

Gestione Sinistri – ambito *MedMal* & Reclami

Luglio 2026



www.amtrust.it



Obiettivo del documento

Il presente documento mira a fornire agli interlocutori della Compagnia adeguate informazioni in merito:

- ❖ alla peculiarità del **business RC Sanitaria** (*Medical Malpractice -MedMal*);
- ❖ al modello di gestione dei **Sinistri** adottato da Amtrust Assicurazioni S.p.A. e
- ❖ alla gestione dei **Reclami**

Responsabilità Medica & Polizza di RC Sanitaria



Cosa si intende per Responsabilità Medica?

La **Responsabilità Medica** è la responsabilità professionale per i danni derivati al paziente da errori, omissioni o violazione degli obblighi inerenti all'attività sanitaria, in cui può incorrere chi esercita detta attività



Cos'è la Polizza di RC Sanitaria?

La **polizza RC Sanitaria** è una tipologia di assicurazione danni, in ambito sanitario, per Aziende/Strutture pubbliche, private e singoli Professionisti (Assicurati), che tutela i soggetti assicurati dai rischi connessi all'attività svolta e previsti in copertura, che hanno dato luogo a richieste di risarcimento da parte di Terzi Danneggiati



Cosa si intende per Franchigia?

La **Franchigia** è l'importo che, determinato a termini di polizza per ciascun sinistro, viene detratto dall'ammontare del danno e rimane a carico esclusivo dell'Assicurato. In presenza di Franchigia, la gestione del sinistro rimane a carico dell'Assicuratore



Cosa si intende per S.I.R. (*Self Insured Retention*)?

La **S.I.R.** è l'importo che l'Assicurato tiene a proprio carico per ciascun sinistro anche in termini di gestione. Pertanto, ove il valore del sinistro rientri integralmente in tale importo, la gestione rimane in carico all'Assicurato stesso. Nelle polizze con clausola S.I.R., la Compagnia si assume solo i rischi di valore presunto o effettivo, superiore alla soglia contrattualizzata, lasciando all'Assicurato la completa gestione dei sinistri di importo inferiore. La S.I.R. indica, pertanto, la soglia al di sotto della quale l'Assicurazione non opera

Cosa si intende per Sinistro *MedMal*?

Il **sinistro in ambito *MedMal*** è la richiesta di risarcimento del danno indirizzata alla Struttura Assicurata e/o ai singoli Professionisti, con la quale un soggetto (Terzo Danneggiato), ritiene gli stessi responsabili di un danno patito a causa di un errore o di una omissione di natura professionale



Perché la durata di un sinistro *MedMal* è più lunga rispetto ad altre tipologie di sinistri?

La gestione dei **sinistri *MedMal*** è particolarmente complessa per una serie di ragioni:

- operative: dovute alla moltitudine di soggetti interessati, agli impatti economici e sociali che ne scaturiscono, oltre all'evidente peculiarità e complessità della materia;
- giuridiche: acquisizione di perizie medico-legali, presenza di Comitati Valutazione Sinistri (CVS) dell'Assicurato, tempi di definizione delle controversie giudiziarie particolarmente lunghi, etc.

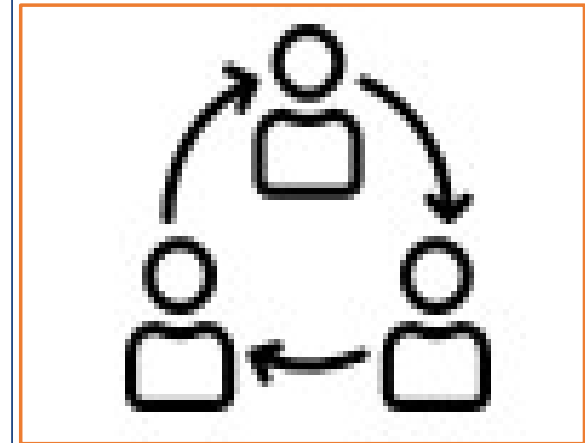
In questo scenario, la durata media di un sinistro *MedMal* è pari a circa **7 anni**, periodo sensibilmente maggiore rispetto alla vita media di sinistri di altri rami assicurativi

Sinistri *MedMal* – PARTE 2

Come si istruisce un sinistro in ambito *MedMal*?

