoniali ed eventuali procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali) – **entro 15 giorni**;
- Ogni ulteriore utile documentazione ai fini di una compiuta istruttoria del caso.

La Direzione Medica di Presidio trasmette, **entro 7 giorni**, alla S.C. Affari Generali e Legali, copia delle notifiche di avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti (a titolo esemplificativo, verbale di sequestro di documentazione sanitaria, verbale di notifica di ordine di esibizione di atti, richiesta di generalità complete di personale, ecc.) relativamente ai casi per i quali possa ravvisarsi la possibilità dell'eventuale generazione di un sinistro.

3.4. I Direttori delle Strutture sanitarie/ I Sanitari coinvolti

I Direttori delle Strutture sanitarie, pervenuta la richiesta da parte delle Direzioni Sanitarie di relazionare in merito ad un sinistro, provvederanno a richiedere a tutti i sanitari coinvolti nell'evento una dettagliata relazione sui fatti contestati, invitando gli stessi a segnalare il caso alla propria Compagnia Assicuratrice per RCT e colpa grave laddove esistente. Il Direttore dovrà quindi riscontrare, **entro 20 giorni dal ricevimento della richiesta**, la Direzione Sanitaria con le proprie osservazioni corredate dalle relazioni del personale coinvolto.

Il sanitario, a cui sia stata personalmente notificata a domicilio o presso la Struttura/Presidio da cui dipenda una richiesta di risarcimento/istanza di mediazione/ATP/atto giudiziario, avvio di inchiesta da parte delle autorità competenti ecc., dovrà, **entro 7 giorni dal ricevimento**, darne avviso scritto alla S.C. Affari Generali e Legali nonché alla Direzione Sanitaria di appartenenza per le determinazioni e gli atti conseguenti, in linea con la procedura sul patrocinio legale, nonché denunciare il sinistro alla propria Compagnia Assicuratrice per RCT e colpa grave, laddove esistente, e fornirne copia alla Struttura suddetta. Il Personale che omette di adempiere all'obbligo di avviso incorre nelle conseguenze che derivano dall'esercizio del diritto di rivalsa nei confronti dello stesso.

3.5. il Risk Manager

In caso di richiesta per responsabilità professionale e sanitaria, il Risk Manager acquisisce e tramette via mail alla S.C. Affari Generali e Legali, nel più breve tempo possibile e comunque **non oltre venti giorni dalla data di protocollazione**, tutte le informazioni estratte dai database aziendali necessarie ad una prima valutazione del caso (scheda segnalazione cadute, lettere di dimissione, file delle schede di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso e referti di visite specialistiche).

Inoltre, il Risk Manager acquisisce ogni altro atto che riterrà necessario ai fini dell'inquadramento sotto il profilo del rischio e verifica l'eventuale presenza di precedenti segnalazioni di eventi sentinella.



4. GESTIONE SINISTRO IN SIR

La S.C. Affari Generali e Legali:

1. Inoltra al Broker assicurativo, al Medico legale ed agli altri eventuali soggetti interessati, tutta la documentazione raccolta affinché il medico legale provveda a fornire, come da 4.1. "*Il Medico Legale*", un parere in ordine all'*an* ed al *quantum*;
2. Richiede, ove espressamente indicato dal medico legale, la disponibilità di controparte a sottoporsi a visita medico legale/specialistica;
3. Acquisita la relazione medico legale, provvede a trasmetterne copia al Broker assicurativo ed al legale fiduciario che contabilizza il danno in base alle tabelle vigenti sulla scorta dei parametri evidenziati nella relazione medico legale;
4. Acquisisce, in casi di sinistri per eventi accidentali, relazione tecnica sullo stato dei luoghi (descrizione, rappresentazioni fotografiche, indicazioni sulla conformità alla normativa vigente, manutenzione del luogo del sinistro), eventuali dichiarazioni testimoniali nonché indicazioni sulla relativa competenza – se dell'ASST o se di una ditta esterna (**entro 15 giorni dalla ricezione della richiesta** di risarcimento);
5. Predisporre un'apposita scheda di valutazione del sinistro che conterrà tutti gli elementi utili all'identificazione nonché valutazione del caso;
6. Convoca via mail, **almeno 7 giorni prima della seduta**, il C.V.S. "Ristretto" con allegato il relativo ordine del giorno riportante i sinistri da valutare, individuati di concerto con il medico legale, corredato dalle schede di valutazione. Convoca, su indicazione del medico legale, anche i Direttori di Struttura/personale sanitario coinvolto o loro delegati a cui afferiscono i sinistri da valutare con invito a presenziare in seduta;
7. Ove nel corso della gestione del sinistro dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo di € 250.000,00, sarà obbligo dell'ASST, tramite il Broker assicurativo, darne immediata comunicazione alla Compagnia che ne assumerà la gestione e – fermi i limiti e le condizioni previste in polizza – non potrà opporre alcuna eccezione in ordine alla strategia di gestione adottata ed ai tempi di denuncia del sinistro.

