



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO - BARI

REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLE RICHIESTE RISARCITORIE E PER IL FUNZIONAMENTO DEL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE 24/2017

Introduzione:

Il presente regolamento si fonda sulla volontà di realizzare il passaggio della gestione del rischio assicurativo RCT dalla mera presa d'atto dell'intervento ad una gestione diretta dello stesso, attraverso procedure che non assumono più come elemento guida il criterio del trasferimento esclusivo del rischio alla compagnia assicurativa.

Esso tiene conto dell'entrata in vigore della Legge 24/2017 e dei necessari adempimenti di legge ad essa connessi, in aggiunta alle normali attività istituzionali, a carico delle singole Aree o Ufficio di questa Azienda Ospedaliera, finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) Conseguimento di risparmio attraverso la trattazione diretta e celere delle pratiche con gli uffici legali di controparte ed abbattimento del relativo contenzioso;
- b) Diminuzione della sinistrosità in conseguenza del sistema di controllo che si intende mettere in atto con iniziative mirate alla prevenzione delle cause più frequenti che danno origine alle richieste di risarcimento danni;
- c) Miglioramento del rapporto tra Azienda e danneggiato, basata su una corretta e trasparente comunicazione, al fine di tutelare il decoro e l'immagine della Struttura e del professionista da una parte e i diritti del cittadino dall'altra;
- d) Ottenimento di un maggior risparmio sulla quota di costo, con conseguenti riverberi positivi sul risultato economico d'esercizio e Raggiungimento degli obiettivi di cui all'art. 1 comma 538 della L. 208/2015, in linea con quanto previsto dall'articolo 3-bis della legge 8 novembre 2012, n. 189, nonché della razionalizzazione della spesa di cui alla Legge 111/2011.
- e) Rendere omogenee le modalità di attuazione del nuovo sistema di gestione dei sinistri con particolare riferimento:
 - all'organizzazione degli adempimenti connessi alla gestione stragiudiziale;
 - alla tempistica relativa alla gestione dei sinistri e liquidazione dei risarcimenti;
 - al pagamento dei sinistri;
 - al monitoraggio del fenomeno e dei flussi informativi.

Art. 1) SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento si propone di promuovere lo sviluppo delle sinergie, secondo logiche di processi e funzioni nonché di *team building management*, tra area amministrativa e area sanitaria, sul tema della gestione dei rischi, valorizzando la funzione strategica di alcuni servizi (Struttura Burocratica Legale, Rischio Clinico, Direzione Sanitaria, URP, Ufficio Qualità, Medicina Legale, Servizio di Prevenzione e Protezione), non solo per quanto attiene l'ambito della gestione dei sinistri, ma anche nelle fasi dell'istruttoria e delle risposte ai reclami tecnico professionali di tutela degli utenti.

Le azioni comprendo lo svolgimento di una serie di adempimenti che, laddove effettuati in ritardo, potrebbero comportare preclusioni e decadenze, anche procedurali e/o processuali, in conformità con quanto previsto dalla L. 24/2017.

Lo scopo finale è, quindi, quello di consentire una gestione completa delle attività finalizzate alla registrazione delle singole richieste risarcitorie, alla predisposizione e cura dell'attività istruttoria volta



ad ottenere documentazione medica e relazioni degli operatori sanitari coinvolti, nonché allo studio ed analisi delle perizie medico legali redatte dai consulenti e, in ultimo, alla definizione bonaria di ciascun singolo sinistro, con annessi risparmi di costo.

Il tutto, in assoluta conformità con i principi costituzionali di buon andamento, volta alla realizzazione dell'interesse pubblico secondo criteri di efficacia ed efficienza ed economicità, che sorreggono l'apparato istituzionale della Pubblica Amministrazione.

