



Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia
ASST Lariana**Direzione Generale**
Azienda Socio Sanitaria Territoriale LarianaSegreteria 031.585.9471 - Fax 031.585.9892
dir.gen@asst-lariana.it**Deliberazione n. 424 del 18 aprile 2023**

OGGETTO: Presa d'atto del Decreto della Giunta Regionale n. 15406 del 27.10.2022 – Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – 2° revisione e conseguente adozione del "Regolamento di gestione sinistri in ambito di responsabilità civile verso terzi" nonché nomina dei componenti del CVS aziendale.

L'anno 2023, addì 18 del mese di aprile in Como, nella sede dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Lariana, il Direttore Generale dr. Fabio Banfi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue con l'assistenza del Direttore Amministrativo dott. Andrea Pellegrini, del Direttore Sanitario dr.ssa Brunella Mazzei e del Direttore Sociosanitario vicario dr. Carmine Paparesta

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati i provvedimenti deliberativi di seguito riportati con i quali è stata modificata ed integrata la composizione del Comitato Valutazione Sinistri, nonché sono state assunte ulteriori determinazioni rispetto allo stesso:

- provvedimento deliberativo n. 434 del 29.06.2005;
- provvedimento deliberativo n. 681 del 26.10.2005;
- provvedimento deliberativo n. 462 del 29.06.2007;
- provvedimento deliberativo n. 408 dell'08.07.2009;
- provvedimento deliberativo n. 383 del 29.06.2011;
- provvedimento deliberativo n. 258 del 26.04.2012;
- provvedimento deliberativo n. 980 del 17.12.2013;
- provvedimento deliberativo n. 157 del 26.02.2014;
- provvedimento deliberativo n. 213 del 19.03.2014;
- provvedimento deliberativo n. 635 del 23.07.2015;
- provvedimento deliberativo n. 159 del 09.03.2016;
- provvedimento deliberativo n. 186 del 22.02.2017;
- provvedimento deliberativo n. 375 del 19.04.2019;

Richiamato il provvedimento deliberativo n. 877/2018 con il quale veniva adottata la procedura aziendale esecutiva per l'istruttoria e la gestione dei sinistri in materia di responsabilità sanitaria in relazione all'evoluzione normativa in materia ed alle nuove polizze assicurative per responsabilità civile verso terzi ed operatori (RCT/O);

Precisato che in data 20.07.2021 l'ASST Lariana ha perfezionato il contratto di fornitura relativo al servizio di brokeraggio a seguito di convenzione fra Aria spa ed Aon spa;

Vista la DGR n. 15406 del 27.10.2022 avente ad oggetto le "Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – 2° revisione";

Ritenuto opportuno adottare un nuovo regolamento per la gestione dei sinistri alla luce della collaborazione con il Broker Aon e delle recenti Linee di indirizzo emanate da Regione Lombardia per l'armonizzazione della gestione dei sinistri;

Considerato, altresì, necessario procedere alla nomina di nuovi componenti del Comitato Valutazione Sinistri, stante i diversi trasferimenti e/o collocamenti a riposo che si sono succeduti nel corso degli ultimi anni;

Ritenuto, pertanto, opportuno e necessario, stante quanto sopra riportato, modificare ed integrare la composizione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale, come sotto specificato:

- Direttore della SC Affari Generali e Legali o suo delegato;
- Componente della SC Affari Generali e Legali in qualità di Coordinatore;
- Medici legali aziendali e consulenti medici legali;
- Intermediario assicurativo Broker o eventuale Loss Adjuster;
- Risk Manager o suo delegato;
- Mediatore dei conflitti;
- Direttore DAPPS o suo delegato;
- Referente della Compagnia di Assicurazione (per i sinistri sopra SIR);

Di dare atto che a tutte le sedute del CVS sono invitati permanenti i membri della Direzione Strategica aziendale e che le funzioni di segreteria saranno garantite da parte della SC Affari Generali e Legali;

Rilevato, altresì, che è stato individuato, fra i componenti della SC Affari Generali, il Coordinatore delle sedute del predetto Organismo nella persona della Dott.ssa Elena Prisco, collaboratore amm. prof., già Coordinatrice Ufficio sinistri;

Dato atto che il presente Regolamento di gestione dei sinistri, il cui testo è conservato agli atti della struttura proponente, sostituisce ogni altra procedura aziendale pubblicata in materia di sinistri e di denuncia alla Corte dei Conti;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario vicario

DELIBERA

Per le motivazioni riportate in narrativa:

1. di prendere atto del Decreto della Giunta Regionale n. 15406 del 27.10.22 – Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – 2° revisione e adozione del "Regolamento di gestione sinistri in ambito di responsabilità civile verso terzi";
2. di adottare il nuovo Regolamento di gestione dei sinistri in ambito di responsabilità civile verso terzi, il cui testo è conservato agli atti della struttura proponente;
3. di dare atto della nuova composizione del Comitato Valutazione Sinistri aziendale;
4. di conferire incarico di Coordinatore del CVS alla Dott.ssa Elena Prisco, collaboratore amm. prof., già Coordinatrice Ufficio sinistri;
5. di dare atto che il Regolamento di gestione dei sinistri sostituisce ogni altra procedura aziendale pubblicata in materia di sinistri e di denuncia alla Corte dei Conti.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dott. Andrea Pellegrini

IL DIRETTORE SANITARIO
dr.ssa Brunella Mazzei

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO
vicario
dr. Carmine Paparesta

IL DIRETTORE GENERALE
dr. Fabio Banfi

Documento validato e firmato digitalmente ai sensi della normativa vigente. Il documento originale è conservato digitalmente presso gli archivi informatici dell'ASST Lariana - Ospedale Sant'Anna di Como.

Responsabile del procedimento: Avv. Gabriella Ceraulo
Referente della pratica: dott.ssa Elena Prisco



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Lariana

Dipartimento Amministrativo

Affari Generali e Legali

Direttore: avv. Gabriella Ceraulo
Segreteria 031.585.4736 - Fax 031.585.4592
affgen.co@asst-lariana.it

Adottato con deliberazione n. 424 del 18.04.2023

REGOLAMENTO DI GESTIONE DEI SINISTRI IN AMBITO DI RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI

RIFERIMENTI

- DPR n. 3, del 10 gennaio 1957;
- Legge n. 20, del 14 gennaio 1994;
- D.Lgs n. 502, del 30 dicembre 1992 e s.m.i.;
- Reg. Europeo 679/2016;
- D.Lgs n. 81/2008;
- D.Lgs n. 28/2010;
- Legge n. 114, dell'8 novembre 2014;
- Legge Regionale n. 33/2009;
- D.Lgs 174/2016 (codice di giustizia contabile);
- Legge 24/2017 (L. Gelli/Bianco);
- Circolare n. 46/SAN, del 27 dicembre 2004 e successive linee guida annuali;
- Decreto della Giunta Regionale n. 15406 del 27.10.22 - Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – 2° revisione;
- CCNNLL.

SOGGETTI INTERESSATI

ASST Lariana: Contraente / Assicurata;

Broker assicurativo con incarico conferito dal contraente (di seguito Broker);

Eventuale Società di Loss adjusting, che nel rispetto del mandato di brokeraggio si occuperà della gestione delle richieste di risarcimento rientranti nella SIR contrattuale (di seguito Loss Adjuster);

Compagnia/e affidataria/e del servizio assicurativo.