In caso di procedimento di mediazione, provvede, se trattasi di prima richiesta, ad istruire il sinistro secondo quanto previsto al punto 3. ed a compiere tutti gli atti necessari per l'eventuale partecipazione alla mediazione, sia per l'Azienda sia per i sanitari raggiunti dall'istanza, predisponendo apposita procura di incarico al legale individuato nonché modulo di adesione da far sottoscrivere alle parti.

In caso di contenzioso giudiziale, predisporre tutti gli atti necessari sia per l'Azienda sia per i sanitari eventualmente raggiunti dall'atto, predisponendo apposita procura-Deliberazione di incarico al legale ed al medico legale di fiducia dell'Azienda, nei casi previsti.

4.1. Il Medico Legale

Analizzata la documentazione sanitaria acquisita dalla S.C. Affari Generali e Legali, provvede a fornire, **entro 20 giorni**, una valutazione medico legale sul caso in ordine all'*an* ed al *quantum*, evidenziando, se del caso, le percentuali di danno, le eventuali responsabilità ed il rischio di soccombenza nonché tutti gli elementi utili per minimizzare l'impatto economico e, in generale, per concordare le scelte delle strategie.



Per la valutazione medico legale nonché per le visite dirette sui pazienti, il Medico Legale si può avvalere, qualora lo ritenga necessario, di specialisti interni/esterni. In quest'ultimo caso dovrà essere precedentemente autorizzato dal C.V.S.

5. GESTIONE SINISTRO SOPRA SIR

Qualora il potenziale risarcimento del danno sia pari o superiore alla soglia di € 250.000,00, la Compagnia Assicurativa:

1. Proceda all'apertura del sinistro e comunica all'Azienda il numero di rubricazione del sinistro richiedendo tutta la documentazione utile per la valutazione del caso;
2. Invia a controparte ed al Broker in copia conoscenza la lettera di presa in carico del sinistro con indicazione del numero di rubricazione, del soggetto incaricato della gestione e dei relativi recapiti;
3. Nei termini contrattualmente previsti e ferme restando le competenze del Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.), il sinistro sarà dunque gestito dalla Compagnia, di concerto con i propri medici legali e specialisti, e manterrà a proprio carico tutti i relativi costi, fermi i limiti disciplinari in polizza;
4. Predisporre tutti gli atti necessari alla nomina di un legale e medico legale sia nelle procedure di mediazione che per gli atti giudiziari notificati all'Azienda nonché ai medici coinvolti, comunicando all'Azienda, nei termini previsti, i fiduciari incaricati, per la stesura del provvedimento amministrativo di ratifica;
5. Comunica, **almeno 15 giorni prima della data di seduta del C.V.S.**, alla S.C. Affari Generali e Legali, i sinistri da inserire nell'o.d.g. del C.V.S. allargato, con annessa documentazione medico legale e specialistica acquisita dai propri fiduciari nonché quantificazione del danno;

È convenuto che, ove nel corso della gestione del sinistro dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa risultare inferiore nel suo complesso alla SIR contrattualmente prevista, sarà obbligo dell'Assicurato darne immediata comunicazione alla Società la quale – fermi i limiti e le condizioni previste in polizza – non potrà opporre alcuna eccezione in ordine alla strategia di gestione adottata ed ai tempi di denuncia del sinistro.

