

**PROCEDURA****GESTIONE COORDINATA DEI SINISTRI IN ATTUAZIONE DEL SISTEMA ASSICURATIVO REGIONALE RCT/O IN AMBITO SANITARIO INTRODUTTIVO DELLA SELF INSURANCE RETENTION**

Nel contesto del Progetto Interaziendale presentato per l'anno 2012 alla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia - in attuazione coordinata del sistema assicurativo regionale RCT/O in ambito assicurativo, introduttivo della Self Insurance Retention.

**1) OBIETTIVO**

Al fine di poter affrontare in maniera il più possibile coordinata e condivisa la gestione dei sinistri in ambito sanitario nella fase successiva alla definizione dell'*Accordo Quadro* regionale, si intende definire una specifica *Procedura* condivisa di gestione del nuovo sistema assicurativo in Self Insurance Retention (SIR), attraverso l'identificazione degli strumenti necessari per una corretta gestione dei sinistri, alla luce di quanto finora indicato dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, con particolare riferimento agli orientamenti dalla stessa delineati nelle "Linee di Indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri" allegate alla Circolare regionale esplicativa delle DGR regole 2013.

**2) PARTI COINVOLTE**

Sono parti coinvolte nella presente procedura: l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco, l'Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna, l'Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano e l'Azienda Ospedaliera Ospedale Sant'Anna di Como.

**3) RESPONSABILITA' (DI AGGIORNAMENTO)**

Sono responsabili dell'aggiornamento e della revisione della presente procedura i Direttori delle Strutture Complesse e Unità Operative Affari Generali e Legali delle Aziende Ospedaliere aderenti.

## 4) DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

### 4.1 DEFINIZIONI

Richiesta di risarcimento: qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un organismo di mediazione, all'Assicurato.

Si intende parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti (sia civili che penali) 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.

Sinistro: per sinistro deve intendersi il ricevimento da parte della contraente o dell'assicurato di una "Richiesta di risarcimento".

Tali definizioni appena elencate restano subordinate a quanto pattuito e concordato in merito, in ambito della contrattazione di ogni singola Azienda Ospedaliera con la Compagnia assicurativa a cui è stato o verrà affidato il servizio assicurativo per la responsabilità RCT/O.

Self Insurance Retention: la parte di danno che rimane a carico dell'Azienda Ospedaliera.

Loss Adjuster: gestore esterno incaricato della trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri.

### 4.2 ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

|           |   |
|-----------|---|
| S.I.R.    | SELF INSURANCE RETENTION                      |
| S.C.      | STRUTTURA COMPLESSA                           |
| U.O.      | UNITA' OPERATIVA                              |
| D. LGS.   | DECRETO LEGISLATIVO                           |
| C.V.S.    | COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI                 |
| R.C.T./O. | RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI / OPERATORI |

## 5) MODALITA' OPERATIVE

### 5.1 FASE DI APERTURA DEL SINISTRO

La fase iniziale, oltre che essere diretta alla ricezione delle richieste risarcitorie ed alla valutazione della loro ammissibilità, è decisiva per la corretta e più proficua instaurazione del rapporto con la parte istante, valutando se necessario il caso nell'ottica della *mediazione trasformativa*, se presente e praticata in Azienda, e comunque attraverso una valutazione di completezza (es.: sottoscrizione da parte del paziente o legittimo rappresentante,

sufficiente esposizione dei fatti e degli addebiti etc. ...) ed ammissibilità della stessa (interventuta prescrizione del diritto al risarcimento etc. ...).

Dopodiché, l'Azienda Ospedaliera provvede, nel più breve tempo possibile, ad inoltrare la richiesta risarcitoria alla Compagnia assicuratrice, e per conoscenza al Broker, solo nel caso in cui questa riguardi danni la cui entità richiesta, o stimata, risulti superiore alla soglia SIR.

Nei casi al di fuori della fattispecie sopra riportata, troverà infatti immediata applicazione quanto previsto alla lettera A nel seguito esplicitata, in tema di gestione diretta ed autonoma dei sinistri.