PREMESSA E FINALITA'

Il presente documento ha la finalità di declinare, secondo la normativa vigente e le indicazioni regionali diramate in materia con Decreto n. 15406 del 27.10.2022, una disciplina procedimentale della gestione dei sinistri di responsabilità civile, relativi a casi di responsabilità sanitaria e degli esercenti le professioni sanitarie, nonché di ogni altra richiesta risarcitoria pervenuta all'ASST Lariana e di cui il CVS dovesse ritenere sussistere la propria competenza, atta a coordinare, nel pieno rispetto del dettato di polizza, le attività e i ruoli della Contraente, tenendo conto delle proprie specificità organizzative, del Broker, del Loss Adjuster e delle Compagnie assicurative.

Per SIR (Self Insured Retention) deve intendersi l'importo che l'assicurato tiene a proprio carico 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 presente Regolamento sinistri sostituisce ogni altra precedente procedura aziendale pubblicata in materia di sinistri e di denuncia alla Corte dei Conti.

1. SCOPO

Gli obiettivi sono:

- coordinare le attività di ASST Lariana, Broker, Compagnie assicurative nella gestione dei sinistri al di sopra della SIR contrattualmente prevista;
- coordinare ASST Lariana ed eventuale Loss Adjuster nella gestione dei sinistri al di sotto della SIR;
- definire il flusso di informazioni necessarie per la corretta gestione del sinistro oltre ai ruoli e alle responsabilità in capo ai diversi dipartimenti e unità operative aziendali coinvolte nella gestione dei sinistri;
- adeguare il presente Regolamento all'evoluzione normativa in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie (Legge n. 24/2017).

L'applicazione del Regolamento si prefigge di raggiungere i seguenti risultati:

- aumento dell'efficienza operativa nella raccolta di informazioni e documentazione;
- riduzione dei tempi di valutazione dei sinistri che potrebbero sfociare in contenzioso giudiziario;
- riduzione dei tempi di gestione e di eventuale liquidazione;
- incremento della collaborazione tra ASST Lariana, Broker e Compagnie assicurative nella gestione dei sinistri e nel monitoraggio del rischio.

Il presente Regolamento troverà applicazione sia nella gestione dei sinistri ricadenti nell'ambito della polizza assicurativa per il tramite del Broker, d'ora in poi definiti sopra SIR, sia per quelle richieste di risarcimento di esclusiva competenza dell'ASST Lariana in collaborazione con l'eventuale Loss Adjuster, d'ora in poi definite sotto SIR.

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

2. FASE DI PROTOCOLLAZIONE

2.1 ENTRATA

L'Ufficio Protocollo Generale è competente alla ricezione delle richieste risarcitorie e/o delle notifiche di atti giudiziali e provvede alla protocollazione ed alla loro assegnazione, per competenza, in formato cartaceo alla Affari Generali e Legali nel più breve tempo possibile.

2.2 USCITA

Il funzionario addetto al protocollo dell'Ufficio Affari Generali e Legali registra:

- le note di apertura e rubricazione del sinistro;
- le note di denuncia sinistri, di segnalazione di eventi avversi, di trasmissione degli atti giudiziali e concessione del benestare all'utilizzo della di polizza e/o di benestare a transigere indirizzate alla Compagnia assicurativa;
- le note previste dall'art. 13 della Legge 24/2017;
- le note riservate e personali contenenti offerte risarcitorie;
- le note di trasmissione dell'atto di transazione e quietanza;
- le comunicazioni di segnalazione alla Corte dei Conti.

Si precisa che tale elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo.

3. FASE PRELIMINARE per i sinistri da responsabilità professionale medica (*malpractice*)

Nel corso della fase preliminare, l'attività da svolgere, di competenza degli Affari Generali e Legali, è diretta all'esame delle richieste risarcitorie, al vaglio della completezza (ad es. sottoscrizione del richiedente e/o del suo rappresentante, esposizione dei fatti e degli addebiti, con soddisfazione dell'onere di allegazione delle inadempienze qualificate) delle denunce di sinistri e degli atti di formale messa in mora e dell'ammissibilità delle avverse pretese, verificando eventuali eccezioni preliminari (ad es. intervenuta prescrizione, richiesta invero da indirizzare ad altro ente, etc.) con l'obiettivo di assicurare la corretta e più proficua instaurazione del contraddittorio con la ASST.

Gli Affari Generali e Legali avvia, quindi, in collaborazione con il Broker e l'eventuale Loss Adjuster, il procedimento per la gestione dei sinistri a seguito di ricezione di richieste di risarcimento del danno, che possono di norma aver luogo secondo una delle seguenti modalità:

- istanza di risarcimento danni formulata personalmente, da parte di terzi, tramite URP o attraverso rappresentanti legali;
- istanza di Associazioni di pubblica tutela;
- istanza di mediazione da parte di terzi avanti agli Organismi di mediazione;

- invito alla negoziazione assistita;
- ricorso per consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite (ATP - art. 696 bis c.p.c.);
- atto di citazione e ricorso in giudizio ex art. 702 bis c.p.c. notificato all'Azienda e/o ai dipendenti/collaboratori per il risarcimento dei danni.

4. GESTIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

4.1 DENUNCIA ALLA COMPAGNIA ASSICURATIVA ED AL BROKER DI RIFERIMENTO

L'Ufficio Affari Generali e Legali convenzionalmente denuncia, entro 30 giorni, dandone notizia alla Compagnia, al Broker ed all'eventuale Loss Adjuster, sulla polizza assicurativa vigente, le nuove richieste risarcitorie, richieste provenienti da altri Enti e/o Istituti e/o dalla Procura della Repubblica e/o Polizia Giudiziaria o gli atti giudiziari e/o le istanze di mediazione dalle quali emergono, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- grave severità del danno;
- decesso;
- gravi patologie neonatali;
- richieste risarcitorie che ricadono sulla polizza RCO;
- indeterminabilità del valore del supposto danno.

Qualora la richiesta risarcitoria o l'istanza di mediazione o l'atto giudiziario siano espressamente indirizzate ad un Dipendente, l'Ufficio Affari Generali e Legali invia, tramite pec o, in assenza di disponibilità della stessa, tramite raccomandata A.R., copia del predetto atto al Sanitario coinvolto, entro i 45 giorni successivi alla protocollazione, ai sensi e per gli effetti della Legge 24/2017.

4.2 APERTURA DEL SINISTRO ED AVVIO ISTRUTTORIA

L'Ufficio Affari Generali e Legali provvede:

- all'apertura del fascicolo elettronico ed al caricamento del sinistro sul DataBase regionale, oltre alla creazione del fascicolo cartaceo;
- alla rubricazione del sinistro nel software gestione sinistri, secondo la seguente formulazione: anno / n. prot. richiesta risarcitoria / data / numero progressivo / data evento / polizza / luogo evento / breve descrizione / nome, cognome, data di nascita del danneggiato/i.

L'Ufficio Affari Generali e Legali trasmette denuncia di sinistro al Broker, all'eventuale Loss Adjuster ed alla Compagnia Assicurativa nonché al consulente medico legale aziendale, al quale chiede di effettuare una prima valutazione rispetto alla competenza di gestione del sinistro, ovverosia se ricadente all'interno della SIR di polizza o se superiore alla SIR.