Per i sinistri Sopra SIR, la Società, per il tramite del proprio medico legale e nel momento in cui ne abbia concreta possibilità, si esprime in merito alle potenziali responsabilità dei singoli operatori interessati nel sinistro, individuandone, laddove possibile ed in termini percentuali, il contributo causale.

5.1. S.C. Affari Generali e Legali

La Struttura Affari Generali e Legali inoltra alla Compagnia Assicurativa, per il tramite del Broker – nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento – tutta la documentazione che in funzione della specifica tipologia di sinistro risulta necessaria per la compiuta istruzione della pratica.

Per le richieste risarcitorie la cui stima superi la SIR la gestione, in base al contratto RCT/O, è in capo alla Compagnia Assicurativa, ma è da raccomandare che anche l'Azienda svolga l'istruttoria e la valutazione del caso, onde ponderare al meglio l'impegno di eventuali somme ricadenti nella SIR. "*Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri 2022*"

Predisporre apposita procura e deliberazione per la ratifica dell'incarico al legale e medico legale designato dalla Compagnia negli atti giudiziari notificati all'Azienda ed ai medici coinvolti.



La Struttura convoca via mail, **almeno 7 giorni prima della seduta**, il C.V.S. allargato con allegato il relativo ordine del giorno riportante i sinistri da valutare, individuati di concerto con la Compagnia Assicuratrice, con annesse le relative schede di valutazione predisposte.

PARTE III – Comitato Valutazione Sinistri

1. ATTIVITÀ PREPARATORIE AL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (C.V.S.)

Il C.V.S. è convocato dalla S.C. Affari Generali e Legali e si riunisce con cadenza di norma mensile. L'analisi e la valutazione di taluni sinistri, per ragioni di specifica necessità o per motivi d'urgenza, ove occorra può avvenire anche in incontri collegiali non plenari ma ristretti, ovvero tramite scambio di corrispondenza, anche telematica. La Compagnia Assicuratrice si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato a tutte le sedute del C.V.S. per i sinistri di propria competenza.

La S.C. Affari Generali e Legali predispone apposite schede riepilogative dei singoli sinistri, con descrizione dell'evento, della richiesta di controparte, della documentazione acquisita e delle valutazioni medico legali.

2. COMPOSIZIONE DEL C.V.S.

Come più volte indicato nelle circolari regionali emanate in materia e nelle linee operative annuali regionali di Risk Management, si conferma la centralità del C.V.S. nella gestione delle richieste danni.

2.1. Membri di diritto del C.V.S. e compiti principali

Il C.V.S., in ottemperanza alle "Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri 2ª revisione – Indicazioni per le Direzioni Strategiche e i Comitati Valutazioni Sinistri 2022" emanate da Regione Lombardia, vede la partecipazione di diritto di:

- **Specialista in medicina legale aziendale**, con lo specifico compito di valutare i casi dando evidenza, alla luce di quanto definito dalle linee guida/buone pratiche (con particolare riferimento al SNLG), sia delle eventuali criticità medico legali, sia degli elementi utili alla difesa e di stimare l'entità dei danni di competenza medica nonché di fornire indicazioni utili ai fini dell'individuazione dei destinatari delle comunicazioni ex art. 13 Legge Gelli-Bianco;
- **Avvocato esperto in materia giuridica/responsabile dell'avvocatura/ufficio legale o suo delegato**, che segue l'inquadramento in termini giuridici della richiesta danni e che eventualmente possa anche seguire l'attività difensiva in sede giudiziale e stragiudiziale su mandato della Direzione;
- **Risk Manager**, soggetto a cui è demandato il controllo delle fonti di rischio aziendali con la promozione di interventi correttivi sulle aree critiche e di revisione di procedure che abbiano evidenziato dei limiti. A fronte delle valutazioni effettuate dal C.V.S., il Risk Manager contribuisce alla definizione degli elementi utili alla difesa ed alla pianificazione di azioni di miglioramento che, in particolare, se richiedono una complessità maggiore nella loro realizzazione, andranno inserite nell'ambito del piano annuale di risk management successivo al periodo di analisi. Inoltre, il Risk Management deve predisporre la relazione annuale degli eventi avversi ai sensi dell'art. 2 L. 24/2017 che deve essere condivisa nell'ambito del C.V.S.;