Art. 2) DEFINIZIONI

Richiesta di risarcimento: qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni correlata allo svolgimento dell'attività istituzionale dell'Azienda (ricevimento di richieste di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o aventi diritto, notifica dell'istanza di mediazione, ricevimento di avviso di apertura di un procedimento penale connesso all'esercizio delle funzioni istituzionali, notifica di un atto di citazione per risarcimento danni);

Sinistro RCT: la formale richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente e/o inchiesta amministrativa;

Sinistro RCO: la formale notifica all'Azienda dell'apertura di una inchiesta giudiziaria / amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica all'azienda dell'apertura di un procedimento penale; la formale richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la formale notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto;

Sinistro in serie: più richieste di risarcimento pervenute all'Azienda provenienti da soggetti terzi, in conseguenza di una pluralità di eventi dannosi, riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, o a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica, le quali tutte saranno considerate come un unico evento;

Fatti noti: eventi che, verificatisi in data antecedente all'effetto della polizza anche in assenza di specifica costituzione in mora, potrebbero successivamente dare origine ad uno degli eventi definiti come "sinistro RCT" e che siano identificabili in una o più delle seguenti casistiche:

- la notifica all'Azienda e /o ad un assicurato, di atti giudiziari a seguito dei quali non abbia avuto luogo alcun evento riconducibile alla definizione di "sinistro" di cui sopra, ma dalle cui motivazioni che si evincono dalla documentazione di riferimento si ravvisi la possibilità dell'eventuale generazione di un "sinistro";
- tutti quegli avvenimenti avversi (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale ed indesiderabile) che presentino contemporaneamente tutte le cinque seguenti caratteristiche:
 1. concentrazione cronologica di accadimento;
 2. serialità (almeno 3 accadimenti);
 3. univocità eziopatogenetica;
 4. oggetto di indagine interna e/o esterna;
 5. noti alla direzione aziendale per il tramite di comunicazione scritta.
- qualunque altro evento rientrante nell'elenco degli "eventi sentinella" così come definiti ed elencati dal Ministero della Salute (o altra istituzione ufficialmente a ciò deputata a livello nazionale).

Danno: il pregiudizio economico addebitato all'Azienda in conseguenza di un fatto eziologicamente correlato a responsabilità medica o della struttura che abbia cagionato a terzi la morte, lesioni personali o danni a cose.



Danno medical malpractice: il pregiudizio economico addebitato all'Azienda in conseguenza di un fatto che abbia cagionato lesioni personali, morte, danni a cose, conseguente a prestazione medico-sanitaria, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, vaccinazioni, visite mediche, prestazioni diagnostiche, continuità assistenziale, operazioni legate all'igiene della persona e/o legate alla mobilitazione del paziente (a letto, carrozzina, assistenza al passo);

Terzi/parte: persona danneggiata e aventi diritto e/o loro legali rappresentanti;

Self Insured Retention (S.I.R.): l'importo che l'Azienda 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;

Loss Adjuster: liquidatore assicurativo;

Comitato di valutazione dei sinistri (CVS): comitato multidisciplinare inizialmente istituito con deliberazione n. 1292 del 19.10.2011 ed attualmente composto da:

- Direttore Amministrativo o suo delegato;
- Direttore Sanitario o suo delegato;
- Direttore Ufficio Legale, che ne assume il ruolo di Coordinatore, e figure professionali afferenti a tale Struttura;
- Coordinatore Unità di Gestione del Rischio Clinico e figure professionali afferenti a tale Unità;
- Broker Assicurazione;
- Loss Adjuster Compagnia Assicuratrice;
- Direttore della U.O. interessata dal sinistro del danno;
- Esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità;
- Segretario

I principali compiti del Comitato Valutazione sinistri, anche alla luce dei provvedimenti regionali in materia, consistono nel valutare e definire la presunta valenza o l'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. Il Comitato si pone altresì come obiettivo quello di valutare le tipologie e le entità dei danni (in termini di impatto economico) 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 la somma da riconoscere a titolo di risarcimento del danno a fini transattivi.