Al contempo, l'Ufficio Affari Generali e Legali provvederà a richiedere alla Direzione medica od al Direttore della struttura interessata la documentazione sanitaria necessaria ad istruire il sinistro, a titolo esemplificativo e non esaustivo: cartelle cliniche, certificati, referti, immagini radiografiche, etc.. Su indicazione del medico legale, provvederà a richiedere, e quindi acquisire, relazioni dettagliate da parte dei sanitari coinvolti sul caso.

Ricevuto riscontro da parte del medico legale in ordine alla gestione del sinistro in SIR o sopra SIR, l'ufficio Affari Generali e Legali invierà alla controparte nota di riscontro in merito all'ammissibilità o meno della richiesta e se la gestione del sinistro sarà in carico alla Compagnia assicurativa ovvero all'eventuale Loss Adjuster, nonché della necessità di acquisizione della modulistica aziendale per il trattamento dei dati particolari (D.Lgs. 196/2003 – GDPR), che contempla tra i soggetti autorizzati anche:

- l'intermediario assicurativo (Broker);
- la Società assicuratrice per i sinistri sopra SIR;
- i professionisti interni ed esterni che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano necessità di trattare i dati contenuti nella documentazione;
- l'eventuale consultazione inter-aziendale nell'ambito dei Raggruppamenti;
- l'utilizzo degli strumenti per il trattamento dei dati, compreso il programma GEDISS.

Per i sinistri in SIR

La ASST o l'eventuale Loss Adjuster, dal canto suo, al ricevimento della denuncia di sinistro provvederà ad aprire il fascicolo elettronico nel proprio gestionale comunicando gli estremi dello stesso ad ASST Lariana. Sulla scorta di quanto ricevuto comunicherà ad ASST Lariana una prima stima del danno per stabilire la riserva del sinistro, determinata sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia e richiederà la documentazione istruttoria necessaria. Nel caso in cui la richiesta risarcitoria dovesse risultare vaga e non circostanziata, l'ASST o l'eventuale Loss Adjuster informerà la parte istante, chiedendo di specificare gli elementi utili per poter ricostruire la vicenda e permettere agli Affari Generali e Legali di recuperare la documentazione clinica necessaria, avvisando che, in caso contrario, la richiesta di risarcimento non potrà essere presa in carico.

Allo stesso modo, l'eventuale Loss Adjuster provvederà a prendere contatti con ASST acquisendo dalla medesima il modulo autorizzativo al trattamento dei dati particolari nonché l'eventuale documentazione integrativa non in possesso dell'ASST Lariana. Sarà onere del Broker o dell'eventuale Loss Adjuster condividere con l'ASST Lariana e il medico legale la documentazione acquisita dalla controparte utile per la redazione del parere medico-legale su atti.

Il medico legale, all'esito dell'analisi della documentazione, trasmetterà l'elaborato all'ASST Lariana e all'eventuale Loss Adjuster affinché il sinistro possa essere discusso nel corso del CVS

in SIR (disciplinato in seguito), per condividere le strategie da intraprendere per una corretta gestione del sinistro stesso.

Qualora dal CVS in SIR emerga la necessità di sottoporre a visita il reclamante, sarà onere dell'Ufficio Affari Generali e Legali convocare a visita il paziente presso il medico legale designato. Parimenti, qualora nel corso dell'istruttoria, la stima del valore del caso venga a modificarsi e a superare la SIR di polizza, l'Ufficio Affari Generali e Legali ed il Broker ne daranno tempestivo avviso alla Compagnia assicurativa.

Per i sinistri sopra SIR

Analogamente per i sinistri valutati, dal consulente medico legale aziendale, sopra SIR, la cui gestione è in carico alla Compagnia Assicurativa di riferimento, il Broker verificherà la correttezza dei presupposti legali e di polizza per la presa in carico del claim. Contestualmente all'invio della nuova denuncia di sinistro alla Compagnia assicurativa di riferimento, l'ASST Lariana richiederà al reclamante il consenso al trattamento dei dati particolari al fine di acquisire la documentazione sanitaria necessaria per l'istruzione del sinistro.

A seguito dell'apertura di un procedimento civile e/o penale indirizzato anche ad un sanitario o a un dipendente dell'Azienda, l'Ufficio provvederà ad inviare allo stesso la modulistica aziendale per la richiesta di patrocinio legale.

Allo stesso modo, il Broker provvederà a caricare il sinistro sul proprio gestionale, dandone immediato riscontro all'ASST attraverso l'indicazione del proprio numero di rubricazione. Inoltre, sempre il Broker provvederà ad acquisire da ASST Lariana il proprio modulo autorizzativo al trattamento dei dati particolari.

La Compagnia assicurativa di riferimento provvederà ad aprire un sinistro per ciascuna richiesta di risarcimento ricevuta e a comunicare al Contraente, ed al Broker per conoscenza, i relativi numeri attribuiti, indicando la documentazione necessaria all'istruttoria del sinistro.

La Compagnia provvederà a riscontrare la ASST Lariana, inviando il proprio modulo di consenso al trattamento dei dati particolari, richiedendo al contempo a controparte la documentazione integrativa non in possesso dell'ASST Lariana.

Resta ferma la facoltà della Compagnia di richiedere ulteriore documentazione integrativa alla ASST Lariana.

Sarà onere del Broker monitorare il corretto flusso di informazioni nonché valutare l'appropriatezza, le modalità e le tempistiche delle richieste documentali formulate dalla Compagnia assicurativa.

Qualora durante la fase istruttoria la Compagnia assicurativa rilevi che il valore del sinistro sia inferiore alla SIR, provvederà a comunicarlo alla Contraente e per conoscenza al Broker, che verificherà la correttezza della valutazione della Compagnia assicurativa.

Resta inteso, in quest'ultima ipotesi, che il sinistro dovrà continuare ad essere gestito dalla Compagnia di riferimento, come previsto dai contratti di polizza.

Superata la fase di raccolta della documentazione istruttoria, la Compagnia assicurativa provvederà ad incaricare propri fiduciari affinché venga predisposto un parere medico legale.

5. FASE ISTRUTTORIA: RUOLO E CONTRIBUTO DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE AZIENDALI

AFFARI GENERALI E LEGALI

- trasmette la richiesta risarcitoria, anche pervenuta originariamente ad altra Azienda Sanitaria, al Responsabile di volta in volta interessato dalla richiesta stessa, alla Direzione medica, al medico legale designato ed alla Compagnia assicurativa per l'acquisizione della cartella clinica, della documentazione sanitaria e/o di qualsivoglia ulteriore documentazione utile all'istruttoria. La documentazione ricevuta viene inviata al medico legale ed alla Compagnia Assicurativa;
- trasmette il decreto di sequestro, qualora vi sia stato un atto della Procura in tal senso, alla Compagnia assicurativa titolare della vigente polizza RCT/O, al Broker o all'eventuale Loss Adjuster.

