

Codice A1423B

D.D. 22 ottobre 2025, n. 626

Revisione Linee guida inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri RCT/O delle ASR. Revoca della Determinazione dirigenziale n. 700/DB2000 del 7 agosto 2014 e approvazione delle nuove "Linee Guida inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi delle ASR".



ATTO DD 626/A1400B/2025

DEL 22/10/2025

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400B - SANITA'**

OGGETTO: Revisione Linee guida inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri RCT/O delle ASR. Revoca della Determinazione dirigenziale n. 700/DB2000 del 7 agosto 2014 e approvazione delle nuove “Linee Guida inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi delle ASR”.

La Regione Piemonte, ai sensi dell’articolo 21 della legge regionale 14 maggio 2004 n. 9 (legge finanziaria per l’anno 2004), così come modificato dall’articolo 23 della legge regionale 23 aprile 2007, n. 9 (legge finanziaria per l’anno 2007), dall’articolo 15 della legge regionale 27 dicembre 2010, n. 25 (legge finanziaria per l’anno 2011) e dall’articolo 32 della legge regionale n. 10 del 11 luglio 2011 (disposizioni collegate alla legge finanziaria per l’anno 2011), promuove la predisposizione di strumenti idonei a migliorare l’efficienza e l’economicità nella gestione dei rischi di responsabilità civile delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR) e, a tal fine, gestisce, direttamente o tramite l’individuazione di una o più ASR cui attribuire il relativo incarico, un programma assicurativo regionale che comprende un fondo speciale sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative.

Con deliberazione n. 5-1638 del 6 ottobre 2025, la Giunta regionale ha approvato, ai sensi del citato art. 21 della legge regionale 9/2004 e s.m.i., gli elementi costitutivi del Programma regionale 2026-2028 per la copertura dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR come di seguito individuati:

- durata del Programma: 3 anni con opzione di rinnovo per ulteriori due annualità;
- franchigia aziendale: Euro 5.000,00 (non rientra nel programma regionale ed è posta a carico delle ASR);
- massima esposizione finanziaria per anno (Fondo regionale): Euro 27.000.000,00 (rappresenta la massima esposizione annua per l’Assicurato oltre la quale interviene l’Assicuratore), salva l’ipotesi in cui, all’esito della gara – in mancanza di offerte presentate in relazione all’opzione principale – si debba aderire all’opzione subalterna procedendo ad un incremento del Fondo regionale ad Euro 31, 5 milioni;
- franchigia SIR: Euro 395.000,00 e scoperto oltre SIR 39% con il massimo di Euro 500.000,00 per sinistro (rappresentano, rispettivamente, la franchigia per singolo sinistro al di sopra della quale

interviene l'Assicuratore e la percentuale a carico del Fondo regionale per la parte dei sinistri eccedente Euro 395.000,00).

Con riferimento al modello organizzativo-gestionale dei sinistri RCT/O delle ASR, con deliberazione n. 35-9620 del 15 settembre 2008 e s.m.i., la Giunta regionale ha definito, relativamente alle varie fasi del processo di gestione dei sinistri rientranti per valore nei limiti del Fondo, un modello organizzativo che attribuisce la responsabilità gestionale a cinque Comitati di gestione appositamente costituiti nell'ambito delle seguenti Aree di coordinamento sovrazonale:

- 1) Area sovrazonale TO – Aziende ospedaliere (comprende A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino; A.O. Mauriziano di Torino; A.O.U. S. Luigi Gonzaga di Orbassano);
- 2) Area sovrazonale TO – Aziende Sanitarie (comprende le AA.SS.LL. TO1, TO2, TO3, TO4 e TO5);
- 3) Area sovrazonale CN (comprende le AA.SS.LL. CN1, CN2 e l'AO SS. Croce e Carle di Cuneo);
- 4) Area sovrazonale AT, AL (comprende le AA.SS.LL. AT, AL e l'A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria);
- 5) Area sovrazonale BI, NO, VC e VCO (comprende le AA.SS.LL. VC, BI, NO, VCO e l'AOU Maggiore della Carità di Novara).

Con deliberazione n. 55-12646 del 23 novembre 2009, la Giunta regionale, in conformità alle indicazioni di cui alla D.G.R. n. 35-9620 del 15 settembre 2008, ha avviato, con decorrenza 1 gennaio 2010, una prima fase di sperimentazione del modello organizzativo-gestionale dei sinistri di cui al citato atto, affidando ai Comitati di gestione di ogni Area di coordinamento sovrazonale la responsabilità gestionale dei sinistri afferenti alle ASR della propria area di valore compreso fra 1.500,00 Euro e 30.000,00 Euro. A conclusione della prima fase di sperimentazione si provvedeva ad un ampliamento progressivo della competenza dei Comitati con l'obiettivo di ridurre l'esborso connesso alla gestione esternalizzata dei sinistri nonché di contenere le spese peritali legali razionalizzando il ricorso a consulenze esterne medico-legali e specialistiche.

Con deliberazione n. 55-1362 del 29 dicembre 2010 e s.m.i., la Giunta regionale ha disposto, altresì, un'integrazione del modello organizzativo gestionale sopra delineato, prevedendo la costituzione, presso l'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, di un Comitato regionale di gestione sinistri con compiti di:

- coordinamento operativo del programma assicurativo regionale per la gestione dei rischi sanitari;
- monitoraggio periodico del lavoro svolto e supporto professionale amministrativo-legale e medico-legale a favore dei Comitati di gestione delle Aree di Coordinamento Sovrazonale allo scopo di garantire il rispetto dei principi di buona pratica liquidatoria;
- formulazione di proposte di linee guida di raccordo e regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri.

Con determinazione dirigenziale n. 75/DB2000 del 3 febbraio 2014, in conformità alle previsioni di cui alla DGR n. 55-1362 del 29 dicembre 2010 e n. 25-6992 del 30 dicembre 2013, si è formalmente provveduto alla costituzione del Comitato Regionale Gestione Sinistri nonché alla nomina dei componenti ed alla regolamentazione delle relative attività, prevedendo che lo stesso, presieduto dal Direttore della Direzione regionale Sanità, o da suo delegato, fosse composto da professionisti delle diverse Aree di coordinamento sovrazonale delle ASR in possesso di comprovata competenza e pluriennale esperienza.

Con deliberazione n. 54-4528 del 29 dicembre 2016 la Giunta regionale, dopo una prima fase di sperimentazione avviata con le DD.G.R. n. 55-12646 del 23 novembre 2009 e n. 21-6940 del 23 dicembre 2013 ha previsto, in conformità alle previsioni di cui alla DGR n. 22-3475 del 13 giugno 2016, l'assunzione da parte dei Comitati di gestione sinistri costituiti presso le Aree di

coordinamento sovrazonale della responsabilità gestionale di tutti i sinistri rientranti per valore nei limiti del Fondo regionale. Il citato provvedimento prevede, altresì, con riguardo ai sinistri rientranti per valore nei limiti del fondo ed eccedenti il valore di Euro 250.000 per sinistro, che il Comitato sovrazonale può avvalersi, per la definizione del sinistro, del supporto professionale amministrativo-legale e medico-legale del Comitato regionale di gestione dei sinistri.

