



PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI ASL BRESCIA

PREMESSA

COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

Il Comitato Valutazione Sinistri è un comitato multidisciplinare ristretto, strutturato all'interno del Gruppo di Coordinamento per l'attività di gestione del rischio (Risk Management) dell'ASL. Le funzioni che i due organismi, indipendenti fra loro, devono svolgere all'interno dell'Azienda sono integrate e coordinate, mentre il Gruppo di Coordinamento rappresenta il riferimento per tutta la gestione del rischio in Azienda, il CVS si occupa della specifica tematica relativa alla gestione dei sinistri e quindi delle richieste di risarcimento.

L'obiettivo del CVS è la minimizzazione dell'impatto economico del sinistro, attraverso le seguenti attività:

- organizzazione della raccolta di informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri, garantendo il rispetto degli obiettivi di mappatura riportati nella Circolare Regionale 46/San del 27/12/2004 e successive;
- pronta valutazione, in presenza di richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare nel contenzioso giudiziario;
- valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni (in termini di responsabilità e impatto economico) arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri, anche in un'ottica preventiva;
- integrazione della procedura di rilevazione e raccolta dei dati necessari ad un'efficace gestione dei sinistri;
- verifica dei data-base esistenti ed eventuale proposta di integrazione, al fine di renderli efficaci per la gestione delle statistiche sinistri necessarie al mercato assicurativo o ad altri soggetti che gestiranno in futuro i rapporti con pazienti danneggiati;
- gestione dei rapporti con i danneggiati e/o i loro studi legali per una composizione stragiudiziale della vertenza, al fine di addivenire ad un accordo diretto Azienda-danneggiati (ove la polizza preveda una franchigia e la gestione dei relativi sinistri non sia demandata alla compagnia);
- contributo alla definizione della politica assicurativa aziendale.

I componenti del CVS devono essere rappresentativi delle seguenti aree interne ed esterne all'Azienda:

- Direzione Sanitaria
- Risk Manager
- Ufficio Approvvigionamenti
- Servizio Medicina Legale
- Servizio Legale
- Compagnia di assicurazione
- Società di brokeraggio.

I nominativi del coordinatore e dei componenti del CVS sono deliberati dall'Azienda e, se ritenuto necessario, potrà essere prevista un'integrazione con altre professionalità aziendali per affrontare casi specifici.

La necessità di creare un gruppo multidisciplinare nasce dall'esigenza di interrompere la tendenza al frazionamento delle informazioni e delle attività, radunando intorno ad un tavolo comune tutte le figure professionali implicate nella risoluzione della problematiche. La gestione di un sinistro necessita di tempi codificati, normati a livello legislativo, rigore documentale che, in assenza di un supporto clinico-gestionale, come accade per esempio quando si riscontra una lacunosa consulenza nell'interpretazione del dato clinico o il mancato invio di una relazione sanitaria o tecnica, possono snaturare il contenuto della pratica e compromettere o minare il risultato finale. La funzione del CVS è di superare le difficoltà soprattutto fra la componente gestionale-amministrativa e quella tecnico-sanitaria. Tutte le figure professionali implicate nel processo oggetto della disamina collaboreranno per una migliore gestione del sinistro.

E' indispensabile procedere alla definizione del **ruolo di ciascuno dei componenti** del CVS e dell'output atteso da ciascuno di essi, che a titolo esemplificativo vengono sotto evidenziati:

- Direzione Sanitaria:
 - Analisi dell'evento e della documentazione sanitaria e verifica interna
 - Supporto e confronto con il Medico Legale
- Risk Manager:
 - Analisi della documentazione raccolta
 - Individuazione di eventuali azioni di prevenzione e di miglioramento
- Ufficio Approvvigionamenti:
 - Apertura sinistro
 - Richiesta documentazione alla Direzione Sanitaria/Servizio Tecnico ecc.
 - Inoltro denuncia di sinistro al Broker/Compagnia e p.c. al Risk Manager
 - Invio di un primo riscontro alla controparte
- Servizio Legale:
 - Trasmissione all'Ufficio Approvvigionamenti di atti giudiziari che possano interessare il sinistro, anche al fine della relativa apertura
 - Tenuta rapporti con il legale della controparte