LA DIREZIONE MEDICA O IL RESPONSABILE SANITARIO

su richiesta dell'Ufficio Affari Generali e Legali fornisce entro il più breve tempo possibile (di norma 5 giorni):

- copia della cartella clinica relativa al ricovero/i del danneggiato o della documentazione sanitaria ambulatoriale agli atti;
- nelle ipotesi di sequestro di cartella clinica o di documentazione sanitaria, ne dà tempestivo avviso alla Direzione Sanitaria e agli Affari Generali e Legali unitamente a copia del verbale di sequestro;
- relazioni cliniche, valutando l'aderenza della gestione del caso alle linee guida/buone pratiche di riferimento, con particolare attenzione a quelle accreditate nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).

IL MEDICO LEGALE

Acquisita la documentazione clinica che l'Ufficio Affari Generali e Legali provvede ad inviare, tramite mail criptata e attraverso l'accesso al portale Gediss, il medico legale procede ad:

- analizzare le richieste di risarcimento e/o istanze di mediazione, ricorsi 696 bis cpc, atti di citazione;

- indicare, preliminarmente, l'Ufficio Affari Generali e Legali il perimetro del danno, al fine di aggiornare la prima stima determinata dal Broker sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia ed appostare a bilancio una riserva cautelativa;
- acquisire, qualora lo ritenga necessario, dai Direttori delle strutture coinvolte nel sinistro un ulteriore approfondimento sui fatti contestati, che dovrà contenere una adeguata ricostruzione tecnico-scientifica degli eventi.

Potrà, altresì, indicare la necessità:

- di acquisire ulteriore documentazione sanitaria;
- di acquisire parere specialistico ed eventuale second opinion attingendo dalle risorse aziendali e, solo in ultima istanza, previo benestare del CVS, da professionisti esterni all'Azienda;
- sottoporre il paziente a visita medico legale diretta, solo nel caso in cui sia accertato l'an, al fine di determinare con esattezza i postumi invalidanti e previa discussione in CVS.

Dopo confronto diretto con i professionisti interessati per approfondire aspetti emersi nella relazione redatta dai Sanitari o correlati a specifiche contestazioni e/o censure mosse all'Azienda, ed avvalendosi di eventuale medico specialista, nominato in sede di CVS, nell'ambito della disciplina cui si riferisce l'evento di danno, il medico legale:

- fornisce all'Ufficio Affari Generali e Legali una relazione medico-legale sul caso in ordine alla sussistenza, o meno, del nesso causale e degli eventuali elementi di responsabilità, evidenziando un parere di stima quantitativa del danno biologico residuo (sia in termini di inabilità temporanea sia di postumi permanenti);
- individua i nominativi dei Sanitari che dovranno essere oggetto delle comunicazioni ex art. 13 Legge 24/2017 sia per i sinistri in SIR sia per quelli sopra SIR ed analizza il rischio di soccombenza, nonché tutti gli elementi utili per minimizzare l'impatto economico ed in generale per concordare le strategie difensive;
- condivide l'elaborato parere con l'Ufficio Affari Generali e Legali;
- espone la valutazione medico legale avanti al Comitato Valutazione Sinistri.

Nel relazionare sul caso, lo specialista medico legale dovrà distinguere la stesura della ricostruzione dei fatti dalla stesura delle considerazioni di ordine strategico - difensivo, affinché queste possano essere oggetto di stralcio in caso di richiesta di accesso agli atti e ai documenti dell'istruttoria, onde salvaguardare il diritto di difesa dell'Azienda in sede civile, così come riconosciuto dal Consiglio di Stato (Sent. N. 808 del 31.01.2020).

Nel relazionare sul caso, inoltre, il medico legale dovrà porre in luce – mediante un'analisi che non si limiti al caso in sé, ma anche al suo contesto – le eventuali condizioni di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa in cui i Sanitari si siano trovati a svolgere il proprio operato. Ciò è di

particolare rilevanza anche nella prospettiva di eventuale successiva valutazione ai fini di ipotesi di “colpa grave”, affinché queste circostanze siano adeguatamente ponderate.

Il professionista medico legale viene, altresì, incaricato della valutazione dei sinistri sopra SIR, gestiti dalla Compagnia assicurativa. L'Ufficio Affari Generali e Legali trasmette parallelamente la documentazione acquisita in corso di istruttoria sia alla Compagnia Assicurativa, sia al Broker e all'eventuale Loss Adjuster, sia al medico legale aziendale incaricato, per una proficua gestione del sinistro.

IL BROKER

Il broker garantisce le seguenti attività:

- presa in carico e gestione del programma assicurativo (polizze, coperture, sinistri) in corso;
- assistenza nelle fasi di gara di affidamento dei servizi assicurativi (ivi compreso il supporto per la redazione dei Capitolati di gara, d'intesa con gli Uffici competenti degli Enti, nonché le attività volte alla verifica del contenuto dei contratti/polizze da sottoscrivere);
- individuazione, analisi e valutazione dei rischi connessi alla natura ed all'attività istituzionale dell'Ente con verifica delle reali esigenze di trasferimento al mercato assicurativo dei rischi;
- analisi e gestione delle polizze assicurative durante la fase esecutiva delle stesse;
- monitoraggio e supporto nella attività di interruzione delle prescrizioni dei diritti dell'Ente nei confronti dell'assicuratore;
- ausilio e supporto al risk management nella individuazione e mappatura dei rischi attinenti alle specifiche attività;
- aggiornamento periodico dello stato dei rischi e dei sinistri e delle relative coperture assicurative, ivi compresi, laddove richiesto, l'analisi delle riserve dei singoli sinistri e valutazione e quantificazione del relativo fondo rischi;
- assistenza continua nelle varie fasi di trattazione dei sinistri attivi e passivi occorsi durante il periodo contrattuale, nonché per quelli già verificatesi e pendenti alla data di conferimento dell'incarico, assicurando il massimo impegno per la tempestiva definizione delle pratiche da parte delle Compagnie Assicuratrici e per l'acquisizione, da queste ultime, di periodici ed aggiornati reports sull'andamento dei sinistri;
- gestione dei contratti assicurativi con controllo sull'emissione delle polizze, appendici, scadenze ratei (con preavviso di almeno 60 giorni), comunicazione e verifica dei dati di regolazione, variazione rischi e ogni altra connessa attività amministrativa-contabile, verifica e gestione delle franchigie, degli aggiornamenti e di ogni altra condizione prevista nelle polizze in atto;

- consulenza, ove richiesta, per problematiche professionali e/o di categoria, nonché studio di convenzioni relative a coperture assicurative individuali in vari settori di rischio (RC colpa grave, RC patrimoniale, infortuni, malattia, ecc.);
- partecipazione obbligatoria di un referente dedicato a tutti gli incontri del Comitato Valutazione Sinistri;
- attività di formazione ed aggiornamento degli operatori indicati dagli Enti sulle problematiche e la legislazione concernente la materia assicurativa e organizzazione, assistenza, partecipazione in ordine a programmi didattici, di approfondimento e di formazione sui temi assicurativi e di Risk Management;
- messa a disposizione di piattaforme telematiche e/o collegamenti informatici, anche tramite internet, utilizzando all'occorrenza sistemi di connessione sicura, criptata, posta certificata e firma elettronica, per la gestione automatizzata dei contratti di assicurazione e la verifica dello stato dei sinistri;
- pareri di congruità sui contratti assicurativi stipulati da terzi aggiudicati in caso di appalto di servizi, forniture e lavori;
- attività di consulenza richiesta dall'Amministrazione in ambito di eventuali programmi di welfare e benessere aziendale;
- laddove richiesto, attività di reportistica annuale con gli elementi principali del programma assicurativo, di interventi effettuati e di attività da effettuare a breve o a medio termine.