Con determinazione dirigenziale n. 602/A1400B del 9 settembre 2024 è stata rinnovata la composizione del Comitato regionale gestione sinistri di cui alla D.D. n. 75/DB2000 del 3 febbraio 2014, demandando al Settore Affari generali e giuridico legislativo della Direzione regionale Sanità il coordinamento ed il monitoraggio dei lavori, nonché gli adempimenti amministrativi necessari a garantirne il corretto funzionamento.

Considerato che:

- L'art. 1, comma 538, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e s.m.i. dispone che *“La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente”*. Per la realizzazione di tale obiettivo, le Aziende Sanitarie Regionali esercitano la funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*) di cui al successivo comma 539;

- la legge 8 marzo 2017 n. 24 recante *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, all'articolo 10 dispone che *“le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono essere provviste di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, ai sensi dell'art. 27, comma 1 bis, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso le strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche e private”*;

- il decreto del Ministero delle Imprese e del Made in Italy n. 232 del 15 dicembre 2023 ha determinato i requisiti minimi delle polizze assicurative per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private e per gli esercenti le professioni sanitarie, i requisiti minimi di garanzia e le condizioni generali di operatività delle altre analoghe misure, anche di assunzione diretta del rischio, e le regole per il trasferimento del rischio nel caso di subentro contrattuale di un'impresa di assicurazione, nonché per la previsione nel bilancio delle strutture di un fondo rischi e di un fondo costituito dalla messa a riserva per competenza dei risarcimenti relativi ai sinistri denunciati. Sul punto, l'art. 16 ha previsto che le ASR istituiscano al proprio interno una struttura con funzione di valutazione dei sinistri in grado di esaminare sul piano medico-legale, nonché clinico e giuridico, la pertinenza e la fondatezza delle richieste presentate alla struttura medesima. Il successivo art. 17 disciplina i principali compiti di tale struttura.

Rilevato che:

risulta necessario garantire, senza soluzione di continuità, l'attuale modello organizzativo-gestionale relativamente alle varie fasi del processo di gestione dei sinistri, in coerenza con le previsioni di cui alla legge 8 marzo 2017, n. 24 e successivo D.M. n. 232 del 15 dicembre 2023, preservando il know how sviluppatosi nelle Aziende e favorendo sempre più uno sviluppo aziendale della consapevolezza del rischio e della corretta gestione dello stesso, a garanzia del sistema sanitario regionale.

Preso atto che, nell'ambito del Comitato regionale di gestione sinistri di cui alla determinazione dirigenziale 602/A1400B/2024, sono state ridefinite le Linee Guida di gestione dei sinistri al fine di adeguare il modello di cui alla determinazione dirigenziale n. 700/DB2000 del 7 agosto 2014 all'attuale assetto normativo e giurisprudenziale.

Attestato che, ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024 ed in esito all'istruttoria sopra richiamata, il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, in quanto le disposizioni qui contenute non comportano spese aggiuntive a carico del bilancio regionale atteso l'utilizzo di risorse professionali qualificate presenti nell'ambito delle Strutture competenti a livello regionale e del Servizio sanitario regionale.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

Tutto ciò premesso,

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Visto il D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001;
- Vista la L. n. 208 del 28 dicembre 2015;
- Vista la L. n. 24 del 8 marzo 2017;
- Visto il D.M. n. 232 del 15 dicembre 2023;
- Vista la L.R. n. 23 del 28 luglio 2008;
- Vista la L.R. n. 9 del 14 maggio 2004 e s.m.i.;
- Vista la D.G.R. n. 35-9620 del 15 settembre 2008;
- Vista la D.G.R. n. 55-12646 del 23 novembre 2009;
- Vista la D.G.R. n. 55-1362 del 29 dicembre 2010;
- Vista la D.G.R. n. 21-6940 del 23 dicembre 2013;
- Vista la D.G.R. n. 25-6992 del 30 dicembre 2013;
- Vista la D.G.R. n. 22-3475 del 13 giugno 2016;
- Vista la D.G.R. n. 54-4528 del 29 dicembre 2016;
- Vista la D.D. n. 75/DB2000 del 3 febbraio 2014;
- Vista la D.D. n. 700/DB2000 del 7 agosto 2014;
- Vista la D.D. n. 602/A1400B del 9 settembre 2024;

determina

- di approvare le nuove *“Linee Guida inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi delle ASR”*, Allegato A) al presente provvedimento a farne parte sostanziale, revocando la precedente D.D. n. 700/DB2000 del 7 agosto 2014;
- di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Sanitarie Regionali affinché le stesse provvedano all'implementazione delle azioni di competenza ivi previste;

- che il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, per le motivazioni espresse in premessa.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

IL DIRETTORE (A1400B - SANITA')
Firmato digitalmente da Antonino Sottile

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. all._A_Linee_guida_gestione_sinistri.pdf

Allegato



¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

DI RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

DELLE AZIENDE SANITARIE

DELLA REGIONE PIEMONTE

Art. 1 – Ambito applicativo e finalità

La Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 21 della legge regionale 14 maggio 2004, n. 9 e s.m.i., ha disciplinato ed attuato, sin dal 2005, un programma per la gestione dei rischi di responsabilità civile delle Aziende Sanitarie Regionali (ASR), che comprende un Fondo speciale regionale sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative.

Il Programma prevede l'istituzione, a livello sovra-aziendale, di Comitati di Gestione dei Sinistri, cui compete l'attività gestionale dei sinistri ricadenti nel Fondo speciale regionale e, a livello regionale, di un Comitato regionale gestione sinistri con compiti di indirizzo e coordinamento operativo del Programma regionale di copertura rischi RCT/O del SSR.

Le presenti Linee Guida definiscono una procedura condivisa per la gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi delle ASR attraverso la stesura di un modello organizzativo-gestionale la cui applicazione consenta di pervenire, nel congruo e comunque più breve tempo possibile, alla corretta disamina e gestione delle richieste di risarcimento ed all'eventuale liquidazione del danno, con modalità confacenti alla natura ed alla complessità di ciascun evento, nel rispetto dei principi della buona pratica liquidativa.

Le Linee Guida disciplinano, altresì, la regolamentazione dei rapporti tra Società assicuratrice ed Aziende Sanitarie contraenti ai sensi dell'art. 15 del DM 15 dicembre 2023, n. 232.

Art. 2 – Principi generali

La procedura di gestione dei sinistri dev'essere improntata a criteri di professionalità, economicità, efficienza e affidabilità.

Gli obiettivi principali da perseguire nell'ambito della procedura devono consistere nel:

- vagliare tempestivamente l'ammissibilità, la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento dei danni e curare la migliore strategia di gestione, coinvolgendo le professionalità necessarie nell'analisi del sinistro, al fine di consentire l'identificazione delle cause e delle responsabilità nonché di permettere una corretta quantificazione del danno, tenendo conto dell'impatto economico che ne consegue;
- favorire la sollecita definizione delle pratiche a difesa della posizione aziendale aderendo, ove necessario, alle procedure di definizione alternative delle controversie di cui all'art. 8 della L. 24/2017 e s.m.i.