A tal proposito, e soprattutto per le richieste di risarcimento che non presentano indicazioni sul *quantum debeatur* e nemmeno espliciti riferimenti circostanziali utili ad addivenirne ad una seppur sommaria determinazione, occorrerà procedere ad una quantificazione indicativa del danno attraverso l'ausilio del Medico-legale membro del CVS.

Nel caso in cui, a seguito delle predette valutazioni, la potenziale esposizione risarcitoria sia stimata oltre la soglia SIR, l'Azienda Ospedaliera provvederà, nel più breve tempo possibile, a trasmettere copia della richiesta di risarcimento alla Compagnia assicuratrice e per conoscenza al Broker. In tal caso troverà applicazione quanto previsto alla lettera B nel seguito esplicitata, in tema di gestione dei sinistri oltre SIR.

## 5.2 FASE ISTRUTTORIA

Indipendentemente dal valore della potenziale esposizione risarcitoria, l'Azienda Ospedaliera provvede, nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento, all'acquisizione della documentazione che, in funzione della specifica tipologia di sinistro, risulta necessaria per la compiuta istruttoria della pratica e che è così identificabile:

- a. documentazione sanitaria;
- b. cartella clinica;
- c. nominativi di tutti i sanitari interessati ed eventuali loro relazioni sul caso;
- d. relazione sul caso del Direttore di Struttura/Unità Operativa;
- e. relazione sullo stato dei luoghi (descrizione, rappresentazioni fotografiche, indicazioni sulla conformità alla normativa vigente);
- f. relazioni in merito alla manutenzione del luogo del sinistro nonché indicazioni sulla relativa competenza (se dell'Azienda Ospedaliera o se di una Ditta esterna);
- g. in caso di caduta di pazienti ricoverati presso l'Azienda Ospedaliera, relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi;
- h. eventuali dichiarazioni testimoniali;
- i. eventuali procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali);

- j. ogni ulteriore utile documentazione ai fini di una compiuta istruttoria del caso.

Si precisa che le richieste di cui alle lettere c. e d. dell'elenco soprariportato, ove compatibile con l'organizzazione aziendale, saranno rivolte per il tramite della Direzione Medica di Presidio al Direttore di S.C./U.O. interessata del caso, che avrà l'onere di coinvolgere il personale sanitario intervenuto.

Contestualmente l'Azienda Ospedaliera invia alla parte istante:

- comunicazione interlocutoria con cui si rende noto che la richiesta di risarcimento è stata ricevuta e che sono in corso le attività necessarie all'istruttoria della pratica;
- modulo che la parte istante dovrà rendere firmato per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii.), che contempili tra i soggetti autorizzati anche il Broker, la Compagnia assicurativa, l'eventuale Loss Adjuster, nonché tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano la necessità di trattare tali dati;
- la richiesta di produzione di copia integrale della documentazione sanitaria (anche se relativa a prestazioni ricevute da altre strutture) e dell'eventuale relazione medico-legale redatta dal proprio fiduciario, nonché della documentazione comprovante le spese sostenute;
- quantificazione economica del danno lamentato.

Sulla base delle valutazioni iniziali, effettuate nei termini finora descritti, si procederà come segue:

- A) qualora il potenziale risarcimento del danno risulti verosimilmente inferiore alla soglia SIR, l'Azienda Ospedaliera procederà con la gestione diretta ed autonoma del sinistro (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Compagnia assicuratrice degli esiti conclusivi. Resta inteso che, ove nel corso della gestione del sinistro, dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo della SIR, sarà obbligo dell'Azienda Ospedaliera darne immediata comunicazione alla Compagnia assicuratrice. Per il prosieguo della gestione, si procederà nei termini stabiliti dalla successiva lettera B e dalle disposizioni di polizza.
- B) qualora il potenziale risarcimento del danno sia pari o superiore alla soglia SIR, l'Azienda Ospedaliera trasmetterà alla Compagnia assicuratrice copia della denuncia di sinistro e la documentazione utile alla relativa istruttoria come indicata al precedente paragrafo "Fase istruttoria"; la Compagnia assicuratrice procederà all'apertura del sinistro, confermandone all'Azienda Ospedaliera la presa in carico. Nei termini contrattualmente previsti il sinistro sarà gestito dalla Compagnia assicuratrice.