IL RISK MANAGER

- Verifica l'eventuale presenza degli estremi necessari alla segnalazione di evento sentinella;
- attiva percorsi di audit o altre metodologie finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti;
- indica, altresì, e trasmette, ove richiesto dal CVS, all'Ufficio Affari Generali e Legali eventuali procedure atte a prevenire il rischio e le relative azioni correttive attivate;
- contribuisce alla definizione degli elementi utili alla difesa e pianificazione di azioni di miglioramento che, se particolarmente complesse, andranno inserite nell'ambito del piano annuale di risk management successivo al periodo di analisi;
- predispose la relazione annuale degli eventi avversi ai sensi dell'art. 2 Lg. 24/2017 che deve essere condivisa nell'ambito del CVS.

LA DIREZIONE AZIENDALE DELLE PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE (DAPSS)

Su richiesta degli Affari Generali e Legali fornisce tutta la documentazione sanitaria di competenza, per permettere di valutare compiutamente sia l'an che il quantum delle richieste risarcitorie ed

acquisisce una dettagliata relazione dal personale infermieristico al fine di consentire di istruire compiutamente la pratica sul sinistro.

I DIRETTORI DELLE STRUTTURE

A seguito della richiesta di acquisire una relazione clinica da parte dell'Ufficio Affari Generali e Legali rispetto ad un presunto caso di responsabilità sanitaria, provvedono a coinvolgere i clinici nella redazione della relazione che dovrà contenere una dettagliata ricostruzione dei fatti contestati ed una adeguata descrizione tecnico-scientifica degli eventi.

I Sanitari coinvolti dovranno cautelativamente segnalare il caso alla propria Compagnia assicurativa, laddove esistente.

L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)

Trasmette copia di eventuali reclami e/o segnalazioni che contengono una richiesta di risarcimento danni.

GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

Forniscono tempestiva comunicazione, anche tramite posta elettronica, agli Affari Generali e Legali ogni qualvolta risultino destinatari di notifica di uno o più provvedimenti di seguito elencati:

• PER I PROCEDIMENTI PENALI

- verbale di identificazione di persona sottoposta ad indagini;
- invito alla persona sottoposta ad indagini a rendere sommarie informazioni;
- avviso di conclusione delle indagini preliminari / notificazione di informazione di garanzia;
- avviso di accertamento tecnico non ripetibile (es.: autopsia giudiziaria);
- richiesta di elezione di domicilio ex art. 161 cpp.

Si precisa che tale elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo.

• PER I PROCEDIMENTI CIVILI

- richieste di risarcimento danni;
- istanza di mediazione ex Legge 28/2010;
- negoziazione assistita;
- ricorso per ATP ex art. 696 cpc e 696 bis cpc;
- ricorso ex art. 702 bis cpc;
- atto di citazione.

Si precisa che tale elenco è a titolo esemplificativo e non esaustivo.

6. FASE DECISORIA

6.1 COMPOSIZIONE DEL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

Il CVS è un organismo multidisciplinare, formato da membri interni ed esterni all'Azienda, costituito con provvedimento deliberativo del Direttore Generale.

Il CVS, di norma, è costituito da:

- Direttore dell'Ufficio Affari Generali e Legali o suo delegato;
- componente dell'Ufficio Affari Generali e Legali in qualità di Coordinatore;
- medici legali aziendali e consulenti medici legali aziendali;
- intermediario assicurativo Broker o Loss Adjuster;
- risk Manager o suo delegato;
- mediatore dei conflitti o suo delegato;
- Direttore della DAPPS o suo delegato;
- referente della Compagnia di Assicurazione (solo per i CVS nei quali vengono trattati sinistri sopra SIR).

A tutte le sedute del CVS sono invitati permanenti i membri della Direzione Strategica.

La funzione di segreteria del CVS è garantita dall'Ufficio Affari Generali e Legali.

La composizione del CVS potrà essere integrata qualora i componenti ne ravvisino l'esigenza, in relazione alla ritenuta necessità, in vista delle valutazioni da operare, con peculiari competenze specialistiche per particolarità inerenti i sinistri in esame. Il CVS, per l'esame dei casi, potrà convocare i responsabili delle strutture coinvolte nell'evento ed il personale sanitario o tecnico direttamente interessato od informato.

Per la trattazione dei sinistri la cui quantificazione economica sia maggiore alla SIR di polizza RCT, la composizione del CVS viene integrata:

- dal rappresentante della Compagnia Assicurativa, aggiudicataria della polizza RCT/O vigente ovvero dal Rappresentante della Compagnia Assicurativa della polizza RCT/O non più in essere, per i sinistri ancora aperti;
- eventualmente dal legale della Compagnia assicurativa;
- eventualmente dal medico legale della Compagnia assicurativa.

6.2 FUNZIONE DEL CVS

Il parere tecnico complessivamente espresso nelle precedenti fasi istruttorie viene discusso in sede di CVS.

Le funzioni principali del Comitato Valutazioni Sinistri aziendale sono quelle di:

- verificare la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento, mediante l'analisi esperta dei casi;
- proporre e curare la migliore strategia di gestione, per la minimizzazione dell'impatto economico;
- determinare le corrette e congrue riserve al fine di quantificare adeguatamente il fondo aziendale.

Il CVS, quindi, analizza, nel dettaglio, ogni singolo sinistro ed esprime un parere in ordine alla gestione / definizione dello stesso; la funzione del CVS è finalizzata anche a contenerne e minimizzarne l'impatto economico sul bilancio aziendale.

In particolare tale Organismo, per ogni singolo sinistro, esprime una valutazione in ordine agli elementi di responsabilità ed alla quantificazione economica del danno risarcibile, redigendo apposito verbale con l'apposizione della relativa riserva, che viene comunicata, con cadenza semestrale, al Direttore della struttura Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità per l'accantonamento a bilancio.

All'interno del CVS vengono:

- valutate le tipologie e l'entità dei danni arrecati a terzi;
- raccolte le informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
- focalizzate le possibili responsabilità in capo ai diversi soggetti coinvolti nel sinistro ex art. 13 Legge 24/2017 sia per i sinistri sopra SIR che sotto SIR;
- proposte ai danneggiati le visite specialistiche medico legale e/o specialistiche cliniche;
- valutate le possibilità di soluzione stragiudiziale della vertenza;
- valutate le opportunità di attendere la notifica di eventuali atti giudiziali, tenuto conto delle divergenze tra la quantificazione economica della pretesa risarcitoria e le conclusioni riportate nelle consulenze medico legali redatte dai medici legali aziendali;
- individuati, in ultima istanza, professionisti esterni all'Azienda per l'acquisizione di una second opinion in caso di impossibilità di attingere alle risorse aziendali;
- effettuate le valutazioni medico legale collegiali con la controparte, qualora, ritenuta impegnata la responsabilità della Struttura, si ravvisi la possibilità di una convergenza in punto di quantum.

Per la disamina dei sinistri ricadenti entro la soglia della SIR di polizza, il CVS si riunisce collegialmente, di norma con cadenza mensile e, comunque, ogniqualvolta se ne manifesti la necessità e l'urgenza.