- **Esperto in gestione liquidativa**, avente il compito di supportare nella gestione, quantificazione economica delle possibili voci di danno relative e fornire supporto nell'individuazione, aggiornamento delle riserve nonché supervisione/valutazione delle proposte liquidative definite dalle Compagnie Assicuratrici.

2.2. Scelta del Coordinatore del C.V.S.

I componenti del C.V.S. individuano tra di loro un Coordinatore delle sedute, fermo restando che l'incarico deve essere formalizzato con provvedimento del Direttore Generale.

2.3. Altri membri del C.V.S.

È possibile estendere la partecipazione alle sedute del C.V.S. a:

- **Intermediario assicurativo (broker)**, il quale potrà presenziare al C.V.S. supportando l'Azienda nella gestione dei rapporti con le Compagnie Assicuratrici o attraverso la gestione diretta dei sinistri rientranti nella SIR contrattuale. L'intermediario si fa parte attiva affinché i sinistri di competenza delle Compagnie Assicuratrici siano gestiti da parte dei liquidatori incaricati, nel rispetto delle condizioni contrattuali e degli interessi economici dell'Azienda stessa;
- **Referente della Compagnia Assicuratrica**, che gestirà i sinistri Sopra SIR predisponendo tutti gli atti necessari ed acquisendo relazioni medico legali e specialistiche utili alla definizione del caso in sede di C.V.S.;
- **Mediatore dei conflitti**, serve a garantire ai cittadini ed ai professionisti, che hanno vissuto situazioni di elevata conflittualità all'interno dell'Azienda, di essere accolti ed ascoltati da mediatori appositamente formati che gestiranno la lite tentando una conciliazione tra le parti;
- In casi di particolare complessità e/o rilevanza economica, il C.V.S. potrà avvalersi di **professionisti di area clinica medica, chirurgica, sanitaria e tecnica, anche di altre Aziende**, con competenze specialistiche adeguate allo scopo di istruire il caso e consentire la migliore valutazione e gestione dello stesso;
- Il C.V.S. può convocare, quali membri aggiuntivi per l'esame dei casi specifici, i **Dirigenti delle Strutture coinvolte nell'evento nonché personale sanitario o tecnico coinvolto o informato sui fatti**. Nell'eventualità in cui il personale sia individuato nella richiesta danni stessa, può coinvolgerlo nelle fasi di valutazione e di eventuale trattazione.

3. DISAMINA DEL CASO IN C.V.S.

Il C.V.S., quando esamina sinistri Sopra SIR, si definisce allargato poiché partecipano anche i componenti della Compagnia Assicuratrica chiamata a coprire la quota di sinistro eccedente la SIR di polizza. Il C.V.S., quando esamina sinistri In SIR, si definisce ristretto.

3.1. Funzioni del C.V.S.

Il compito di tale Organismo è quello di analizzare nel dettaglio ogni singolo sinistro al fine di minimizzare l'impatto economico dei sinistri sul bilancio aziendale, valutando l'opportunità di un equo ristoro del danno. La relazione medico legale sarà la base della presentazione di un quadro generale al C.V.S. sul rischio di soccombenza nonché sugli elementi utili per minimizzare l'impatto economico.

In seno al C.V.S. vengono valutate con il supporto di tutti i componenti, ciascuno secondo le specifiche competenze:

- Le strategie di gestione del sinistro che, in funzione del caso, possono essere:
 - Necessità di acquisire ulteriore documentazione e/o relazioni, interne o esterne;



- Necessità di sottoporre il paziente a visita medico legale e collegiale;
- Necessità di consulenza specialistica;
- Necessità di coinvolgere altre Strutture sanitarie o società esterne;
- Attesa degli sviluppi dell'eventuale procedimento penale e/o civile in corso.

in tali casi, il sinistro verrà valutato in una seduta successiva del C.V.S.;

- Gli aspetti relativi alle responsabilità, ai nessi di causa ed alla valutazione dei danni patrimoniali e non patrimoniali, definendo aspetti liquidativi e/o relative riserve;
- L'individuazione dei nominativi degli operatori coinvolti nei sinistri, indicando espressamente tali nominativi nella scheda di valutazione, affinché attivino, ai sensi e per gli effetti di legge, l'eventuale copertura assicurativa personale.