## 6) COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

### 6.1 COMPOSIZIONE

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) è un organismo a composizione multidisciplinare, formato da membri interni ed esterni all'Azienda. Tale organismo è di norma composto dal Direttore Responsabile degli Affari Generali e Legali, dal Risk Manager, da un Dirigente Medico per la Direzione Sanitaria, dal Medico Legale interno od esterno, dal rappresentante della Società Loss Adjuster, qualora prevista, dal rappresentante della Compagnia assicurativa e del Broker Assicurativo. Sarà poi discrezione di ogni singola Azienda integrare la composizione del CVS con competenze specialistiche inerenti i sinistri in esame.

### 6.2 FUNZIONI

Il compito di tale organismo è quello di analizzare nel dettaglio ogni singolo sinistro al fine di minimizzarne l'impatto economico sul bilancio aziendale.

In particolare, all'interno del CVS, vengono:

1. raccolte le informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
2. determinate le eventuali responsabilità in capo ai diversi soggetti coinvolti nel sinistro;
3. valutate le tipologie e l'entità dei danni arrecati a terzi;
4. valutate le possibilità di soluzione stragiudiziale della vertenza.

### 6.3 OBIETTIVI

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

1. vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento dei danni, coinvolgendo tutti i componenti nell'analisi del sinistro, al fine di consentire l'identificazione delle cause e delle responsabilità nonché di permettere una corretta quantificazione del danno;
2. favorire la sollecita definizione delle pratiche al fine di evitare il Contenzioso Giudiziario;
3. individuare una strategia condivisa di gestione del sinistro;
4. ottimizzare il rapporto tra rischi e premi assicurativi fungendo da punto di riferimento per la definizione delle politiche di copertura assicurativa aziendale.

### 6.4 RIUNIONI

Il CVS si riunirà con cadenza periodica e di ogni seduta dovrà essere redatto apposito verbale.

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.

## 6.5 COMPETENZE

Di seguito vengono indicate le singole competenze all'interno del Comitato:

- la tenuta dei rapporti con i danneggiati e con i loro difensori sarà di competenza della componente legale interna all'Azienda; saranno, invece, di competenza della Compagnia assicuratrice e del Broker nelle circostanze in cui si tratti di sinistri oltre la soglia SIR;
- la valutazione degli aspetti clinico-sanitari spetta principalmente al Dirigente Medico appartenente alla Direzione Sanitaria;
- la valutazione delle implicazioni medico-legali sarà effettuata dal medico legale interno od esterno all'Azienda con la collaborazione della componente legale, del Loss Adjuster e del Broker Assicurativo per quanto concerne la quantificazione del danno.

I componenti del Comitato, in relazione all'entità dei sinistri, condivideranno la gestione degli stessi valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo pareri sugli importi posti a riserva e convenendo tra loro le eventuali tesi difensive.

## 6.6 DECISIONI

Il CVS, in relazione alle risultanze istruttorie, può decidere:

- di tentare una composizione stragiudiziale della vertenza, indicando l'importo massimo da riconoscere, con una negoziazione diretta da parte della componente legale (sotto soglia SIR) o della Compagnia Assicurativa (sopra soglia SIR).
- di respingere la domanda risarcitoria nelle ipotesi in cui non venga riscontrata una responsabilità.

A seguito delle valutazioni effettuate, il CVS, sottopone alla Direzione Strategica le proposte di liquidazione per l'adesione al processo valutativo/decisionale e per l'adozione dei successivi provvedimenti deliberativi.