Dopo la denuncia del sinistro, al fine di avviarne l'istruttoria, il Liquidatore (Ufficio Sinistri) effettua la prima richiesta documentale all'Assicurato e al Terzo Danneggiato (spesso per il tramite dell'Intermediario).

La Compagnia deve, infatti, acquisire la documentazione che permetta un inquadramento corretto ed esaustivo degli addebiti mossi, quali: (i) copia delle cartelle cliniche, (ii) perizia medico-legale e documentazione sanitaria di varia natura, (iii) relazione sui fatti da parte dei singoli Professionisti e/o della Struttura, (iv) documentazione *Privacy*, (v) copia del documento d'identità e del codice fiscale del Terzo Danneggiato, etc.



Perché dalla comunicazione di apertura del sinistro a quella di incarico medico-legale può decorrere molto tempo?

Nei casi in cui si renda necessario ottenere una perizia medico-legale, l'Ufficio Sinistri deve incaricare un Professionista per poter avviare l'istruttoria medico-legale; ciò è possibile solo quando il Liquidatore risulti in possesso di tutta la documentazione sanitaria relativa alla pratica.

Reperire tale documentazione, spesso copiosa, è onere particolarmente gravoso sia per il Terzo Danneggiato sia per l'Assicurato, motivo per cui può trascorrere un tempo cospicuo tra l'apertura del sinistro e il conferimento dell'incarico

Come si affidano gli incarichi medico-legali?

La Compagnia, all'esito dell'acquisizione di tutta la documentazione istruttoria, procede ad incaricare, di norma, almeno **un Professionista medico-legale** al fine di ottenere una valutazione afferente alla sussistenza o meno dell'*an* e del *quantum*.

Spesso, i medici-legali richiedono inoltre l'ausilio di uno **specialista**, che sarà chiamato a redigere parere autonomo, propedeutico alla redazione della perizia medico-legale



Perché l'istruttoria di un sinistro *MedMal* è così lunga?

Il processo di gestione dei sinistri adottato da Amtrust Assicurazioni S.p.A., prevede che in occasione di casi "gravi" o potenzialmente tali (decesso, *baby case*, danni cerebrali a soggetti adulti, macrolesioni, etc.), è necessario procedere con un'istruttoria particolarmente approfondita; occorre, infatti, acquisire più perizie: medico-legali e/o specialistiche e/o CMC (Consulenza Medico Centrale), circostanza che porta inevitabilmente ad una ulteriore dilatazione delle tempistiche di completamento dell'istruttoria

Perché, oltre alla perizia redatta dal medico legale, è spesso necessario ottenere anche uno o più pareri da parte di altri medici specialisti?

La maggior parte dei sinistri *MedMal*, richiede competenze mediche ulteriori rispetto a quelle proprie del medico-legale che effettua la visita o redige la perizia su base documentale. Per tale ragione, il medico-legale, dopo aver svolto un primo esame del caso, ravvisatane la necessità, richiede l'ausilio di uno specialista di altra branca medica a cui dovrà esser inviata tutta la documentazione e che dovrà fornire, nei termini stabiliti, la propria relazione sul caso. Successivamente, la documentazione ritorna nella disponibilità del medico-legale che potrà così redigere il proprio parere definitivo. La necessità di avvalersi dell'ausilio specialistico, oltre ad essere dettata dalla necessità di valutare compiutamente ogni singolo caso, deriva anche dalla legge n. 24/2017 (c.d. legge “Gelli”) sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure.

Tale legge ha stabilito, infatti, che nei procedimenti riguardanti la RC Sanitaria, le consulenze tecniche siano affidate non solo al medico-legale ma anche a uno specialista nella disciplina oggetto del contenzioso, affinché le valutazioni siano sempre compiute da professionisti altamente esperti in materia



Perché i tempi di restituzione delle perizie possono essere lunghi?

Le perizie in ambito *MedMal* sono particolarmente complesse e talvolta richiedono tempistiche di evasione abbastanza lunghe, sia a causa dell'ingente quantità di documentazione che il medico incaricato dovrà esaminare (una o più cartelle cliniche, esami, referti, etc.), sia per la difficoltà intrinseca alla maggior parte delle casistiche affrontate



Come si valuta la definizione di un sinistro?