Sono Parti coinvolte nella presente procedura:

- le Aziende Sanitarie Regionali (ASR);
- i Comitati di gestione dei sinistri delle Aree di coordinamento sovrazonale individuati dai provvedimenti amministrativi regionali;
- il Comitato regionale gestione sinistri;
- il Broker assicurativo, ove previsto;
- i Soggetti Danneggiati e/o i loro Legali rappresentanti;
- la/e Società di Assicurazioni *pro tempore* che prestano le garanzie per la/e polizza/e previste dal Programma Assicurativo Regionale sottoscritte nel rispetto dei limiti e dei principi di cui al L. 24/2017 e del D.M. 232/2023 s.m.i.

La competenza gestionale tra i vari soggetti è determinata dal “*petitum*” in termini monetari, se già espressi, ovvero dalla quantificazione del danno biologico, risultante da perizia medico-legale o da altri danni risultanti dalla richiesta di risarcimento. Qualora, nel corso dell’istruttoria, pervenga o sia precisata una richiesta risarcitoria che esula dalla competenza del soggetto inizialmente designato alla gestione, quest’ultimo deve immediatamente trasferire la pratica al nuovo soggetto competente, dandone comunicazione alle altre parti coinvolte.

Art. 3 – Comitato di gestione dei sinistri – Componenti, ruolo e competenze

Al Comitato gestione sinistri (CGS) compete la valutazione dei sinistri afferenti alle ASR dell’Area sovrazonale di competenza e rientranti nei limiti di valore definiti dai provvedimenti amministrativi regionali, nonché dalle Polizze RCT previste dal programma assicurativo regionale, e comunque nell’ambito del Fondo Speciale regionale.

Il CGS è un organismo privo di soggettività giuridica ma dotato di autonomia funzionale, amministrativa, di carattere consultivo, che esprime parere obbligatorio ma non vincolante sulla richiesta risarcitoria di ciascuna ASR afferente.

Si rapporta esclusivamente con le Aziende, per il tramite dei rispettivi componenti in seno al CGS, senza alcun potere rappresentativo e/o di interlocuzione nei confronti di terzi soggetti (danneggiati e/o loro legali) verso i quali i rapporti dovranno esser tenuti direttamente ed esclusivamente dalle singole ASR.

Il CGS è composto da qualificate e referenziate professionalità medico-legali, medico-specialistiche, legali o giuridico-amministrative nominati da ciascuna ASR in numero massimo di 3 (di cui 1 professionalità medico-legale o dirigente medico, 1 professionalità legale o giuridico-amministrativa dell’ufficio aziendale incaricato della gestione dei sinistri e 1 risk manager), fatta salva l’individuazione di altrettanti membri con funzione supplente. Compete a ciascuna ASR la nomina e la sostituzione dei propri componenti/supplenti nell’ambito del CGS, che verranno comunicati al Coordinatore del Comitato per la relativa presa d’atto.

Con riguardo alla figura del perito (Loss Adjuster), qualora non presente all'interno delle ASR, la relativa funzione potrà essere garantita all'interno del CGS dalle professionalità messe a disposizione dal Broker/Assicuratore.

Ciascuna ASR autonomamente individua, per i propri componenti in carica nei CGS, le modalità da applicare ed il regime giuridico da osservare per la presenza alle sedute di lavoro e per le attività di studio dei casi propedeutiche alle sedute programmate.

Il CGS si avvale di un Ufficio di Segreteria, costituito presso l'ASR capogruppo designata da ciascuna Area, composto da almeno 1 risorsa amministrativa cui compete il coordinamento delle attività e degli adempimenti correlati e connessi (a mero titolo esemplificativo si citano le convocazioni delle sedute, la fissazione degli ordini del giorno, la verbalizzazione delle sedute, la predisposizione dei fascicoli pratiche, la tenuta dell'archivio documentazione del CGS, ecc..).

E' ammessa la partecipazione alle sedute del CGS, con funzione consultiva, delle seguenti ulteriori figure professionali:

- un rappresentante della Società di Brokeraggio assicurativo, ove presente;
- un rappresentante della società di Assicurazioni, in ottica di buona collaborazione gestionale tra le Parti per la gestione condivisa dei sinistri;
- per l'analisi specialistica di casi specifici può essere prevista l'integrazione di altre professionalità specialistiche.

Fermo restando che le determinazioni assunte dal Comitato sono espresse collegialmente e che i singoli componenti del CGS assumono solidale responsabilità in merito alle valutazioni formulate, viene individuato, tra i componenti, con cadenza biennale, un Coordinatore con ruolo di rappresentanza del Comitato.

Il CGS si riunisce di norma con cadenza mensile (sulla base della frequenza delle richieste di risarcimento danni ed in relazione allo status istruttorio delle stesse) nella sede dell'ASR capogruppo designata da ciascuna Area; di ogni seduta dev'essere redatto apposito verbale.

Nel corso delle riunioni il CGS procede alla disamina delle pratiche di sinistro istruite dai competenti Uffici di ciascuna ASR dell'Area; ai componenti dell'ASR in seno al Comitato compete, in qualità di referenti, la relazione conclusiva per ciascun sinistro afferente alla propria Azienda.

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

Il CGS è deputato alla disamina delle pratiche di danno istruite dalle ASR e presentate in seduta dai rappresentanti dell'Azienda interessata, al fine di pervenire alla:

- proposta motivata di reiezione dei danni non ammissibili e/o non risarcibili;

- proposta motivata di liquidazione transattiva del danno e delle spese da notificare all'ASR che, effettuate le comunicazioni di cui all'art. 13 L. 24/2017 e s.m.i., salvo valutazione difforme corredata da documentazione tecnica ad hoc che renda opportuno il riesame della pratica in seno al Comitato, potrà provvedere al formale inoltro dell'atto di transazione al Danneggiato e alle Parti/Soggetti interessati. Nel caso in cui il riesame della pratica da parte del CGS si concluda con la conferma del parere già reso, la gestione del sinistro transiterà all'ASR;
- proposta motivata dell'opportunità di resistenza in giudizio a fronte di richiesta risarcitoria o di controproposta in linea transattiva del Danneggiato ritenuta non equa ed incongrua. Nella valutazione della congruità della controproposta del Danneggiato si dovrà tener conto dell'entità del possibile "rischio causa" come desumibile dalla giurisprudenza più recente su eventi analoghi, nonché i maggiori costi derivanti dalle spese di resistenza in giudizio;
- ogni ulteriore valutazione derivante dal riesame della pratica e/o da nuove richieste del Danneggiato.