## 7) TRATTATIVE

Per quanto concerne i sinistri sotto la soglia SIR, sarà la componente legale a condurre le relazioni con controparte sia in sede di approccio iniziale, sia a seguito delle risultanze dell'analisi del sinistro in sede di CVS. Nelle ipotesi di sinistri sopra soglia SIR, le contrattazioni saranno guidate dalla Compagnia assicuratrice. Ad ogni modo, chi condurrà la negoziazione dovrà riportarsi a quanto stabilito dal CVS ed avallato dalla Direzione Strategica.

Per quanto concerne le sopravvenute variazioni di competenza nella gestione dei diversi sinistri si rinvia a quanto previsto nella polizza assicurativa.

## **8) LIQUIDAZIONE STRAGIUDIZIALE**

---

A seguito del buon esito della trattativa, si procederà alla liquidazione del sinistro, secondo le procedure adottate dalle singole Aziende Ospedaliere.

La liquidazione, così come le trattative, dovrà avvenire secondo le indicazioni ed i limiti indicati dal CVS e dalla Direzione Strategica.

Nell'ipotesi di liquidazione stragiudiziale di un sinistro sotto soglia SIR, la componente legale procederà alla redazione dell'atto di transazione/quietanza che dovrà essere sottoscritto dalle parti; verrà, poi, adottata la deliberazione di recepimento dell'intervenuta soluzione bonaria della vertenza, seguita dalla liquidazione del sinistro.

Seguirà poi una comunicazione, alla Compagnia assicuratrice, dell'intervenuta transazione.

Per quanto interessa i sinistri sopra soglia SIR, la Compagnia assicuratrice si occuperà sia della redazione e trasmissione a controparte dell'atto di transazione, sia della materiale liquidazione del sinistro, dandone poi comunicazione all'Azienda Ospedaliera.

## **9) ACCESSO AL PATROCINIO LEGALE**

---

L'Azienda Ospedaliera garantirà ai propri dipendenti l'ammissione al patrocinio legale alle condizioni previste dalle disposizioni dei vigenti CCNL di riferimento, che potrà essere disciplinato con apposito regolamento aziendale.

## **10) APPLICAZIONE DELL'ART. 1910 C.C.**

---

In caso di sinistro che coinvolga un dipendente, lo stesso è tenuto a denunciare il fatto alla Compagnia attivando la propria polizza personale, se esistente, e a comunicare gli estremi della stessa al Settore Legale dell'Azienda Ospedaliera. La decisione in ordine al coinvolgimento del sanitario e della sua polizza personale sarà assunta in sede di CVS e verrà curata dal Settore Legale.

Quanto sopra in ottemperanza alla normativa vigente in materia (articolo 1910 Codice Civile), che prevede, in caso di sinistro coperto da più assicurazioni, che a ciascuna Compagnia venga dato avviso del verificarsi del sinistro e della contemporanea esistenza di altre polizze.

Le richieste relative alle polizze personali dei dipendenti prescindono dall'accertamento della responsabilità ma sono inoltrate in applicazione della previsione del Codice Civile sopra richiamata.

Onde evitare di pregiudicare il buon esito della trattativa di definizione bonaria del sinistro, e considerato che l'ordinamento in tale ambito non prevede strumenti coattivi da utilizzare nei confronti dell'assicurazione personale del sanitario, resta inteso che la definizione transattiva del sinistro non è condizionata alla ripartizione del risarcimento del danno con la Compagnia assicuratrice del sanitario coinvolto. Pertanto, nel caso in cui l'assicuratore privato del medico non si faccia carico spontaneamente della ripartizione del danno, e non sussistano le condizioni per esercitare la manleva, l'Azienda Ospedaliera procederà a gestire il sinistro ed a definirlo qualora il CVS ritenga comunque opportuna e conveniente la transazione.

Analogamente si procederà nel caso in cui la polizza del sanitario per qualsiasi motivo non dovesse operare.

#### 11) SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI

La liquidazione dei sinistri che comporti l'esborso di oneri a carico dell'Azienda Ospedaliera, sarà oggetto di segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti.