L'Ufficio Affari Generali e Legali, previo confronto con il Broker, e sulla base dei fascicoli dei sinistri istruiti e pronti per una discussione, convoca il CVS e provvederà, nel contesto, a redigere

un ordine del giorno, trasmettendo possibilmente 15 giorni prima dell'incontro fissato, l'elenco delle posizioni da discutere, allegando: le relative schede sinistro predisposte dal Broker o eventuale Loss Adjuster contenenti i dati generali del sinistro, una quantificazione del danno determinato sulla base delle perizie medico legali ricevute dall'Ente e indicazioni sulla migliore strategia di definizione da intraprendere. È facoltà di ASST Lariana proporre, anche per i sinistri sopra SIR, ulteriori posizioni da discutere, in base alle necessità scaturenti dalla gestione dei singoli sinistri, fornendo ai componenti del CVS eventuale documentazione integrativa.

Per i sinistri sopra SIR, gestiti direttamente dalle Compagnie assicurative che negli anni si sono succedute, l'Ufficio Affari Generali e Legali concorda direttamente con i funzionari delle Compagnie e con il Broker le sedute del CVS, sulla base delle necessità, scaturenti dalla gestione dei singoli sinistri.

6.3 ESITO DELLA VALUTAZIONE DEL CVS

Il CVS, in relazione alle risultanze istruttorie, propone alla Direzione strategica di:

- difendere la posizione aziendale e resistere alla pretesa risarcitoria, con reiezione della richiesta nelle ipotesi in cui non venga riscontrata la responsabilità dell'ASST Lariana o nel caso in cui ci sia responsabilità, ma nessun danno riscontrato, costituzione in giudizio per la difesa processuale, costituzione in ATP, etc;
- avviare le trattative, per i casi ad alto rischio di soccombenza, al fine di raggiungere un accordo transattivo;
- aderire agli strumenti di conciliazione della lite promossi dal danneggiato (ATP e mediazioni) oppure promuovere gli stessi, qualora l'Azienda ne abbia interesse;
- restare in passiva attesa.

Inoltre, il CVS discute:

- la definizione dei casi dal punto di vista della sussistenza della responsabilità e delle ricadute economiche; quantifica il danno e aggiorna le riserve dei sinistri all'ODG;
- chiude il sinistro senza seguito per eventuale inattività di controparte per più di 12 mesi dalla prima richiesta;
- conferma, previa valutazione, i nominativi degli esercenti le professioni sanitarie a cui verranno indirizzate le comunicazioni ex art. 13 Legge 24/2017, sia per i sinistri sopra che sotto SIR;
- acquisisce ulteriori approfondimenti del caso / second opinion.

Di ciascun incontro viene redatto apposito verbale, firmato da tutti i componenti del CVS, con l'evidenza delle decisioni assunte per ogni sinistro esaminato.

La strategia di gestione ponderata dal CVS è proposta, attraverso il Coordinatore, alla Direzione Strategica, alla quale vengono trasmessi i verbali del CVS e che ne prende atto al fine della predisposizione dei successivi atti deliberativi di approvazione delle proposte transattive.

6.4 NEGOZIAZIONE E DEFINIZIONE DEL SINISTRO

Per i sinistri in SIR:

All'esito dell'istruttoria del CVS, trascorsi 5 giorni lavorativi dal ricevimento delle comunicazione ex art. 13 L. 24/2017 indirizzate ai professionisti sanitari coinvolti nell'evento, il Broker o l'eventuale Loss Adjuster, provvederà a prendere contatto con la parte istante, sulla base di quanto disposto nel verbale del CVS.

Nel caso in cui in CVS sia stato autorizzato l'avvio della trattativa, il Broker o l'eventuale Loss Adjuster procederà in tal senso con controparte esponendo, nei limiti delle autorizzazioni ricevute, le decisioni prese dall'Ente:

- in caso di mancato raggiungimento dell'accordo transattivo con il reclamante, il Broker o l'eventuale Loss Adjuster ne relazionerà tempestivamente all'ASST Lariana esplicitandone le motivazioni del fallimento e riproponendo la discussione del caso al primo CVS utile;
- a seguito, invece, della formale accettazione da parte del/i danneggiato/i dell'importo proposto, gli Affari Generali e Legali predisporranno provvedimento deliberativo avente ad oggetto l'accettazione della proposta.

Adottata la deliberazione il Broker o l'eventuale Loss Adjuster provvederà a raccogliere la sottoscrizione dell'atto finale di accordo con le controparti (accordo transattivo o quietanza) acquisendo gli atti di natura amministrativa necessari per la liquidazione.

La documentazione verrà trasmessa successivamente ad ASST Lariana, che si occuperà del relativo pagamento entro 90 giorni dalla ricezione della predetta documentazione. La posizione di sinistro verrà chiusa nel gestionale del Broker o dell'eventuale Loss Adjuster e la riserva azzerata.

Al fine di provvedere al pagamento, la Direzione Generale, su proposta degli Affari Generali e Legali, adotta deliberazione di definizione del sinistro e contestuale riconoscimento del risarcimento.

La struttura Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità emette mandato di norma entro il termine massimo di 15 giorni dalla deliberazione e ne fornisce copia all'Ufficio Affari Generali e Legali che ne dà informazione al Broker o all'eventuale Loss Adjuster.

Nel caso di reiezione del sinistro da parte del CVS, il Broker o l'eventuale Loss Adjuster invierà la relativa comunicazione a controparte dandone informazione all'ASST Lariana; la riserva verrà azzerata, ma la posizione rimarrà aperta e monitorata per 12 mesi, trascorsi i quali, in assenza di

ulteriori iniziative di controparte, il Broker o l'eventuale Loss Adjuster segnalerà la relativa archiviazione senza seguito ad ASST Lariana.

Per i sinistri sopra SIR:

Per i sinistri sopra SIR, decorsi senza seguito 5 giorni lavorativi dall'invio delle comunicazioni ex art. 13 L. 24/2017 indirizzate ai professionisti sanitari coinvolti nell'evento, e dopo aver ricevuto il benestare fornito dall'Azienda dell'impegno della SIR di polizza e/o di somma inferiore autorizzata dal CVS, la Compagnia di riferimento provvederà a prendere contatto con la parte istante sulla base delle determinazioni assunte.

Solo successivamente all'autorizzazione del CVS e previa trasmissione di nota di benestare a firma del Direttore generale, trascorsi senza seguito 5 giorni lavorativi dall'invio delle comunicazioni ex art. 13 L. 24/2017 indirizzate ai professionisti sanitari coinvolti nell'evento, la Compagnia assicurativa potrà intraprendere le trattative con controparte.

In caso di mancato raggiungimento dell'accordo transattivo con il reclamante, la Compagnia assicurativa aggiornerà tempestivamente l'ASST Lariana ed il Broker per conoscenza, al fine di valutare le ulteriori iniziative da intraprendere, rinviando, pertanto, la discussione del caso al prossimo CVS.

Il Broker, prima del nuovo CVS, verificherà la congruità della strategia gestionale formulata dalla Compagnia, valutando l'effettiva opportunità e vantaggio per l'Ente.