Il CGS, fermo restando che è da ritenersi preferibile l'affidamento dell'incarico di patrocinio alla Struttura Legale interna dell'Azienda interessata e dell'incarico di consulenza tecnica peritale a Medici Legali-Specialisti in organico alla stessa Azienda – o ad altre ASR facenti parte dello stesso Comitato che svolgeranno l'incarico nell'ambito del proprio ruolo istituzionale – può proporre il ricorso a prestazioni professionali di legali e di periti esterni alle ASR, sia per le valutazioni in sede di gestione stragiudiziale delle richieste danni connotate da particolare complessità - tale da richiedere un approccio peritale di alta specializzazione ed esperienza professionale specifica al caso - sia nel caso di instaurazione di azioni giudiziali per i sinistri di valore compreso nel Fondo speciale regionale.

I legali/periti esterni potranno essere attinti da elenchi formati a livello regionale in conformità alla normativa vigente, sulla base di parametri tariffari previamente definiti.

L'onere di spesa per il ricorso a prestazioni professionali di legali e di periti esterni alle Aziende facenti capo al CGS è addebitato sul bilancio dell'ASR richiedente, fatto salvo quanto precisato al successivo art. 6.

Nel caso in cui il sinistro coinvolga più strutture afferenti Comitati differenti, le ASR capogruppo designate da ciascuna Area si coordineranno per la gestione del caso, eventualmente convocando una seduta comune per condividere la discussione/strategia del sinistro. In caso di mancato accordo tra le Strutture coinvolte il sinistro verrà portato all'attenzione del Comitato Regionale Gestione Sinistri a cui verrà demandata la decisione finale in merito alla definizione dello stesso.

Nel caso di vertenza giudiziale penale, ferma restando l'istruttoria della pratica da parte delle ASR con correlato invio della documentazione al CGS la designazione del legale e l'affidamento dell'incarico di patrocinio compete direttamente all'Azienda interessata, previa intesa con i dipendenti coinvolti, nel rispetto della procedura prevista dai vigenti CCNL, anche per quanto riguarda l'imputazione delle spese.

Nel caso di convocazione dell'ASR e/o dei Sanitari davanti ad un Organismo di Mediazione ex D.Lgs. n. 28/2010 e s.m.i. spetterà al CGS esprimere parere in merito ai sinistri di competenza, in coerenza con le previsioni di cui all'art. 12-bis del predetto decreto legislativo. Le valutazioni in merito al sinistro effettuate nell'ambito del CGS, costituiranno la base per qualsiasi decisione relativa alla richiesta di risarcimento danni in sede di mediazione; eventuali nuovi elementi idonei a modificare le valutazioni già effettuate saranno presentate e ridiscusse in sede di CGS per l'eventuale rivalutazione del caso. Ove i tempi fissati per l'incontro preliminare non consentano di presentare tempestivamente la pratica al CGS per il rilascio del relativo parere, ogni valutazione circa la partecipazione è rimessa all'ASR, fatta salva l'immediata comunicazione al CGS delle decisioni assunte, per la successiva presa d'atto.

L'ASR competente, o eventualmente l'Ufficio di Segreteria, predispone, per ogni sinistro gestito, una scheda riassuntiva delle motivazioni della decisione proposta con descrizione sintetica dell'evento di danno, delle conclusioni dei Periti e delle relazioni del Personale Dipendente coinvolto e con la precisazione delle ragioni di opportunità della transazione proposta o della resistenza in giudizio o della reiezione della richiesta nonché di ulteriori indicazioni in tema di eventuali azioni di rivalsa e di compartecipazione al danno degli Assicuratori interessati. Il CGS, inoltre, all'esito dell'istruttoria, apporrà per ogni sinistro la quantificazione economica presunta (riserva) che verrà trascritta nel verbale dell'adunanza o nelle schede riassuntive.

Il verbale delle sedute e ciascuna scheda riassuntiva dei sinistri vengono inviati, entro 15 giorni dalla data del CGS, all'ASR interessata. Se nei successivi 15 giorni non vengono richieste modifiche, il verbale si intende approvato.

Art. 4 - Comitato Regionale di Gestione dei Sinistri (CRGS) – Componenti, ruolo e competenze

Con DGR n. 55-1362 del 29 dicembre 2010 è stata prevista l'istituzione del Comitato Regionale di Gestione dei Sinistri (CRGS).

Il CRGS è presieduto dal Direttore *pro tempore* della Direzione regionale Sanità, o da suo delegato, ed è composto da risorse professionali presenti nelle strutture competenti a livello regionale e del Servizio Sanitario Regionale qualificate e referenziate per esperienza maturata e professionalità posseduta nell'ambito della medicina legale e assicurativa, della gestione dei sinistri e del contenzioso sanitario e nella gestione di programmi di tutela assicurativa.

Nell'ambito dell'espletamento delle proprie funzioni, il CRGS potrà avvalersi della collaborazione di professionisti esperti in valutazione e liquidazione dei danni (*loss adjuster*) e di programmi assicurativi (*broker* assicurativo) in qualità di componenti aggiuntivi.

Il CGRS è titolare dei seguenti compiti:

- coordinamento operativo del Programma regionale di copertura rischi RCT/O del SSR;
- monitoraggio periodico e supporto professionale ai vari CGS;
- formulazione di proposte di linee guida di raccordo e di regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri.

Con DGR n. 22-3475 del 13 giugno 2016, contestualmente all'ampliamento delle competenze dei singoli CGS, è stato previsto per i sinistri di competenza del Fondo ed eccedenti l'importo di Euro 250 mila che i CGS possano avvalersi del supporto professionale amministrativo-legale e medico-legale del CRGS.

Il CRGS potrà, altresì, intervenire nel caso di sinistri che coinvolgano più strutture afferenti a CGS differenti qualora le strutture stesse non pervengano ad una soluzione condivisa della vertenza.

Sarà cura di ciascuna ASR, acquisito il parere favorevole del CGS di appartenenza, inoltrare la pratica al CRGS completa di tutta la documentazione necessaria per la sua disamina, e ad illustrarla tramite proprio rappresentante in occasione di apposita seduta che verrà fissata entro 30 giorni dalla richiesta (ed alla quale presenzieranno, ove necessario, anche i rappresentanti dell'Assicuratore ed il Broker). Il CRGS, entro i successivi 15 giorni, rilascerà il parere richiesto all'ASR interessata, che provvederà a ripresentare la pratica al successivo CGS per la valutazione di competenza.