3.2. Riunione e funzionamento del C.V.S.

Il C.V.S. si riunirà, collegialmente, dietro apposita convocazione, con regolare periodicità di volta in volta concordate in sede di C.V.S. e tutte le volte che la situazione lo richiederà e comunque nel rispetto delle linee guida annuali regionali.

L'analisi e la valutazione di alcune situazioni, così come pure di casi urgenti e/o la prosecuzione di sinistri già trattati, può avvenire anche in incontri non collegiali, ma ristretti o tramite scambio di corrispondenza, anche telematica.

Tutti i nuovi sinistri devono essere gestiti compiutamente all'interno dei C.V.S. almeno entro un anno dalla ricezione della richiesta risarcitoria.

3.3. Riserve

Spetterà al C.V.S. stabilire l'entità della potenziale "riserva economica" necessaria per far fronte all'eventuale risarcimento da corrispondere alla controparte.

All'apertura del sinistro, la riserva verrà indicata dal Broker, sulla scorta delle indicazioni regionali, e tale importo andrà aggiornato in seno al C.V.S. in funzione delle evoluzioni relative allo specifico caso.

La riserva prescinde dal valore economico richiesto da controparte e deve contenere l'intero ammontare del sinistro, non solo la quota In SIR.

3.4. Decisioni

Il C.V.S., in relazione alle risultanze istruttorie, può decidere di proporre alla Direzione Strategica:

- di respingere la domanda risarcitoria nelle ipotesi in cui non venga riscontrata la responsabilità dell'Azienda;
- di restare in passiva attesa;
- di tentare una composizione stragiudiziale della vertenza, indicando l'importo massimo da riconoscere, sulla scorta della valutazione resa dal medico legale, e procedendo alla comunicazione ex art. 13, secondo periodo, della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Gelli-Bianco), con invito al personale coinvolto a prendere parte alle trattative;
- di suggerire un percorso di ascolto e mediazione aziendale;
- di chiudere il sinistro senza seguito per inattività di controparte **per più di 18 mesi dalla prima richiesta**;
- di chiudere il sinistro per ricezione dalla Procura della Repubblica di provvedimento di archiviazione del procedimento penale;
- di acquisire ogni ulteriore approfondimento del caso ritenuto utile alla valutazione;



- di rivolgersi al Raggruppamento di riferimento per acquisire dallo stesso un parere sulle scelte strategiche di gestione in ordine ai sinistri che comportano complessità particolari.

In esito a ciascun incontro viene redatto, a cura della S.C. Affari Generali e Legali, apposito verbale con annesse schede di valutazione dei sinistri ove vengono riportate le decisioni assunte nonché le riserve aggiornate, onde consentire di documentare l'intero iter di gestione di ogni sinistro e rendere agevole anche a posteriori la comprensione delle ragioni e del percorso logico-argomentativo che ha portato alle conseguenti decisioni strategiche.

I verbali delle sedute del C.V.S. sono trasmessi alla Direzione Strategica per presa visione e assenso all'eventuale reiezione del sinistro o liquidazione dello stesso. I verbali vengono, altresì, trasmessi a tutti i partecipanti al C.V.S.

In assenza di osservazioni entro il termine perentorio di 15 giorni, si intendono approvati.

PARTE IV – Gestione della Transazione e Pagamento

La S.C. Affari Generali e Legali, o la Compagnia nei casi Sopra SIR, all'esito favorevole di trattativa con controparte, provvede a predisporre ed inoltrare all'interessato apposito atto di quietanza che, non appena sottoscritto, sarà oggetto di provvedimento amministrativo da parte dell'Azienda.