I sinistri *Corporate* che vedono coinvolte le Strutture Sanitarie vengono, se previsto dalle Condizioni di Polizza, valutati congiuntamente da Compagnia e Assicurato al fine di definire la strategia di gestione. Ciò, avviene per il tramite del *c.d.* **C.V.S. (Comitato Valutazione Sinistri)** istituito presso ciascun Assicurato, che viene convocato periodicamente in base alle disponibilità, comunicate alla Compagnia dalle stesse Strutture Sanitarie



Che cos'è il C.V.S.?

Il **Comitato Valutazione Sinistri (C.V.S.)** è un organo costituito presso una Struttura pubblica o privata che ha natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, che, ove previsto dalla Polizza, esprime parere obbligatorio sulla definizione stragiudiziale e giudiziale delle controversie insorte dalle richieste risarcitorie avanzate

Perché le proposte di definizione pervenute dalle controparti vengono, a volte, riscontrate con tempistiche piuttosto lunghe?

Quasi tutte le polizze *Corporate* gestite da Amtrust Assicurazioni S.p.A. prevedono contrattualmente il benessere preventivo alla transazione da parte della Struttura Sanitaria, motivo per cui il Liquidatore, una volta ultimata l'istruttoria o ricevuta una proposta transattiva dal Terzo Danneggiato o dal suo Legale, dovrà comunicare all'Assicurato la necessità di discutere la pratica in sede di C.V.S.

Le tempistiche di organizzazione e svolgimento dei C.V.S. sono soggette a numerose variabili esogene alla Compagnia (numero di casi all'ordine del giorno, contemporanea disponibilità di tutti i membri del Comitato, etc.) che possono portare ad un inevitabile rallentamento dell'attività ed un conseguente ritardo nel fornire un riscontro ai Terzi Danneggiati o ai loro Legali



Perché il benessere del C.V.S. è vincolante per l'assunzione di una decisione definitiva in merito al singolo sinistro?

Il C.V.S. analizza e valuta i singoli sinistri allo scopo di individuarne il nesso causale con gli eventi che li hanno prodotti ed assume ogni determinazione in ordine alla gestione dei sinistri stessi.

Il parere del CVS è **vincolante** in quanto la maggior parte dei contratti di assicurazione lo prevede espressamente quale condizione necessaria per la definizione di un sinistro.

Ciò, perché, talvolta, le polizze prevedono l'esistenza di una SIR o Franchigia che determina, in caso di risarcimento, un esborso a carico dell'Assicurato. In tali casi, la discrezionalità della Compagnia è vincolata dalla volontà della Struttura pubblica o privata

Perché, talvolta, le determinazioni del C.V.S. ribaltano lo scenario precedente delineatosi?

La Compagnia, terminata l'istruttoria medico-legale, acquisisce da Controparte una disponibilità transattiva, anche in forma scritta, e segnala il sinistro come idoneo alla discussione in occasione del C.V.S. calendarizzato.

La Struttura Sanitaria, parallelamente all'istruttoria promossa dalla Compagnia, procede con una propria valutazione interna che vede coinvolti a vario titolo la Medicina-Legale, il Rischio Clinico e gli Affari Legali.

Può accadere che gli esiti delle due attività parallelamente svolte siano difformi e si apra un tavolo di discussione in C.V.S. all'esito del quale si decida di respingere le richieste risarcitorie del Terzo Danneggiato



Come si definisce un sinistro?

Il preventivo consenso dell'Assicurato in sede di C.V.S. è necessario:

- ✓ prima di provvedere alla definizione e successiva liquidazione del sinistro, qualora si ritenesse opportuno coltivare una proposta transattiva;
- ✓ per respingere il sinistro, qualora all'esito dell'istruttoria medico-legale compiuta dalla Compagnia emerga l'assenza di responsabilità in capo all'Assicurato.

La Compagnia, quindi, concluso l'*iter* istruttorio ed ottenuto l'eventuale benestare del C.V.S. comunica al Terzo Danneggiato o al suo Legale:

- ✓ l'accoglimento del sinistro, con indicazione dell'importo liquidabile;
- ✓ la reiezione del sinistro

Perché l'Ufficio Sinistri non fornisce aggiornamenti costanti ai Terzi Danneggiati?