Art. 5 - Procedura di gestione dei sinistri

Ogni ASR è titolare delle attività di istruttoria amministrativa correlabili alla ricezione di una richiesta di risarcimento danni nonché delle funzioni di coordinamento con le attività dei CGS, della Società di Assicurazioni e dell'eventuale Broker di seguito indicate:

- presa in carico della pratica di sinistro previa verifica della completezza del fascicolo e dell'ammissibilità della richiesta risarcitoria;
- comunicazione dell'apertura della pratica al CGS di afferenza ed alla Società di assicurazioni, in relazione ai sinistri di rispettiva competenza, nonché al Broker ove presente, per ogni adempimento connesso con la gestione della vertenza;
- contestuale comunicazione dell'apertura del sinistro al Danneggiato, con l'eventuale indicazione, qualora possibile, del soggetto legittimato alla gestione della posizione, il quale sarà identificato in base al "*petitum*", come meglio precisato al successivo art. 6, o alle tipologie indicate nel contratto di Assicurazione. In assenza di quantificazione del danno e comunque in ogni caso di iniziale impossibilità di individuare con certezza il soggetto designato alla gestione, la comunicazione dovrà essere preceduta da apposita richiesta di integrazioni da parte dell'ASR;

- trasmissione alla parte istante dell'informativa al trattamento dei dati personali e sensibili *ex* GDPR 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., che contempli, tra i soggetti che tratteranno i dati, anche la Regione, la Compagnia assicurativa, l'eventuale Broker, nonché tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano la necessità di trattare tali dati;
 - acquisizione, nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento - e comunque di norma entro 30 giorni - della documentazione che, in funzione della specifica tipologia di sinistro, risulta necessaria per la compiuta istruttoria della pratica e precisamente:
 - copia integrale della documentazione sanitaria, descrizione della tipologia del danno subito e dei fatti addebitabili a responsabilità aziendale, eventuale relazione medico-legale redatta dal fiduciario del Danneggiato, quantificazione economica del danno in tutte le sue componenti;
 - autocertificazione *ex art.* 142 comma 2 D.Lgs. 209/2005 attestante che il Danneggiato non ha diritto ad alcuna prestazione da parte di istituti che gestiscono assicurazioni sociali obbligatorie;
 - ogni ulteriore utile documentazione ai fini della compiuta istruttoria del caso (relazioni sullo stato dei luoghi; eventuali dichiarazioni testimoniali; eventuali procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna; in caso di caduta di pazienti ricoverati, relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi, ecc.).

Trascorsi 60 giorni dalla data del primo invio del modulo, in assenza di riscontro della controparte, la posizione dovrà considerarsi in passiva attesa;
 - apposizione di un valore di riserva iniziale del sinistro, di regola entro quindici giorni dalla ricezione della pratica, e successiva rivalutazione costante (almeno semestrale) in coerenza con l'evoluzione istruttoria del sinistro (acquisizione della perizia medico-legale di parte, acquisizione della relazione sul sinistro da parte dell'ASR o della Compagnia, ecc). A prescindere dall'evoluzione istruttoria dei casi, è fatto dovere alle ASR di procedere a una rivalutazione delle riserve apposte sui singoli sinistri alla data del 15/03 e del 15/09;
 - tenuta della corrispondenza con i professionisti sanitari – o con i responsabili delle strutture interessate – sia per l'acquisizione della documentazione istruttoria, sia per la comunicazione degli elementi rilevanti del percorso gestionale del sinistro, dalla sua instaurazione sino alla sua definizione. L'ASR trasmette agli esercenti la professione sanitaria coinvolti nel sinistro comunicazione ai sensi dell'art. 13 L. 24/2017 e s.m.i. entro 45 giorni dalla notifica dell'atto introduttivo del giudizio (compreso l'invito alla mediazione *ex* D.Lgs. 28/2010) o - prima dell'avvio delle trattative con la parte - entro 45 giorni dal ricevimento del verbale con cui il CGS ha valutato l'opportunità di effettuare una proposta transattiva.
- Decorsi 10 giorni dalla comunicazione agli esercenti la professione sanitaria si può dare avvio alle trattative, salvo casi di comprovata urgenza in cui i termini possono essere ridotti per non pregiudicare l'esito delle trattative.

L'individuazione dei professionisti sanitari destinatari delle comunicazioni ex art. 13 della Legge 24/2017 e s.m.i. è effettuata dalle singole ASR sulla base delle contestazioni sollevate dalla parte danneggiata ovvero degli esiti dell'istruttoria medico legale espletata, anche avvalendosi delle indicazioni del proprio medico legale e/o della direzione sanitaria, ovvero della Società di assicurazioni per i sinistri eccedenti la SIR o in gestione dell'Assicuratore.

L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui all'art. 13 L. 24/2017 e s.m.i. preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa. E', pertanto, importante che nelle procedure aziendali per la gestione delle richieste risarcitorie siano disciplinati i percorsi formali che garantiscano un'efficace gestione anche di questo adempimento, così come le modalità di un'eventuale partecipazione alle trattative dei professionisti interessati;

- acquisizione degli estremi delle polizze assicurative personali dei dipendenti dell'ASR interessati dal sinistro, ai sensi degli artt. 1203 e 1910 e segg. c.c.; le richieste relative alle polizze personali dei dipendenti prescindono dall'accertamento della responsabilità ma sono inoltrate in applicazione delle previsioni normative richiamate, fermo restando l'onere a carico di ciascun dipendente di effettuare le relative denunce;
- contatti con le parti danneggiate e/o con i loro studi legali per la formulazione di riserve, eccezioni, controdeduzioni rispetto alle doglianze ed alle pretese risarcitorie presentate, nonché per acquisire informazioni ed elementi utili a verificare la disponibilità transattiva della controparte;
- trasmissione della richiesta agli uffici aziendali competenti per la gestione del rischio clinico;
- tempestiva registrazione delle denunce e costante aggiornamento dei sinistri afferenti l'ASR sull'applicativo regionale SIMES, in conformità alle prescrizioni e nel rispetto dei termini stabiliti dai provvedimenti regionali, e predisposizione dei bordereaux contenenti i seguenti principali dati:
 - a) anagrafica: Azienda, controparte, dipendenti coinvolti, Assicuratori;
 - b) date: evento, richiesta di risarcimento, denuncia, definizione;
 - c) descrizione: tipologia, specialità, presidio;
 - d) importo: preventivo iniziale, riserva aggiornata, ammontare pagato per spese e risarcimento;
 - e) stato del sinistro: aperto, in sede giudiziale, chiuso senza seguito, definito ma in attesa di pagamento, chiuso con pagamento;
 - f) franchigia applicabile.
- completamento dell'istruttoria della pratica (corredata di valutazione medico-legale) e trasmissione della pratica debitamente istruita al CGS, per i sinistri di sua competenza, entro 30 giorni dal completamento dell'istruttoria;