Accertamento medico legale: attività tecnico professionale per la valutazione del nesso causale, della colpa professionale e dell'entità della lesione, a supporto dell'attività di accertamento, gestione e liquidazione dei danni che compete all'ufficio legale e contenzioso.

Bordereaux: prospetto software informatico di riferimento per l'imputazione dei dati riferiti ai singoli sinistri, alimentato dall'ufficio legale;

Procedura stragiudiziale: attività istruttoria, transattiva e di liquidazione dei sinistri derivanti da RCT/O, per i quali non sia ancora stata avviata un'azione in sede giudiziale;

Mediazione: attività comunque denominata, svolta da un terzo imparziale e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della controversia.

Art. 3) SOGGETTI

Struttura Burocratica Legale

E' incaricato all'accertamento, istruttoria, gestione ed eventuale liquidazione dei sinistri. Per la



trattazione della richiesta risarcitoria si avvale di specialisti in ambito di medicina legale, tecnici o di altre professionalità in ragione della natura dell'evento dannoso.

Per la definizione dei sinistri con danni a persone, l'ufficio legale si avvale del contributo del servizio di medicina legale e/o delle singole unità operative mediche/sanitarie e di ogni professionalità utile per giungere alla definizione del sinistro. In presenza di sinistri con danni a cose o persone l'ufficio si avvale della collaborazione della struttura tecnica aziendale competente, cui farà carico l'istruttoria per la parte di specifica competenza.

I componenti della S.B.L. che partecipano alle procedure afferenti al C.V.S. ed il medico-legale incaricato non devono trovarsi rispetto alla controparte in relazione di parentela, coniugio, affinità, dipendenza collaborazione professionale o cointeressenza economica, ovvero in qualsiasi altra situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, idonea a diminuirne o pregiudicarne l'imparzialità. I componenti possono chiedere alla direzione aziendale la sostituzione per giustificati motivi di opportunità o incompatibilità, al verificarsi di tali ipotesi.

L'ufficio legale gestisce l'istruttoria del procedimento ed i rapporti tra i diversi attori coinvolti:

- a) fornisce informazioni in ordine alla procedura in essere ai soggetti coinvolti;
- b) valuta le richieste di accesso agli atti, fornendo, ricorrendone i presupposti di diritto, copia degli atti e dei documenti che possano essere divulgati e che siano parte della pratica di valutazione del danno. Gli atti strettamente attinenti al Rischio Clinico, le relazioni medico legali, i verbali del CVS e tutto ciò che concerne la valutazione endoprocedimentale amministrativa del sinistro non possono invece essere concessi, a mente dell'art. 16 della L. 24/2017, secondo cui *« I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari..»*
- c) gestisce il flusso documentale e informatico (software di gestione sinistri), in particolare cura il monitoraggio trimestrale dei sinistri e il monitoraggio semestrale cadute;
- d) forma il fascicolo del procedimento inserendovi la domanda/segnalazione, nonché ogni altro atto e documento inerente alla procedura in corso, utile a ricostruire l'iter logico giuridico sotteso all'assunzione della determinazione finale;
- e) provvede ad ogni comunicazione relativa al procedimento;
- f) elabora report e rilevazioni circa la procedura stragiudiziale;
- g) effettua un monitoraggio continuo sui sinistri, con particolare attenzione alla tipologia del danno, all'ammontare economico del danno presumibile o quantificato, alla frequenza, all'area di attività interessata, anche al fine di costruire una mappa del rischio ed individuare le strategie di intervento;
- h) monitora il numero di sinistri aperti per anno e la tempistica della loro definizione.