A seguito, invece, della formale accettazione da parte del danneggiato dell'importo proposto, l'iter di definizione, sulla base di quanto disposto in polizza, sarà il seguente:

- qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti interamente rientrante nella SIR di polizza la Compagnia trasmetterà all'ASST ed al Broker per conoscenza, l'integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro. L'ASST dovrà provvedere ad effettuare il pagamento a controparte entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione sopra citata (a titolo indicativo e non esaustivo: atto quietanza firmato, documenti identità, ecc.) inviata dalla Compagnia, come da termini di polizza. Il Broker monitorerà l'emissione della quietanza - o atto transattivo – e la completezza della stessa e verificherà l'effettivo pagamento a controparte entro i termini previsti in polizza;
- qualora invece l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti essere superiore, alla SIR, la Compagnia corrisponderà direttamente al terzo danneggiato il risarcimento dovuto, dandone comunicazione all'ASST e al Broker per conoscenza. Sarà onere del Broker monitorare la completezza dell'atto di quietanza – o atto transattivo.

In tali casi, la Compagnia presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal terzo danneggiato, l'integrale documentazione attestante l'accordo tra Compagnia e ASST in merito alla definizione del sinistro, nonché copia del mandato di bonifico con cui è stata effettuata la

liquidazione alla controparte. Entro 90 giorni successivi al ricevimento della documentazione sopra indicata, l'ASST provvederà al reintegro degli importi anticipati dalla Compagnia, nei limiti della SIR di Polizza.

Sarà premura del Broker verificare l'effettivo pagamento da parte di ASST Lariana della contrattualmente prevista.

7. COMUNICAZIONI EX ART. 13 L. 24/2017

In base all'art. 13 Legge 24/2017 gli atti giudiziari (a titolo esemplificativo e non esaustivo, istanza di mediazione da parte di terzi avanti agli Organismi di mediazione, negoziazione assistita, ricorso per consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite -ATP ex art. 696 bis c.p.c., atto di citazione e ricorso ex art. 702 bis c.p.c.) notificati all'Azienda e/o ai dipendenti/collaboratori per il risarcimento dei danni, saranno trasmessi agli esercenti le professioni sanitarie individuati dal medico legale aziendale.

Qualora la richiesta risarcitoria sia indirizzata anche ai sanitari, la stessa sarà trasmessa per opportuna conoscenza anche agli esercenti le professioni sanitarie ivi espressamente menzionati.

All'esito dell'istruttoria ed a seguito delle determinazioni assunte dal CVS, qualora fosse accertata una responsabilità contrattuale dell'Azienda, l'Ufficio Affari Generali e Legali formalizza apposita comunicazione di avvio trattative al personale sanitario coinvolto, così come previsto dall'art. 13 Legge 24/2017, mediante invio di PEC o Raccomandata A.R.

Solo dopo aver ricevuto conferma da parte dell'Ufficio Affari Generali e Legali, del decorso di 5 giorni lavorativi dal ricevimento delle comunicazioni di avvio trattative spedite ai sanitari coinvolti, il Broker o l'eventuale Loss Adjuster provvederà, per i sinistri in SIR, all'avvio delle trattative ed agli adempimenti conseguenti (atto di transazione e quietanza).

Qualora si ottenga da parte del danneggiato la disponibilità a definire in via transattiva la controversia, sia essa giudiziale o stragiudiziale, agli Affari Generali e Legali ne fornisce comunicazione agli esercenti le professioni sanitarie coinvolti nel sinistro.

Per i sinistri sopra SIR, dopo il benestare formulato in sede di CVS dell'impegno della di polizza e/o di somma inferiore autorizzata dallo stesso, la Compagnia avvierà le trattative solo dopo aver ricevuto conferma da parte degli Affari Generali e Legali, del decorso di 5 giorni lavorativi dal ricevimento delle comunicazioni di avvio trattative spedite ai sanitari coinvolti e di formale ricezione di messa a disposizione della e/o di somma inferiore con nota a firma del Direttore Generale.

Ricevuta la comunicazione, gli esercenti le professioni sanitarie possono tempestivamente comunicare l'intenzione di prendere parte alle trattative, ovvero formulare osservazioni, senza diritto di veto rispetto alle determinazioni aziendali finali.

Qualora la richiesta risarcitoria o l'istanza di mediazione o l'atto giudiziario siano espressamente indirizzate ad un dipendente, l'Ufficio Affari Generali e Legali invia, tramite pec o, in assenza di

disponibilità della stessa, tramite raccomandata A.R., copia del predetto atto al Sanitario coinvolto, entro i 45 giorni successivi alla protocollazione, ai sensi e per gli effetti della Legge 24/2017.

8. GESTIONE DELLA MEDIAZIONE E DEL CONTENZIOSO

Nel caso di ricezione di istanza di mediazione o di atto giudiziario di qualsivoglia natura, l'Ufficio Affari Generali e Legali provvederà a trasmetterlo alla Compagnia assicurativa di riferimento, al Broker ed all'eventuale Loss Adjuster, nonché all'esercente la professione sanitaria individuato dal medico legale aziendale, così come previsto dall'art. 13 Legge 24/2017.

Nei casi di sinistri ricadenti all'interno della SIR di Polizza, l'Ufficio Affari Generali e Legali procederà conseguentemente alla nomina del legale, dandone comunicazione al Broker. Il legale individuato provvederà ad aggiornare l'ASST Lariana ed il Broker in ordine a tutte le fasi istruttorie sino alla trasmissione dell'eventuale sentenza.

In caso di notifica di istanza di mediazione, inoltre, previo confronto e condivisione della strategia con il Broker o l'eventuale Loss Adjuster, l'Ufficio Affari Generali e Legali provvederà a riscontrare direttamente l'Organismo di Mediazione, inviando apposita comunicazione di partecipazione o di rinvio nel caso in cui l'istruttoria non sia stata portata a compimento.

Nei casi di sinistri sopra SIR la Compagnia di riferimento provvederà ad indicare alla Contraente e per conoscenza al Broker, entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa, gli estremi del legale incaricato per la gestione della vertenza nonché, ove necessario, di eventuali tecnici (periti / medici legali).

Il Broker si impegna a fare in modo che la Compagnia assicurativa fornisca riscontro entro le tempistiche indicate.

Sia per i sinistri in SIR sia per quelli sopra SIR il medico legale aziendale indicherà i nominativi di professionisti sanitari ai quali indirizzare la comunicazione ex art. 13 L. 24/2017.

Il legale incaricato dalla Compagnia provvederà ad aggiornare l'ASST, la Compagnia assicurativa di riferimento ed il Broker in ordine a tutte le fasi sia istruttorie che procedimentali, trasmettendo le memorie redatte a difesa e gli atti di ASST acquisiti in corso di causa, sino alla trasmissione della sentenza.

Resta inteso che i costi relativi alla difesa in giudizio ed agli accertamenti medico-legali resteranno a carico della Compagnia.