#### 12) RISERVAZIONE E CONTABILIZZAZIONE DELL'ESPOSIZIONE

Nell'ambito della gestione dei sinistri sotto soglia SIR, così come di quelli che, ove nell'offerta risultata aggiudicataria del servizio sia prevista una *franchigia aggregata annua* che venga erosa dagli importi liquidati in eccesso alla SIR, concorreranno a costituire le voci di costo ulteriori rispetto al premio assicurativo, non può essere tralasciata la funzione svolta dalla S.C./U.O. Economico-Finanziaria che, opportunamente supportata dalla Struttura aziendale preposta alla gestione del contratto assicurativo e della gestione dei relativi sinistri, dovrà procedere con la quantificazione del necessario fondo da appostare sul bilancio per far fronte ai futuri risarcimenti che rimarranno a carico dell'Azienda.

In adesione a quanto indicato sul tema dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, da ultimo con la diffusione delle *Linee di Indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri* allegata alla Circolare regionale prot. H1 2012 0036178, detta quantificazione dovrà essere calcolata applicando il principio contabile della "competenza" e non della "cassa". Risulta evidente che trattandosi di un contratto per assunto "aleatorio", risulterà difficile quantificare aprioristicamente l'esatto importo, il quale non potrà che variare in funzione del numero di richieste di risarcimento ricevute nell'anno di riferimento nonché dalla relativa quantificazione economica e andrà, quindi, aggiornato periodicamente per renderlo il più attendibile possibile.



### **13) DISPOSIZIONI FINALI**

---

In caso di discordanza tra la disciplina prevista dalla presente procedura e le condizioni contrattuali previste dalle singole polizze assicurative aziendali, prevalgono queste ultime.

La procedura verrà adeguata in conformità alle eventuali future revisioni o integrazioni delle Linee di Indirizzo regionali.

Le disposizioni di cui alla presente procedura, nelle parti riferite alla gestione diretta dei sinistri sotto soglia SIR da parte dell'Azienda Ospedaliera, sono applicabili anche alla figura del Loss Adjuster, qualora presente, nel rispetto delle condizioni stabilite nel relativo disciplinare d'incarico

Nel caso la convocazione avanti un Organismo di mediazione coincidesse con il primo atto ricevuto dall'Azienda, troverà applicazione la procedura disciplinata al paragrafo 5.2 "Fase istruttoria" del regolamento.

Nel caso in cui il valore economico espressamente quantificato nella mediazione, sia inferiore o pari ad € 250.000,00= l'Azienda procederà a gestire direttamente ogni aspetto inerente la partecipazione al procedimento di mediazione, sulla base del paragrafo 5.2-punto A) del regolamento.

Qualora invece il valore espresso nell'istanza di mediazione sia pari o superiore ad € 250.000,00= troverà applicazione la procedura del paragrafo 5.2-punto B).

In questo caso l'Azienda dovrà prontamente trasmettere all'Assicuratore la convocazione pervenuta dall'Organismo di mediazione (anche per via telematica - fax) a cui farà seguito l'invio della documentazione necessaria per una rapida e accurata istruzione del sinistro.

Ove la richiesta avanzata risultasse carente di una espressa quantificazione economica del danno, verrà esperita una rapida valutazione con il supporto del medico legale fiduciario componente del CVS, relativamente alla potenziale esposizione, ai fini di ricondurre la mediazione all'interno dei parametri di cui alle lettere A) e B) sopra citati e nei tempi utili per gli adempimenti relativi alla partecipazione all'incontro di mediazione.

Qualora si ritenesse di non partecipare al procedimento di mediazione, le parti (Assicuratore ed Azienda) in comune accordo predisporranno una comunicazione da inviare all'Organismo, corredata dei ravvisati "giustificati motivi". La comunicazione sarà inviata a cura dell'Azienda previa acquisizione delle determinazioni assunte dall'Assicuratore.

Nel caso in cui invece, non vi sia accordo sulla partecipazione o meno alla procedura di mediazione, l'Azienda si riserva comunque di inviare all'Organismo di mediazione una nota che giustifichi la mancata partecipazione.