Il Direttore della Struttura Burocratico Legale, nella qualità di Coordinatore, procede alla **convocazione del Comitato valutazione sinistri** periodicamente con cadenza almeno bimestrale per la gestione delle seguenti attività:

- ✓ valutazione delle tipologie e dell'entità dei danni (in termini di responsabilità ed impatto economico) arrecati a terzi con il coinvolgimento delle varie professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri, anche in un'ottica preventiva;
- ✓ confronto e parere sulla gestione dei rapporti con i danneggiati e/o studi legali per una composizione stragiudiziale dei sinistri in cogestione assicurativa, al fine di valutare un accordo diretto tra Azienda e danneggiato a composizione.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 24/2017 la Struttura Burocratica Legale dovrà compiere, in



aggiunta alle precedenti attività già richiamate e in aggiunta agli ordinari impegni istituzionali, le seguenti attività:

1. **Predisposizione**, d'intesa con l'Unità di Gestione del Rischio Clinico, ai sensi dell'art. 2, comma 5, della L. 24/2017 (di modifica ed integrazione all'art. 1, comma 539, lettera d-bis della L. 208/2015), di un aggiornamento trimestrale sull'andamento dei sinistri che confluirà in una **relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi** verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.
I relativi dati dovranno essere pubblicati sul proprio sito internet Aziendale;
2. **Pubblicazione** sul sito internet aziendale, ai sensi dell'art. 4 comma 3 della legge 24/2017, di tutti i **dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**, verificatisi nell'ambito delle attività di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario. Tale adempimento dovrà essere effettuato **entro il 31 dicembre** di ogni anno, già a far data dal 2017.
3. D'intesa con l'Area Approvvigionamento e Patrimonio dell'AOUC, ai sensi dell'art. 10, comma 1 della Legge 24/2017, provvederà, contestualmente con la **pubblicazione** della delibera di aggiudicazione del servizio assicurativo a rendere nota, mediante pubblicazione su relativo sito internet, la **denominazione dell'impresa che presterà la copertura assicurativa**, indicando contratti, clausole ed altre misure. Tale adempimento dovrà essere adempiuto entro e non oltre 10 giorni dalla pubblicazione della delibera di aggiudicazione del servizio assicurativo;
4. Ai sensi dell'art. 11 della legge 24/2017, tramite **relazione semestrale da approvare in sede di CVS** (con decorrenza di sei mesi a partire dal 28.02.2017), **sottoporrà a rivalutazione** da parte dell'Area Gestione Patrimonio, **le condizioni previste dall'attuale contratto assicurativo**, soprattutto in considerazione della obbligatoria estensione della sua operatività temporale. La garanzia, infatti, dovrà risultare idonea a coprire gli eventi accaduti nei 10 anni antecedenti la conclusione del contratto, purché denunciati all'impresa di assicurazione durante la vigenza temporale della polizza;
5. Ai sensi dell'art. 13 della Legge 24/2017, comunicherà all'esercente la professione sanitaria, **entro e non oltre 10 giorni** dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante PEC o lettera raccomandata, **l'instaurazione del giudizio** promosso nei loro confronti dal danneggiato. Medesimo iter verrà seguito per informare lo stesso esercente dell'eventuale **avvio di trattative stragiudiziali** con il danneggiato, invitandolo, contestualmente, a prendervi parte con la consapevolezza che l'omissione, la tardività o l'incompletezza delle predette comunicazioni precluderà l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa;
6. Ai sensi dell'art. 9 della Legge 24/2017, trasmetterà relazione dettagliata corredata della rispettiva documentazione alla Procura Regionale presso la Corte dei Conti, e relativa all'accoglimento della singola domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della A.O.U. Tale adempimento dovrà essere compiuto entro 30 giorni dalla pubblicazione della deliberazione di definizione e liquidazione del sinistro, al fine di consentire alla Magistratura Contabile di avviare l'eventuale Azione di responsabilità Amministrativa nei confronti dell'esercente la professione sanitaria.

Unità di Gestione del Rischio Clinico

E' incaricata di predisporre ed organizzare Audit periodici o su impulso/segnalazione dei singoli esercenti la professione sanitaria.