- Supporto giuridico al CVS
- Medicina Legale:
 - Analisi eventuale documentazione sanitaria
 - Confronto con la Direzione sanitaria e/o con i medici interessati
 - Indicazioni su an e quantum
 - Verifica del nesso causale responsabilità/evento
- Compagnia di assicurazione:
 - Confronto e analisi della documentazione prodotta
 - Produzione periodica di un tabulato sinistri aggiornato
- Broker :
 - Supporto e consulenza nella gestione dei rapporti con l'Assicuratore
 - Supporto e consulenza nella definizione dei flussi
 - Supporto e consulenza al Risk Manager

Definizione Procedura Gestione dei Sinistri e sue fasi

Al fine di definire la procedura che viene ad instaurarsi all'atto della ricezione di una richiesta di risarcimento o di un atto relativo a un procedimento giudiziario rientrante nella polizza in oggetto e, considerato altresì che la polizza RCT/O in vigore non prevede franchigie, vengono di seguito distinte le fasi principali che ordinano gli atti, tempi e i comportamenti da assumere e da porre in essere per una puntuale gestione della pratica assicurativa.

FASE ISTRUTTORIA

Quando perviene all'Azienda Sanitaria Locale della provincia di Brescia una **richiesta scritta di risarcimento danni** - da parte di Prestatori d'opera o di Terzi (es: cittadini, Studi Legali, dipendenti, pazienti ecc.) o di un **atto relativo a un procedimento giudiziario**, il Coordinatore del Comitato Sinistri, la cui figura coincide con il Responsabile dell' Ufficio preposto alla gestione dei sinistri, verifica immediatamente l'avvenuta regolare registrazione al protocollo generale dell'ASL dell'istanza pervenuta ed attribuisce al sinistro RCT/O un numero progressivo (es 5/2007, 6/2007, ecc.) sul registro sinistri aziendale custodito presso il Servizio Approvvigionamenti.

Il Coordinatore dovrà preliminarmente effettuare un primo esame, anche avvalendosi della competenza del Broker aziendale, verificando se lo stesso rientri fra le fattispecie di sinistri coperti dalla polizza assicurativa RCT/O.

DENUNCIA DEL SINISTRO

Qualora dall'esame di cui sopra emerga l'effettiva coerenza della richiesta di risarcimento rispetto alle coperture previste dalla polizza RCT/O (che non prevede franchigie), il Coordinatore CVS provvede ad effettuare la denuncia del sinistro alla Compagnia e al Broker.

Sulla base di quanto sopra indicato, il Coordinatore in sostanza agisce inizialmente verificando:

- 1) l'effettiva coerenza della richiesta rispetto alle coperture previste dalla polizza RCT/O, anche avvalendosi della competenza del Broker Aziendale;

- 2) la determinazione dei documenti e degli atti necessari da raccogliere per una compiuta istruzione della pratica assicurativa: a questo scopo, il Coordinatore ha il compito di contattare i vari Responsabili e/o Referenti dei Servizi interessati dal sinistro al fine di procedere alla raccolta della documentazione e interpellare i vari componenti del CVS, qualora sorgessero difficoltà nell'acquisizione;
- 3) trasmissione della richiesta di risarcimento o atto di citazione al Risk Manager che, se di interesse sanitario, la invierà anche al Direttore Sanitario.
- 4) la tempistica circa il recupero di tale materiale dovrà tener conto del vincolo dei 30 giorni previsto dalle norme contrattuali per l'invio della denuncia alla Compagnia Assicurativa.

Nel caso di ulteriori approfondimenti viene appositamente riunito Il Comitato Valutazione Sinistri che procede in tal modo alla valutazione in uno o più incontri a seconda della necessità di acquisire ulteriore documentazione.

L'azienda dovrà inoltre comunicare al terzo danneggiato il nome della proprio assicuratore con l'invito a rivolgersi a lui per la definizione della pratica.

DOCUMENTAZIONE DA ACQUISIRE

Il Coordinatore, per una compiuta istruzione della pratica assicurativa, richiede al Servizio interessato dal sinistro, tramite lettera che verrà inviata per conoscenza al Risk Manager, la documentazione necessaria al fine di procedere ad un'approfondita analisi dell'evento, considerando che la tempistica per l'acquisizione di tale documentazione dovrà tener conto del vincolo dei 30 giorni previsto dalle norme contrattuali per l'invio della denuncia alla Compagnia Assicurativa.