La S.C. Affari Generali e Legali provvede, esclusivamente per i casi In SIR, ad inoltrare copia dell'atto di quietanza sottoscritto nonché della deliberazione di definizione del sinistro alla S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità per il pagamento dell'indennizzo nelle tempistiche previste in quietanza.

Qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti essere superiore alla SIR di polizza, la Società corrisponde direttamente al terzo danneggiato il risarcimento e, entro 90 giorni, il Contraente provvederà al reintegro alla Società dell'importo rientrante nella SIR tramite provvedimento amministrativo.

PARTE IV – Notifiche ex art. 13 Legge Gelli-Bianco

Obbligo di comunicazione ai sensi dell'art. 13 Legge 08 marzo 2017 n. 24.

Le strutture sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, ((entro quarantacinque giorni)) dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio. Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione ((entro quarantacinque giorni)) comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui



al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

Durante la discussione di ogni singolo sinistro in sede di Comitato Valutazione Sinistri, ove si ravvisino o non si possano comunque escludere profili di responsabilità in capo agli esercenti le professioni sanitarie coinvolti nell'accadimento, e si renda opportuna l'instaurazione di trattative con il danneggiato, verranno in tale sede identificati i professionisti verso i quali indirizzare le comunicazioni ex art. 13, secondo periodo, della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Gelli-Bianco), relative all'avvio di trattative e con invito agli stessi a prendervi parte, come espressamente stabilito dalla norma richiamata.

In ogni caso, l'espressa individuazione del personale a cui indirizzare detta comunicazione compete, di norma, al Comitato Valutazione Sinistri, ovvero, in casi d'urgenza dettata dal rispetto del termine di legge stabilito in 45 giorni decorrenti dalla decisione di intraprendere la via transattiva, dal Medico Legale membro del C.V.S., coadiuvato dalla Direzione Medica di Presidio.

PARTE V – Responsabilità e Contabilizzazione

1. RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVO-CONTABILE. SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI

D'intesa con il Procuratore Regionale della Corte dei Conti per la Lombardia, dovranno essere trasmesse, con cadenza semestrale, le comunicazioni inerenti i sinistri liquidati per un valore superiore ad € 10.000,00. Dovranno essere invece comunicati i risarcimenti liquidati per un importo da € 1.000,00 ad € 10.000,00 solo qualora, in sede di istruttoria amministrativa, siano state ravvisate condotte per le quali sia possibile ipotizzare una grave negligenza, imprudenza e/o imperizia del personale sanitario coinvolto.

In relazione al soggetto tenuto all'obbligo della denuncia si richiama il disposto dell'art. 52 c.g.c. che recita, al 1° comma: *"Ferme restando le disposizioni delle singole leggi di settore in materia di denuncia di danno erariale, i responsabili delle strutture burocratiche di vertice delle amministrazioni, comunque denominate, ovvero i dirigenti o responsabili di servizi, in relazione al settore cui sono preposti, che nell'esercizio delle loro funzioni vengono a conoscenza, direttamente o a seguito di segnalazione di soggetti dipendenti, di fatti che possono dare luogo a responsabilità erariali, devono presentarne tempestiva denuncia alla procura della Corte dei Conti territorialmente competente"*.

Sarà compito della S.C. Affari Generali e Legali predisporre l'istruttoria necessaria alla comunicazione alla Corte dei Conti che dovrà contenere quanto riportato al punto 6.3 delle linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri-indicazioni per le Direzioni Strategiche e i Comitati Valutazione Sinistri- II° revisione". Tale comunicazione verrà inviata alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti – Sezione giurisdizione della Lombardia – Milano.

2. RIVALSA E RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA PER COLPA GRAVE

L'ASST Melegnano e della Martesana esercita il diritto di rivalsa nei confronti del dipendente nelle ipotesi in cui si sia accertato, con sentenza passata in giudicato, che il danno sia stato commesso con dolo o colpa grave.