Controlla la spesa legata ai danni da malpractice, contribuendo a mantenere un rapporto di trasparenza con l'utenza e la cittadinanza nell'ambito del buon andamento e corretto utilizzo delle risorse della P.A.. Collabora con il Difensore Civico nominato dalla Regione Puglia, anche al fine di individuare criticità e



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO – BARI

promuovere probabili soluzioni al verificarsi degli eventi avversi/eventi sentinella.

Trasmette al Sistema di Monitoraggio degli Eventi in Sanità (cosiddetto SIMES), con frequenza periodica, i flussi relativi alla registrazione delle pratiche risarcitorie e la loro evoluzione.

Provvede alla redazione di Regolamenti interni, anche recettivi delle Linee Guida e Buone Pratiche Cliniche previste dall'art. 5 della Legge 24/2017.

Sottopone il soggetto denunciante a visita medico-legale, su espressa richiesta formulata dalla Struttura Burocratica Legale, trasmettendo relazione di visita Medico-Legale entro il termine di 30 giorni dal ricevimento della richiesta, salvo impedimenti determinati da causa ad essa non imputabile.

Inoltre il responsabile della Unità di Gestione del Rischio Clinico, ha il compito di:

- introdurre la metodologia dell'audit clinico/gestionale sia in forma retroattiva che proattiva sulle aree a priorità di rischio clinico;
- creare un'atmosfera di fiducia e collaborazione, cornice indispensabile entro la quale
- sviluppare tutte le dinamiche di gestione del rischio;
- quantificare il rischio Aziendale, individuando le criticità più o meno latenti, anche mediante la realizzazione della mappatura del rischio e della sinistrosità aziendale;
- riorganizzare i Flussi di informazione, anche mediante l'implementazione di un sistema di incident reporting aziendale;
- individuare gli Strumenti e le Azioni per ridurre i danni al paziente, agli Operatori e il Contenzioso legale, anche utilizzando metodiche di indagine reattive come la Root Cause Analysis (RCA) e la FMEA/FMECA;

In ultimo, prende parte alle riunioni del CVS, affinché in tale sede vengano esaminati con chiarezza, e laddove sussistano, le tipologie dei danni lamentati dagli istanti e la quantificazione del danno patrimoniale.

Direzione Sanitaria

E' incaricata della trasmissione di tutta la documentazione medica richiesta dalla SBL (cartelle cliniche e relazioni), protocolli sanitari, verbali di audit ed ogni ulteriore documentazione utile alla definizione del sinistro (markers, referti, esami di laboratorio ... etc ...). Sarà sua cura adempiere a tale compito **entro 30 giorni** dal ricevimento della richiesta formulata dall'Ufficio Legale, sollecitando le varie UU.OO. a trasmettere le relazioni mediche e copia delle polizze assicurative contratte dai singoli operatori. In ogni caso, la trasmissione della documentazione richiesta non dovrà eccedere il termine di 60 giorni dal ricevimento della prima richiesta inviata dalla SBL.

Partecipa, per il tramite del Direttore Sanitario o proprio delegato, al Comitato di Valutazione Sinistri, individuando eventuali criticità nell'erogazione della prestazione sanitaria a danno del paziente.

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 24/2017, art. 4, dovrà adeguare, anche d'intesa con l'URP e comunque entro il 30 maggio 2017, **il regolamento interno disciplinante le istanze di accesso agli atti** pervenute da parte dei danneggiati, con le seguenti modalità e, comunque, nel rispetto dei criteri stabiliti dalla L. 196/2003 e dalla L. 241/90:

1. Trasmissione entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta degli interessati aventi diritto, della documentazione sanitaria disponibile e relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico;
2. Trasmissione di eventuali integrazioni entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della suddetta richiesta;
3. Trasmissione, ai sensi dell' art. 12, comma 4, della Legge 24/2017, nell'ipotesi di un eventuale giudizio promosso direttamente contro l'impresa di assicurazione della struttura sanitaria, della documentazione in suo possesso e relativa ai fatti dedotti in ogni fase della trattazione del



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO - BARI

sinistro, sia all'assicuratore, sia all'esercente la professione sanitaria e sia al danneggiato che ne potrebbe fare richiesta.