Particolare rilevanza per l'istruttoria della pratica è la "Relazione Tecnica", redatta dal Responsabile/Referente del Servizio coinvolto nell'episodio denunciato, tale relazione:

- 1) deve essere redatta nel più breve tempo possibile,
- 2) deve essere diretta ad accertare il fatto denunciato e a stabilire eventuali responsabilità dell'azienda e varia a seconda delle caratteristiche dello specifico sinistro (es. distinzione fra lesioni personali e danno a cose);
- 3) deve poter contenere l'indicazione di:
 - località, giorno e ora dell'evento;
 - cause dei fatti e sue conseguenze;
 - nome ed indirizzo del danneggiato;
 - eventuali testimonianze;
 - dati relativi ad Autorità intervenute;
 - eventualmente relazione tecnica (dichiarazioni, cartelle cliniche, ecc.);
 - qualsiasi altra documentazione che dovesse pervenire dal terzo danneggiato o da altra fonte (legale, autorità ...);

ATTI DI CITAZIONE IN GIUDIZIO

Nel caso di ricezione di **atto di citazione in giudizio** per sinistri RCT/O l'azienda dovrà, attraverso il Coordinatore e il Servizio aziendale deputato alla gestione dei sinistri assicurativi, trasmettere copia dell'atto di citazione alla compagnia assicurativa, con invito a risolvere la controversia in sede stragiudiziale e con l'avviso che in mancanza l'Ente si

costituirà per contrastare la domanda del terzo chiamando in giudizio la Compagnia di assicurazione.

Il Servizio Legale, supportato dalla consulenza del Broker aziendale, valuterà con la Compagnia di Assicurazione, caso per caso, sull'opportunità che la difesa venga assunta direttamente da quest'ultima.

Nel caso di **comunicazione del nominativo del legale**, l'ASL deve trasmettere alla Compagnia di Assicurazione l'originale dell'atto di citazione con timbro e sottoscrizione del Legale Rappresentante nonché ogni documento, atto, relazione concernente l'evento che ha dato origine al sinistro.

CHIUSURA SINISTRO

Il sinistro si chiude quando:

- il terzo è stato risarcito dalla compagnia assicurativa (riconoscimento di responsabilità);
- il terzo non è stato risarcito:
 - a) perché, all'esito del procedimento giudiziario intentato dal terzo, si è accertata la mancanza di responsabilità aziendale;
 - b) perché la Compagnia assicurativa ha chiuso il sinistro senza seguito dopo aver accertato che non vi è responsabilità dell'azienda e il terzo ha rinunciato a proporre azione giudiziaria per conseguire il risarcimento.

La comunicazione di avvenuta chiusura del sinistro dovrà essere inviata per conoscenza al Risk Manager.

Tale procedura verrà seguita anche nel caso di richieste di risarcimento per danno patrimoniale (RC patrimoniale).

PRESCRIZIONE

Il diritto dell'Assicurato alla garanzia assicurativa si prescrive nel caso di sinistri RCT/O, se la denuncia non viene trasmessa all'assicuratore **entro un anno** dalla ricezione della richiesta di risarcimento o dell'atto con cui si promuove azione giudiziaria.

APPENDICE

Presso l'Azienda Sanitaria della Provincia di Brescia, a decorrere dalle ore 00.00 del 01/01/2007 e fino alle ore 24.00 del 31/12/2009, è in vigore la Polizza RCT/O n. 950L9857 con la Compagnia Assicurativa Zurich sede a Zurigo - Rappresentanza Generale per l'Italia - Piazza Carlo Erba, 6 20129 Milano.

SOMME E RISCHI ASSICURATI

A) Responsabilità civile verso terzi:

€ 3.000.000,00 per ogni sinistro, con il limite di
€ 3.000.000,00 per ogni persona e
€ 3.000.000,00 per danneggiamenti a cose ed animali

B) Responsabilità civile verso prestatori di lavoro:

€ 3.000.000,00 per ogni sinistro con il limite di
€ 3.000.000,00 per ogni persona

La garanzia è operante per tutte le richieste di risarcimento presentate per la prima volta, durante la validità della polizza, purchè conseguente a fatti verificatesi in data non anteriore alle ore 24.00 del 31/12/1999.

Il massimale per i fatti accaduti dal 31/12/1999 al 01/01/2007 è di € 1.500.000,00.

La polizza non prevede franchigie.