9. APERTURA SINISTRI NON DA RESPONSABILITA' SANITARIA

Nel caso di denunce di sinistri e formale messa in mora il cui presupposto non sia riconducibile a Responsabilità sanitaria (a titolo meramente esemplificativo: apertura di sinistri per cadute, smarrimento protesi e/o eventuale apparecchiatura acustica, danni a cose), l'Ufficio Affari Generali e Legali provvede a rubricare ed aprire i fascicoli ed a predisporre le seguenti istruttorie:

- relazione sullo stato dei luoghi (descrizione, rappresentazioni fotografiche, indicazioni sulla conformità alla normativa vigente);
- relazione in merito alla manutenzione del luogo del sinistro nonché indicazioni sulla relativa competenza (es.: facente capo all'Azienda, o ad una ditta esterna);
- in caso di caduta di pazienti ricoverati presso l'Azienda, relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi;
- eventuali dichiarazioni testimoniali;
- eventuali procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali);
- ogni ulteriore documentazione utile ai fini di una compiuta istruttoria del caso.

Per i sinistri non da responsabilità sanitaria, i nominativi degli operatori saranno richiesti ai Direttori delle strutture interessate solo a seguito di espressa richiesta proveniente dalla Procura Regionale presso la Corte dei Conti a mezzo di Decreto di Acquisizione Documenti presso le Pubbliche Amministrazioni (art. 58, comma 2°, Dlgs. 174/2016).

Se necessarie, possono essere acquisite perizie esterne in relazione ai fatti contestati.

Alla controparte e/o al suo legale vengono richieste:

- eventuale documentazione in relazione al contestato evento;
- eventuali perizie con descrizione del danno subito;
- quantificazione della pretesa risarcitoria;
- autocertificazione dalla quale risultino eventuali altre richieste risarcitorie ed eventuali richieste e indennizzi;
- dichiarazione di quanto già percepito a titolo d'indennizzo.

10. SEGNALAZIONI INNANZI ALLA CORTE DEI CONTI

L'Azienda ha l'onere di denunciare alla Procura Regionale della Corte dei Conti gli esborsi sostenuti per richieste risarcitorie dai quali potrebbe configurarsi un potenziale danno erariale alla stessa.

Il Direttore Generale, ai sensi del D.Lgs. n. 174/2016 Codice di giustizia contabile (cgc) e s.m.i. deve denunciare al Procuratore Generale della Corte dei Conti i fatti che potrebbero dare luogo a responsabilità ai sensi dell'art. 52 del predetto Decreto, indicando gli elementi raccolti per l'accertamento della responsabilità e la determinazione dei danni.

Tale adempimento è finalizzato ad una verifica, da parte della magistratura contabile, di un eventuale "danno erariale" determinatosi per esborso di denaro pubblico e/o altro soggetto nei confronti del quale sia configurabile la sussistenza del rapporto di servizio, a causa di un comportamento professionale, da parte del dipendente pubblico, caratterizzato da "colpa grave".

Alla luce del Decreto della Giunta Regionale n. 15406 del 27.10.22 – "Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri – 2° revisione" dal quale si evidenzia un'intesa intercorsa

tra Regione Lombardia e la Procura Regionale della Corte dei Conti territorialmente competente, sono trasmesse le comunicazioni relative ai risarcimenti liquidati solo 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 stato possibile ipotizzare una grave negligenza, imprudenza e/o imperizia del personale del sanitario coinvolto.

L'ASST Lariana, al fine di consentire i controlli di competenza, trasmette, ad ogni singola liquidazione, alla Procura Regionale della Corte dei Conti una scheda per sinistro, contenente:

- i dati identificativi del sinistro e/o procedimento;
- l'indicazione del fatto dannoso;
- l'importo liquidato a titolo risarcitorio;
- copia delle relazioni cliniche acquisite/relazioni tecniche;
- copia delle valutazioni medico legali e specialistiche;
- copia degli atti introduttivi del giudizio;
- copia CTU e CTP;
- copia delle Ordinanze del Giudice;
- copia delle Sentenze;
- copia del verbale del CVS di liquidazione del danno / autorizzazione all'esborso;
- copia del provvedimento deliberativo di liquidazione del danno;
- copia dei mandati di pagamento, per la sorte capitale.

Nel caso in cui dovesse pervenire all'Azienda comunicazione di emissione di sentenza di accertamento di responsabilità erariale da parte della Corte dei Conti la stessa provvederà a:

- nominare un Responsabile del procedimento ai sensi dell'art. 214, comma 2°, del Dlgs. del 26.08.2016 n. 174, con contestuale rimborso alla Tesoreria Centrale dello Stato delle spese del giudizio di responsabilità erariale da recuperarsi nei confronti del/i responsabile/i e comunicare, altresì, alla Corte dei Conti, il nominativo del Responsabile del procedimento che verrà nominato con deliberazione del Direttore Generale;
- notificare, ex art. 137 c.p.c., la sentenza di condanna al/i soggetto/i interessato/i dalla stessa;
- disporre il recupero coattivo del credito tramite ruolo (Agenzia Entrate – Riscossione) ai sensi del D.P.R. 602/1973 e/o mediante esecuzione forzata dinanzi al Giudice ordinario;
- comunicare gli estremi della sentenza di condanna alla compagnia assicurativa interessata per i sinistri sopra SIR, ovvero ammessi alla Liquidazione coatta amministrativa Faro, al fine di non pregiudicare l'azione dell'assicuratore ex art. 1916 del codice civile per la somma

erogata, rispettivamente, a favore dei danneggiati per la somma eccedente la SIR di polizza ed a favore dell'Azienda da parte della Liquidazione coatta amministrativa Faro;

- comunicare alla compagnia assicurativa interessata per i sinistri sopra SIR, ovvero ammessi alla Liquidazione coatta amministrativa Faro, l'eventuale proposizione dell'appello avverso la sentenza di condanna;
- trasmettere, solo ove dovesse pervenire istanza di accesso agli atti ex L. 241/1990 da parte della compagnia assicurativa interessata per i sinistri sopra SIR ovvero ammessi alla Liquidazione coatta amministrativa Faro, copia della sentenza di condanna;
- sospendere l'esecuzione della sentenza in caso di proposizione dell'appello avverso la stessa, ai sensi dell'art. 190 del Dlgs. n. 174 del 26.08.2016 (Codice della giustizia contabile);
- trasmettere alla Corte dei Conti, ai sensi dell'art. 214, comma 8°, del Dlgs. n. 174 del 26.08.2016, decorsi tre mesi dalla data di chiusura dell'esercizio di ciascun anno finanziario, un prospetto informativo che indichi analiticamente le partite rimosse e da riscuotere.

11. MESSA IN MORA

Il Decreto della Giunta Regionale n. 15406 del 27.10.2022 – “Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri -2° revisione” evidenzia la necessità per le Aziende che hanno provveduto al risarcimento di un danno di effettuare la costituzione in mora, richiamando i contenuti della circolare del Procuratore Generale presso la Corte dei Conti del 28.12.2017, secondo la quale per il soggetto denunciante: *“...non viene meno l'obbligo di costituire in mora, mediante intimazione richiesta scritta, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1219 e 2943 del cc. e 66 cgc, i responsabili del danno, al fine di interrompere la decorrenza del termine di prescrizione”*.

L'Ufficio Affari Generali e Legali provvederà, al momento del pagamento, a costituire in mora gli esercenti la professione sanitaria, informandoli, peraltro, che l'esborso verrà comunicato alla Corte dei Conti la quale, a sua volta, potrà coinvolgere gli stessi in un procedimento per l'accertamento della colpa grave che, ove la stessa sia ritenuta presente, potrà portare al recupero della somma ritenuta di giustizia.