Art. 4) MODALITA' OPERATIVE DI GESTIONE DEL SINISTRO

Il sinistro rappresenta un evento purtroppo ineludibile in un settore ad alta complessità come le aziende sanitarie e può dar luogo ad un risarcimento o meno in rapporto alla fondatezza delle pretese risarcitorie.

4.1 ISTRUTTORIA

L'Azienda, per il tramite della Struttura Burocratica Legale competente per la gestione del sinistro, provvede, di norma, a tutte le comunicazioni con il richiedente, in proprio o per il tramite della propria Compagnia Assicuratrice. Ogni singolo sinistro deve essere istruito con le seguenti modalità:

NOTIFICA RICHIESTA RISARCITORIA ALLA DIREZIONE GENERALE



TRASMISSIONE ALLA STRUTTURA BUROCRATICA LEGALE

- Assegnazione di una nuova posizione di archivio;
- Denuncia al broker per l'apertura del sinistro alla Compagnia Assicuratrice;
- Inserimento del sinistro nel bordereaux predisposto, con indicazione di tutti i dati;
- Apposizione di una riserva iniziale e eventuale, successivo, aggiornamento delle stesse;
- Istruzione della pratica.

DIREZIONE SANITARIA/ AGT

- Richiede la documentazione sanitaria;
- Richiede la relazione degli operatori sanitari coinvolti;
- Acquisisce gli estremi R. C. di ogni operatore sanitario.



STRUTTURA BUROCRATICA LEGALE

- Aggiorna le riserve precedentemente apposte;
- Analizza la documentazione pervenuta dalla D.S. ed entro 10 gg. e ne comunica il contenuto agli operatori sanitari coinvolti;
- Invia tutta la documentazione ricevuta a:
 - Unità di Gestione del Rischio Clinico;
 - Medico Legale Interno, per la redazione peritale;
 - Broker, per la redazione della relazione peritale del Loss Adjuster ed eventuale valutazione economica del sinistro

MEDICO COINVOLTO

Riceve comunicazione relativa all'instaurazione del giudizio nei suoi confronti, entro 10 gg dalla notifica dell'atto introduttivo (solo nel caso in cui sia possibile identificarlo nella richiesta iniziale – art. 13 L. 24/2017)