Per gli esercenti la professione sanitaria, le questioni di rivalsa e di responsabilità amministrativa hanno una regolamentazione espressa nell'art. 9 della Legge 24/2017: *"l'azione di rivalsa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere esercitata solo in caso di dolo o colpa grave"*.

Le disposizioni in essa riportata trovano applicazione per i fatti successivi all'entrata in vigore della L. 24/2017, vale a dire dall'01.04.2017 in poi.

Al momento del pagamento, il personale interessato deve essere informato anche del fatto che il dato sarà trasmesso alla Corte dei Conti che potrà coinvolgere gli stessi in un procedimento per l'accertamento della colpa grave che se ritenuta presente potrà portare al recupero della somma ritenuta di giustizia.

Per i professionisti sanitari, la L. 24/2017 ha introdotto l'obbligo di stipulare contratti assicurativi per la responsabilità da colpa grave. Il limite massimo dell'azione di rivalsa è pari al triplo della retribuzione lorda annuale (anche nell'azione di surroga da parte della Compagnia), tranne per i professionisti non sanitari per i quali non v'è tale limitazione della rivalsa.

3. CONSERVAZIONE DOCUMENTALE

È a carico della S.C. Affari Generali e Legali l'archiviazione e la responsabilità della tenuta del fascicolo cartaceo e/o telematico.

Per quanto attiene ai tempi di conservazione degli atti e dei documenti relativi alla gestione delle richieste risarcitorie in formato cartaceo, ci si attiene a quanto previsto dal vigente Massimario di Scarto del Sistema Sociosanitario Lombardo e s.m.i..

4. ACCESSO AGLI ATTI

In tema di diritto di accesso agli atti, il Consiglio di Stato, con sentenza n. 808 del 03.01.2020, ha stabilito che l'accesso agli atti del C.V.S., ed a quanto contenuto nel fascicolo del caso, deve essere garantito al danneggiato/ai suoi eredi *"mediante l'impiego degli opportuni accorgimenti (stralcio, omissis ecc.), atti ad assicurare la salvaguardia del diritto di difesa dell'Amministrazione appellante, accompagnati dall'attestazione da parte del responsabile del procedimento che le parti omesse o stralciate contengono effettivamente valutazioni di carattere difensivo dell'Amministrazione elaborante in funzione del contenzioso instaurato in sede civile"*.

5. FLUSSI INFORMATIVI E REPORTISTICA

Tutti i flussi informativi obbligatori di cui alle disposizioni regionali nonché la gestione di tutti i software gestionali, aziendali e non, sarà a carico della S.C. Affari Generali e Legali e della S.C. Qualità e Risk Management, ciascuno per le rispettive competenze.

La S.C. Affari Generali e Legali, in collaborazione con il Broker, inserirà periodicamente nel portale GEDISS i sinistri e si occuperà dell'aggiornamento degli stessi.

La S.C. Affari Generali e Legali pubblica sul proprio sito internet i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio.

6. CONTABILIZZAZIONE DELL'ESPOSIZIONE

Nell'ambito della gestione dei sinistri In SIR, così come quelli Sopra SIR, concorreranno a costituire le voci di costo ulteriori rispetto al premio assicurativo, non può essere tralasciata la funzione svolta dalla S.C. Bilancio Programmazione Finanziaria e Contabilità che, opportunamente supportata dalla S.C. Affari Generali e Legali, dovrà procedere con la quantificazione del



necessario fondo da appostare sul bilancio per far fronte ai futuri risarcimenti che rimarranno a carico dell'Azienda.

8. DISPOSIZIONI FINALI

Le disposizioni di cui al presente Regolamento, nelle parti riferite alla gestione diretta dei sinistri In SIR da parte dell'Azienda sono applicabili anche alla figura del *Loss Adjuster* o dei professionisti esterni, qualora presenti, nel rispetto delle condizioni stabilite nel relativo disciplinare d'incarico.

In caso di discordanza tra la disciplina posta dal presente Regolamento e le condizioni contrattuali previste nei disciplinari d'incarico e/o dalle polizze assicurative, prevalgono queste ultime.

Devono intendersi superate le disposizioni precedenti in materia di sinistri in ambito sanitario.