Accade spesso che il sinistro si trovi in una fase di stallo determinata, ad esempio, dalla incompleta acquisizione documentale, dalla pendenza dell'istruttoria medico-legale, dall'attesa della calendarizzazione del C.V.S, dalle tempistiche di redazione e sottoscrizione del verbale del C.V.S. In tutti questi casi, il Liquidatore non ha aggiornamenti rilevanti da fornire al Terzo Danneggiato e/o al suo Legale e dovrà attendere gli sviluppi successivi per poter informare adeguatamente la Controparte circa lo stato di avanzamento del sinistro



Perché in alcune occasioni non riesco a contattare l'Ufficio Sinistri?

La Compagnia si adopera, da sempre, nel rispondere esaurientemente e tempestivamente ad ogni richiesta, in tutte le fasi di gestione del sinistro. Ciononostante, in considerazione dei volumi di comunicazioni in ingresso non è sempre possibile per i Liquidatori gestire tutte le chiamate in entrata, se non in determinate fasce orarie.

In caso di oggettiva impossibilità del Liquidatore a rispondere, sarà il centralino a gestire la chiamata, acquisendo dal Terzo Danneggiato/suo Legale le informazioni e fornendo successivamente al Liquidatore stesso le indicazioni necessarie a consentirgli un riscontro diretto e tempestivo alle richieste ricevute

Reclami – ex Reg. ISVAP n. 24/2008 e s.m.i. - PARTE 1

Cosa si intende per Reclamo?

Per **Reclamo** si intende «una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo»

Cosa non è da intendersi come Reclamo?

Non sono considerati Reclami:

- le richieste di informazioni o di chiarimenti;
- le richieste di risarcimento danni o
- le richieste di esecuzione del contratto

Chi è il Reclamante?

Il **Reclamante** è «un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione o dell'intermediario assicurativo, ad esempio il Contraente, l'Assicurato, il Beneficiario e il Danneggiato»



Reclami – ex Reg. ISVAP n. 24/2008 e s.m.i. - PARTE 2

Quali sono le tempistiche di riscontro al Reclamo?

La Compagnia, in base alla normativa in materia, è tenuta a riscontrare il Reclamante entro:

- ✓ **45 giorni** dalla ricezione del Reclamo se il reclamo perviene dal Reclamante;
- ✓ **30 giorni** dalla ricezione se il Reclamo perviene dall'Autorità di Vigilanza (IVASS) o altro diverso termine previsto da IVASS

Quali sono le tempistiche di riscontro da IVASS al Reclamante?

IVASS, una volta ricevuto il Reclamo dal Reclamante, avvia l'attività istruttoria e ne dà notizia allo stesso entro il termine di 45 giorni dal ricevimento ed entro 90 gg. dall'acquisizione degli elementi di valutazione necessari, comunica al Reclamante l'esito della gestione del Reclamo

Dove si possono reperire le modalità di invio dei Reclami?

Le modalità di invio dei Reclami ad AmTrust Assicurazioni S.p.A. sono reperibili:

- sul sito internet della Compagnia – Assistenza Clienti – Reclami;
- nei Set Informativi



Reclami – ex Reg. ISVAP n. 24/2008 e s.m.i. - PARTE 3

Cosa fare in caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo?

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo da parte di AmTrust Assicurazioni S.p.A., prima di interessare l'**Autorità Giudiziaria**, è possibile rivolgersi all'**IVASS - Servizio Tutela del Consumatore**.

Prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- l'**arbitro assicurativo (AAS)**: istituito dal D.M. n. 215 del 6 novembre 2024, tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso www.arbitroassicurativo.org, ove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile;
- la **mediazione civile**: interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La Mediazione è obbligatoria e condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile nei confronti dell'Impresa, attinente ai contratti assicurativi;
- la **negoziazione assistita**: tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia;
- l'**arbitrato**: solo se previsto nelle Condizioni di Assicurazione





AmTrust **LEADS** 2026

Grazie

www.amtrust.it