MEDICO LEGALE

BROKER

45 gg

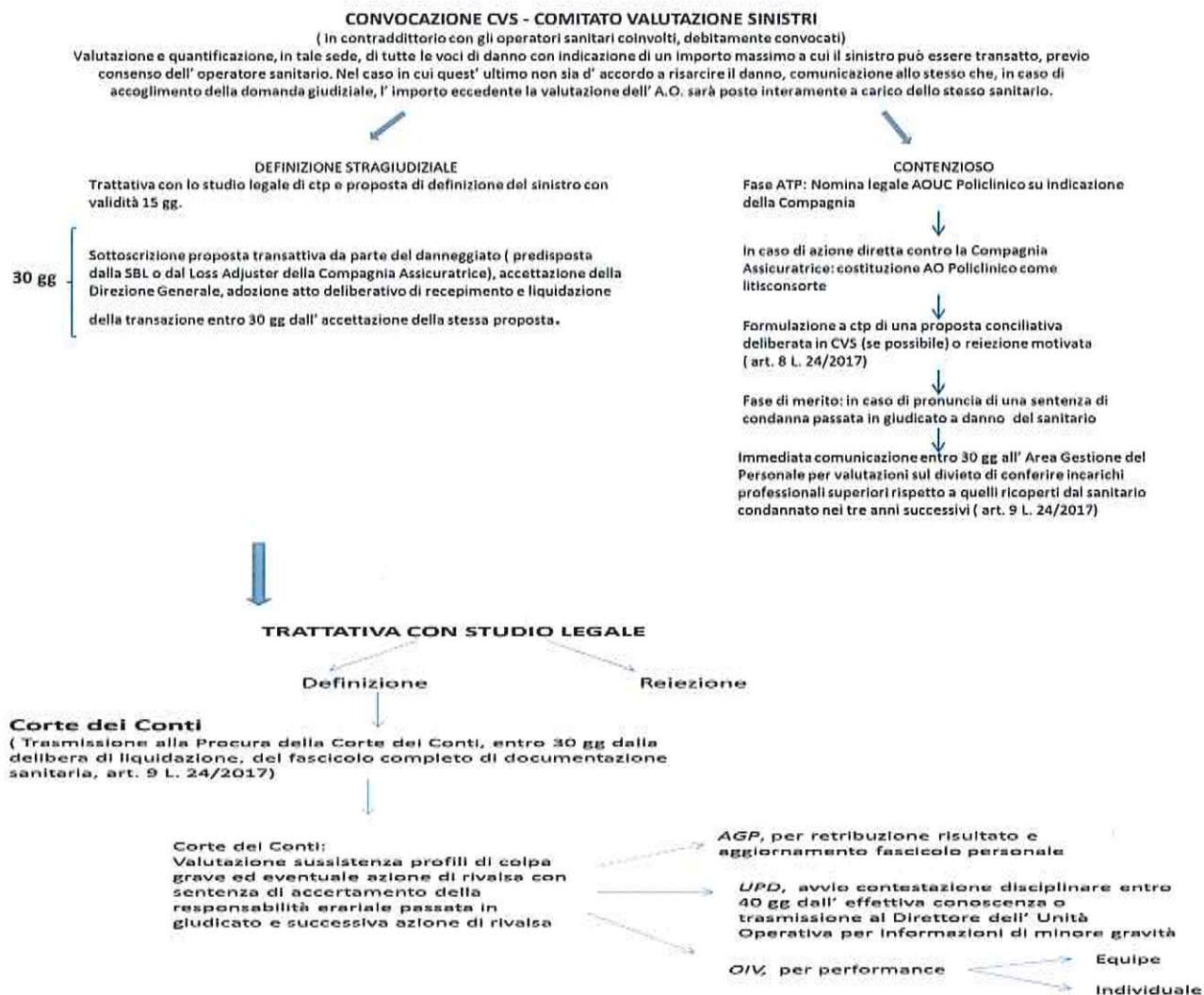
N.B : IN CASO DI DANNI A COSE (dei terzi, dei dipendenti, a strutture aziendali-auto-beni):

- 1) Richiesta relazione tecnica sullo stato dei luoghi;
- 2) Indicazione di prove documentali e testimoniali;
- 3) Valutazione economica del danno.



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CONSORZIALE POLICLINICO – BARI

STRUTTURA BUROCRATICA LEGALE



Art. 5 OBBLIGATORIETA' DELLE INFORMAZIONI E PRIVACY

Ogni dipendente è tenuto a dare tempestivamente al Coordinatore del Comitato Valutazione Sinistri (Responsabile Ufficio Legale) tutte le informazioni necessarie all'istruzione e definizione dei sinistri, ivi comprese le informazioni relative alla eventuale sussistenza di polizze assicurative personali.

La violazione di tale obbligo è comportamento disciplinarmente rilevante e sanzionabile, come previsto dalle vigenti norme contrattuali, nonché dal regolamento per i procedimenti disciplinari Aziendale.

Ogni informazione correlata e connessa all'istruzione dei procedimenti oggetto delle attività del Comitato Valutazione Sinistri sarà tenuta e conservata secondo le vigenti normative in materia di privacy e sarà dato divieto assoluto di divulgazione per fini non connessi alle attività di cui sopra.