- richiesta, anche su eventuale suggerimento del CGS per i sinistri di competenza, di azioni ed iniziative istruttorie, quali l'acquisizione di perizie medico-legali integrative, l'affidamento a consulenti di parte ASR delle valutazioni pertinenti alla definizione del caso, ivi compresa la convocazione del danneggiato a visita specialistica per stabilirne grado e percentuale di invalidità/inabilità;
- definizione della presunta valenza o dell'infondatezza della pretesa risarcitoria sulla base di approfondita disamina delle documentazioni tecniche – cartella clinica, referti, perizie medico-legali di parte e di controparte, relazioni mediche e quant'altro a corredo della pratica – utili e/o decisivi per l'inquadramento del caso;
- rappresentazione dell'entità della lesione denunciata e della sua totale o parziale riconducibilità a *malpractice* sanitaria;
- definizione, con l'ausilio delle tabelle di indennizzo medico-legale, della somma massima ritenuta congrua o, in determinati casi, della forbice entro cui può essere definita tale somma da riconoscere a titolo di risarcimento del danno a fini transattivi;
- comunicazione da parte della singola ASR al CGS, agli Assicuratori, all'eventuale Broker e al soggetto incaricato della liquidazione dei sinistri, della sottoscrizione da parte del Danneggiato dell'atto di transazione del danno con correlato invio del medesimo;
- comunicazione agli esercenti le professioni sanitarie (EPS) dell'importo di definizione del sinistro o dell'eventuale reiezione del sinistro;
- segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti della liquidazione dei sinistri che comportano l'esborso di oneri a carico dell'ASR, per i necessari controlli finalizzati all'eventuale giudizio di responsabilità contabile. La segnalazione potrà essere effettuata mediante la trasmissione - di norma semestrale - alla Corte dei Conti di specifica comunicazione relativa agli esborsi originati nel semestre di riferimento con allegata, per ciascuna pratica di liquidazione di sinistro, di apposita scheda illustrativa contenente gli elementi individuati nel modello allegato alle circolari regionali in materia;
- formulazione ed inoltro di motivata determinazione di reiezione della richiesta risarcitoria ove non risulti configurabile una responsabilità dell'ASR traducibile in un onere risarcitorio di un danno di determinato ammontare da comunicare in relazione alle rispettive competenze anche al CGS, all'Assicuratore, al Broker; trascorsi 24 mesi dall'invio della reiezione a controparte, in assenza di ulteriore attività (reiterazione della domanda risarcitoria, avvio del procedimento) il sinistro verrà chiuso con relativo azzeramento della riserva;
- adozione di atto motivato di recepimento dell'intervenuta soluzione bonaria della vertenza.

Per le attività di istruttoria amministrativa di cui trattasi, le ASR dovranno organizzare una funzione

dedicata individuando all'interno le professionalità previste dall'art. 16 del D.M. 232/2023.

Con riguardo alla figura del perito (Loss Adjuster), qualora non presente all'interno delle ASR, la relativa funzione potrà essere garantita dalle professionalità messe a disposizione dal Broker/Assicuratore.

Art. 6 - Gestione dei sinistri – rapporti tra Aziende Sanitarie Regionali, Società assicuratrice e Broker assicurativo

La gestione dei sinistri, esclusi quelli interamente rientranti nella franchigia fissa a carico di ciascuna ASR – attualmente pari a Euro 5.000,00 – che non concorrono all'erosione del Fondo speciale regionale – avviene in modo condiviso tra ciascuna Azienda contraente – nell'ambito dei CGS - e gli Assicuratori nel rispetto delle procedure di seguito indicate con riguardo ai sinistri rientranti nella SIR ovvero con valore superiore alla SIR.

La società assicuratrice partecipa, tramite uno o più rappresentanti individuati secondo criteri di competenza professionale, alle sedute periodiche dei CGS e, qualora sia richiesta la sua partecipazione, del CRGS.

Le parti dovranno esprimere le proprie valutazioni sull'opportunità di transigere una controversia, ovvero di rigettare una richiesta di risarcimento, secondo criteri di trasparenza, economicità e razionalità, tenendo in considerazione, per ogni specifico caso esaminato:

- le conclusioni medico legali redatte dai propri consulenti (ove occorra corredate dai pareri specialistici);
- il rischio di soccombenza;
- la concreta possibilità di difesa in relazione agli elementi probatori disponibili;
- il quadro normativo di riferimento;
- i precedenti giurisprudenziali che le parti si impegneranno a produrre.

A) Sinistri con valore superiore alla SIR

La gestione delle richieste risarcitorie la cui quantificazione economica risulti superiore alla SIR è assunta congiuntamente:

- dall'assicurato, ossia da ciascuna azienda, dai CGS o dal CRGS;
- dalla società assicuratrice, ossia dal proprio ufficio sinistri o dal soggetto a ciò delegato.

La società assicuratrice dovrà trasmettere all'azienda tutta la documentazione ricevuta dal terzo e necessaria per l'istruzione del sinistro.

La valutazione della quantificazione economica potrà avvenire in ogni stato dell'istruttoria.

La procedura relativa ai sinistri con valore superiore alla SIR trova sempre applicazione nelle seguenti ipotesi:

- decesso di una persona;
- lesione permanente di grado pari o superiore al 50%;
- danni da parto da cui sia derivato un danno biologico uguale o superiore al 50%;
- petitum superiore alla SIR.

L'azienda potrà provvedere all'istruzione congiunta della richiesta danni attraverso la nomina di propri consulenti, i cui costi resteranno a suo carico, concordando eventuali attività comuni con la società assicuratrice (ad es. visita medico legale congiunta sulla persona lesa), che procederà per la sua parte a svolgere la completa istruttoria della richiesta danni.

Gli oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, resteranno a carico della società assicuratrice entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno a cui si riferisce la domanda ed in aggiunta ad esso.

Trattandosi di sinistri con valore superiore alla SIR, la scelta del legale a cui verrà affidato l'incarico di rappresentanza e difesa dell'assicurato dovrà essere sempre preventivamente concordata con la società assicuratrice. A tal fine, la società condivide con le aziende elenchi di professionisti all'interno del quale l'assicurato potrà attingere in tutti i casi in cui sia necessario procedere alla nomina di un legale e/o di un medico-legale.

In ogni caso, la società assicuratrice sosterrà le spese relative alla nomina di un solo legale, salvo eventuali casi di incompatibilità tra le posizioni dei singoli assicurati e il legale prescelto dovrà attenersi alle tariffe preventivamente concordate ed autorizzate dalla società.

Nei casi di supposta incompatibilità tra le posizioni dei singoli assicurati, la società assicuratrice e l'azienda condividono tempestivamente le ipotesi di incompatibilità sulla base di valutazioni congiunte e stabiliscono i criteri per la ripartizione delle spese legali, nel rispetto delle previsioni dei contratti collettivi applicabili.

In relazione alle vertenze aventi ad oggetto la materia penale, la società si farà carico soltanto delle spese legali fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato.

In caso di mediazione l'assicurato, ricevuto l'invito, lo trasmetterà nel più breve tempo possibile alla società assicuratrice che fornirà il nominativo del legale prescelto, al quale dovrà essere rilasciata apposita procura. Eventuali costi della procedura saranno anticipati dall'assicurato e successivamente rimborsati dalla società assicuratrice.

Le considerazioni che precedono producono effetti anche in relazione alla nomina dei professionisti

medico- legali che si renda necessaria in relazione ai giudizi civili e penali, alle procedure di mediazione, nonché in relazione ad ogni altro sistema di risoluzione alternativa delle controversie previsto dall'ordinamento, nell'ambito dei quali l'assicurato sia coinvolto durante il periodo di validità della polizza. Ne consegue che, anche con riferimento ad essi, la nomina del professionista medico-legale ed il limite tariffario dovranno essere preventivamente concordati con la società assicuratrice.

Nei casi in cui all'esito dell'istruttoria il danno dovesse risultare pari o inferiore alla SIR, troverà applicazione la procedura di gestione per i sinistri rientranti nella SIR. Da quel momento, i relativi oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, saranno a carico dell'azienda, fatta eccezione per i costi fino a quel momento sostenuti dalla società, che resteranno a carico della stessa.

Al completamento dell'istruttoria del fascicolo, la società riporterà gli esiti della stessa all'azienda, unitamente ad una proposta di risarcimento o di rigetto della domanda.

La società assicuratrice si impegna ad inviare la medesima proposta alla segreteria del CGS competente con congruo anticipo, almeno 15 giorni antecedenti rispetto alla calendarizzazione della prima adunanza utile; nel caso di mancato rispetto di tale termine la proposta sarà valutata alla successiva adunanza del CGS, dalla quale decorreranno i termini di seguito indicati.

Nel caso in cui la società assicuratrice ritenga che vi siano i presupposti per una definizione transattiva del sinistro, trasmetterà all'azienda e alla segreteria del CGS competente, prima di avviare qualsiasi trattativa con il terzo, una proposta di definizione contenente:

- la dichiarazione di non aver avviato alcun tentativo di transazione con il terzo;
- la quantificazione del sinistro, con specifica indicazione dell'importo massimo e minimo entro cui ipotizzare la transazione;
- una copia della relazione medico-legale acquisita nel corso dell'istruttoria;
- la scheda tecnica contenente:
 - I. le motivazioni di opportunità della transazione;
 - II. l'eventuale giurisprudenza rilevante nel caso oggetto di trattazione;
 - III. gli scenari ipotizzabili in caso di mancata adesione alla transazione.

Entro 30 giorni dal suo ricevimento da parte della segreteria del CGS competente, l'azienda trasmette alla società assicuratrice il verbale approvato dell'ultima adunanza che ha statuito definitivamente la proposta motivata di definizione del sinistro, unitamente agli estremi della comunicazione di cui all'art. 13 Legge n.24/2017 e s.m.i., al fine di autorizzare la società all'avvio delle trattative per la definizione del sinistro con il terzo; in caso contrario, entro il termine sopra richiamato, l'azienda dovrà comunicare alla società e alla segreteria del CGS competente il proprio diniego alla proposta di definizione di cui sopra, evidenziando, in quest'ultima ipotesi, i seguenti aspetti:

- le motivazioni del diniego;
- l'eventuale giurisprudenza rilevante nel caso oggetto di trattazione a supporto del diniego;

- le controdeduzioni agli scenari ipotizzati dalla società in caso di mancata adesione alla transazione.

Nel caso in cui l'azienda non comunichi entro il suddetto termine la propria valutazione di adesione ovvero di diniego, la società assicuratrice potrà procedere alla definizione del sinistro e l'azienda non potrà sollevare eccezioni e dovrà provvedere al pagamento della somma di propria spettanza, previa emissione di quietanza pro-quota. In questo caso, la società resterà, quindi, impegnata esclusivamente per la propria quota parte.

In caso di persistente contrasto tra le parti, troverà applicazione il principio dell'interesse economico prevalente, secondo la procedura di cui all'articolo 7.

Nel caso di adesione dell'azienda alla proposta di definizione del sinistro formalizzata secondo le modalità di cui sopra, la società assicuratrice provvederà alla definizione del sinistro prendendo contatti con il terzo e aggiornando costantemente l'azienda e la segreteria del CGS competente circa gli sviluppi di tale attività.

Qualora sia raggiunta una transazione per un importo pari o inferiore alla SIR, la società assicuratrice trasmetterà all'azienda tutta la documentazione attestante l'avvenuta definizione e quest'ultima provvederà al pagamento dell'intero importo con oneri a carico del fondo speciale regionale nei confronti del terzo, secondo la procedura prevista all'articolo 8.

In caso di mancato, tardivo o parziale pagamento, gli eventuali ulteriori costi resteranno a totale carico dell'azienda.

Sinistri rientranti nella SIR

L'istruzione della pratica e la gestione, in sede stragiudiziale e giudiziale, civile e penale, dei sinistri rientranti nella SIR è assunta da ciascuna azienda, dai CGS o dal CRGS.

Nei casi in cui all'esito dell'istruttoria il danno dovesse risultare superiore alla SIR, troverà applicazione la procedura di gestione per i sinistri eccedenti l'importo della SIR. Da quel momento, i relativi oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, saranno a carico della società assicuratrice, fatta eccezione per i costi fino a quel momento sostenuti dall'azienda sanitaria che resteranno a carico della stessa.

Supporto all'istruttoria dei sinistri rientranti nella SIR

Qualora l'azienda sanitaria, per qualsiasi motivo di carattere organizzativo, richiedesse un supporto per compiere l'attività istruttoria di un sinistro, la società assicuratrice si impegna a sostenere le spese per la visita di un medico-legale e/o specialista designati dall'azienda. Gli oneri e le spese di gestione, giudiziale e stragiudiziale, resteranno, invece, a carico dell'azienda.

Al fine di consentire alla società assicuratrice di svolgere l'attività istruttoria, l'azienda dovrà:

- trasmettere al terzo l'informativa privacy al trattamento dei dati personali di cui alla vigente normativa, estesa anche all'attività che verrà posta in essere dalla società assicuratrice;
- trasmettere alla società assicuratrice tutta la documentazione necessaria alla istruzione del sinistro;
- trattare i sinistri in franchigia nell'ambito delle sedute del competente CGS, a cui parteciperà la società assicuratrice ai fini della acquisizione del relativo parere non vincolante.

In caso di transazione o condanna giudiziale, il pagamento del risarcimento (capitale, interessi e spese) dovuto al danneggiato verrà effettuato direttamente dall'azienda, la cui attività di liquidazione del sinistro sarà attuata con oneri a carico del fondo speciale regionale, fino alla concorrenza dell'importo previsto dalla SIR.

A tal fine l'azienda, acquisito il parere del CGS e approvata la definizione del sinistro, trasmette tutta la documentazione necessaria all'azienda delegata affinché effettui la liquidazione ai sensi dell'articolo 8 e alla società assicuratrice per conoscenza.

Parimenti, la società assicuratrice potrà proporre all'azienda di effettuare l'attività istruttoria di un sinistro, con oneri a proprio carico.

La designazione del medico-legale e/o dello specialista avverrà in ogni caso sulla base di un adeguato elenco proposto dalla società assicuratrice e condiviso con l'azienda.

Art. 7 - Modalità di soluzione dei contrasti tra assicuratori e azienda

Nell'ipotesi in cui le relazioni medico legali redatte dai rispettivi consulenti, unitamente ai pareri specialistici, giungano a differenti conclusioni, la società assicuratrice si impegna, a proprie spese, a produrre un ulteriore parere medico legale che sarà discusso in apposito CGS/CRGS con l'azienda per la ricerca di una strategia liquidativa condivisa.

Nel caso in cui persista un contrasto, le parti potranno ricorrere all'applicazione del principio dell'interesse economico prevalente secondo i criteri di seguito enunciati.

INTERESSE ECONOMICO PREVALENTE

In caso di contrasto tra le parti circa la sussistenza dei profili di responsabilità (contrasto sull'*an debeat*) e di contrasto tra le parti sulla quantificazione del danno (contrasto sul *quantum debeat*), si procederà con l'acquisizione di un parere supplementare redatto da un medico-legale individuato di comune accordo e specializzato in materia di responsabilità sanitaria che non abbia motivi di incompatibilità rispetto al caso.

I quesiti su cui dovrà esprimersi il perito interpellato saranno definiti di comune accordo tra le parti, a cui competerà la trasmissione della relativa documentazione, ciascuna per quanto di competenza.

Le spese di redazione del parere medico legale supplementare saranno a carico di entrambe le parti in eguale misura.

Nel caso in cui il perito interpellato escluda la sussistenza di profili di responsabilità dell'azienda, la richiesta di risarcimento andrà respinta.

Nel caso in cui il perito invece riconosca la sussistenza di profili di responsabilità dell'azienda, dovrà anche fornire una quantificazione potenziale dei postumi permanenti e temporanei ai fini dell'individuazione dell'interesse economico prevalente.

Le conclusioni del perito saranno vincolanti per le parti esclusivamente per la determinazione dell'interesse economico prevalente.

A questo fine si precisa che:

I. prevale l'interesse economico della società assicuratrice nei casi in cui la valutazione del perito e la conseguente quantificazione economica del danno determini un potenziale esborso della società, al netto della SIR e dello scoperto, superiore alla sommatoria dei predetti deducibili.

II. prevale l'interesse economico dell'azienda nei casi in cui la valutazione del perito e la conseguente quantificazione economica del danno determini un potenziale esborso dell'azienda superiore a quello della società assicuratrice, al netto della SIR e dello scoperto; in questo caso la società assicuratrice non potrà procedere alla definizione del sinistro e dovrà attenersi alle indicazioni ricevute dal CGS/CGRS.

Qualora sussista un interesse economico prevalente dell'azienda, resta ferma la possibilità per la società assicuratrice di indicare all'azienda una nuova proposta di definizione, redatta sulla base di nuovi elementi emersi nel corso della successiva attività di gestione, stragiudiziale e giudiziale, del sinistro.

In ogni caso, le parti potranno in qualsiasi momento discostarsi dalle conclusioni della perizia supplementare e trovare una soluzione alternativa condivisa, fornendo ulteriori pareri medico legali e specialistici necessari per l'eventuale rivalutazione del caso, i cui costi resteranno a carico del soggetto che li avrà richiesti.

Art. 8 - Attività di liquidazione dei sinistri con oneri a carico del fondo speciale regionale

Con riferimento alle attività di liquidazione dei sinistri con oneri a carico del fondo speciale regionale, la società assicuratrice e l'azienda, ciascuno per quanto di rispettiva competenza, inoltrano all'azienda sanitaria delegata la seguente documentazione:

- in caso di definizione stragiudiziale, atto di transazione e quietanza sottoscritto dal terzo danneggiato e pertinente documentazione a corredo della pratica di sinistro (ad es. verbale della seduta del CGS);
- in caso di definizione giudiziale e/o innanzi ad organismi di mediazione, sentenza emanata e/o accordo di mediazione raggiunto;
- contabilizzazione analitica delle singole voci da liquidare (importi in linea capitale, fatture per spese legali e/o peritali del terzo danneggiato debitamente quietanzate, spese mediche ammesse a rimborso, ecc.);
- dati anagrafici dei soggetti interessati completi di coordinate bancarie, copie documenti di identità, codice fiscale;
- per soggetti minorenni da risarcire, autorizzazione del tribunale/giudice tutelare.

La liquidazione da parte dell'azienda delegata avverrà entro 30 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione sopra indicata e sarà effettuata in conformità alle previsioni di cui ai provvedimenti amministrativi adottati dai competenti organi regionali, limitatamente agli oneri di spesa che ricadono sul fondo.

L'importo sarà liquidato al danneggiato in linea capitale ed onorari corrisposti al legale-perito della controparte dedotte: la franchigia a carico dell'azienda; gli oneri e spese di resistenza (comprese quelle inerenti la mediazione); gli onorari corrisposti dall'azienda resistente.

L'azienda delegata comunicherà l'avvenuta liquidazione del sinistro, affinché sia tenuto aggiornato lo stato di erosione del fondo speciale regionale.

La società assicuratrice, ricevuta la comunicazione dell'avvenuta liquidazione da parte dell'azienda delegata, provvede ad aggiornare la posizione sul proprio gestionale.

Art. 9 - Attività di rendicontazione

Le ASR, ai sensi dell'art. 17 del D.M. 232/2023, identificano annualmente i principali rischi di responsabilità civile in ambito sanitario cui le stesse sono esposte e le azioni necessarie per la loro mitigazione senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Le ASR hanno il compito di valutare, gestire e monitorare i rischi in un'ottica attuale e prospettica, anche al fine di fornire all'assicuratore le informazioni minime sul rischio specifico da assicurare per la corretta quotazione del premio, attraverso un processo di analisi che include una valutazione sia delle prestazioni sanitarie offerte sia dell'utenza che ne usufruisce.

Per la determinazione del fondo rischi e del fondo riserva sinistri, i processi di valutazione sono effettuati su base continuativa, anche per tenere conto dell'insorgenza di nuovi rischi nascenti dall'offerta di nuove prestazioni sanitarie o dal mutamento di quelle già fornite.

Le attività di cui trattasi potranno essere gestite nell'ambito di una funzione aziendale dedicata che sarà preposta, oltre che alla gestione dei sinistri, anche alla valutazione degli eventi avversi suscettibili di determinare una potenziale esposizione economica per l'azienda.

Le ASR predispongono una relazione annuale sull'adeguatezza ed efficacia dei processi di valutazione dei rischi, sul raffronto tra le valutazioni effettuate e i risultati emersi, nonché sulle criticità riscontrate, proponendo i necessari interventi migliorativi.

Al fine di garantire la costante e corretta implementazione dei dati relativi ai sinistri sull'applicativo regionale SIMES, resta a carico delle singole Aziende l'aggiornamento puntuale dei dati relativi ai sinistri di competenza. Alla società assicuratrice compete, altresì, l'onere dell'aggiornamento dei sinistri con valore superiore alla SIR - tramite la condivisione dei dati informativi – con particolare riferimento allo stato della pratica, al valore di riservazione ed all'importo effettivamente liquidato - con la Regione Piemonte e l'Azienda Sanitaria interessata attraverso un tracciato condiviso e/o un sistema di interoperabilità.

Art. 10 - Trasparenza

Le Aziende Sanitarie Regionali, ai sensi dell'art. 4, comma 3, della Legge 24/17, rendono disponibili, mediante pubblicazione nel proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, verificati nell'ambito dell'esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*), di cui all'articolo 1, comma 539, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 e ss.mm.ii.