



Il Consiglio di Amministrazione

DELIBERAZIONE CONSILIARE N. 94

SEDUTA DEL 25-05-2017

Presidente: Marco Giachetti

Consiglieri: Carlo Mauro Agliardi
Pasquale Cannatelli (assente)
Claudio Cogliati
Marco Di Conza (assente)
Nicolas Gallizzi
Paola Pessina (assente)
Roberto Satolli

Con l'assistenza del Segretario Massimo Aliberti

Oggetto: PROCEDURA DI GESTIONE DEI SINISTRI IN AMBITO SANITARIO A SEGUITO DELLA INTRODUZIONE DELLA SELF INSURED RETENTION.

Su proposta del Direttore Amministrativo: Fabio Agrò

Con il parere favorevole del:

- Responsabile del Servizio affari legali e delle assicurazioni: Giuseppina Verga
- Responsabile della U.O.C. Economico Finanziaria: Roberto Alberti

L'atto si compone di n. 12 pagine di cui n. 9 pagine di allegati parte integrante

I presente provvedimento è soggetto a pubblicazione all'Albo Pretorio.

[Atti n. / – all.]





IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

VISTA la circolare 46/SAN/2004 della Direzione Generale Sanità della Giunta Regionale della Lombardia in materia di Risk Management, con la quale sono declinati gli obiettivi e l'attività del gruppo di coordinamento di gestione del rischio clinico e del Comitato di valutazione sinistri;

RICHIAMATE le determinazioni del 09.06.2005, n. 1120, e del 04.88.2005, n. 1723, con le quali, rispettivamente:

- è stato istituito il Nucleo per la Gestione del Rischio, ne sono stati individuati i componenti, il coordinatore e le attività;
- è stato istituito il Comitato di Valutazione dei Sinistri (nel prosieguo "CVS") ne sono stati individuati i componenti, obiettivi e compiti con assegnazione delle funzioni di coordinamento ad un dipendente esperto nelle materie giuridico-assicurative;

RICHIAMATA la determinazione del 21.02.2006, n. 433, *"Determinazioni in ordine alla nomina del coordinatore del nucleo di gestione del rischio ("Risk Manager") e del coordinatore del Comitato di Valutazione Sinistri"*;

CONSIDERATO che tra le attività demandate ai soggetti sopra individuati è previsto il supporto istruttorio, sotto il profilo tecnico/giuridico, ai dirigenti diversamente competenti in materia di gestione dei sinistri, come individuati nei relativi provvedimenti di incarico;

CONSIDERATO, altresì, che a seguito della introduzione, nei contratti assicurativi stipulati dagli enti del sistema sanitario regionale, della cosiddetta *Self Insured Retention (SIR)* la maggior parte delle richieste risarcitorie avanzate rientra nella totale gestione della Fondazione che si concretizza nella presa in carico del sinistro, svolgimento dell'istruttoria documentale e peritale, accertamento o negazione della responsabilità, negoziazione con il richiedente, liquidazione e corresponsione del risarcimento ovvero gestione della controversia a partire dagli atti prodromici al giudizio (ad es. : richiesta di mediazione o di negoziazione assistita), chiusura del sinistro;

RITENUTO opportuno che, proprio a seguito della obbligatorietà in capo alla Fondazione di questi adempimenti, l'attività di gestione dei sinistri venga compiutamente descritta e regolata da un documento che individui soggetti e responsabilità di ogni singola fase di trattazione delle richieste risarcitorie;

DATO ATTO dell'approfondimento e dell'analisi svolta dal dirigente competente in materia legale e delle assicurazioni nonché coordinatore del C.V.S. Comitato di Valutazione Sinistri con il supporto del Direttore sanitario di presidio e del Risk Manager;

ESAMINATA la proposta di procedura finalizzata a regolamentare la gestione delle richieste risarcitorie in materia di responsabilità medica predisposta dal dirigente competente in materia legale e delle assicurazioni, allegata e parte integrante della presente deliberazione;





Il Consiglio di Amministrazione

DATO ATTO dei pareri favorevoli in ordine al testo della predetta bozza espressi dal Risk Manager della Fondazione e dal coordinatore del Comitato di Valutazione dei Sinistri;

PREVIA VOTAZIONE resa ai sensi di legge, da cui risultano n. 5 voti favorevoli su n. 5 votanti;

DELIBERA

per le motivazioni richiamate in premessa:

1. di prendere atto del testo dal titolo "*Procedura di gestione dei sinistri in ambito sanitario a seguito della introduzione della Self insured Retention*", allegato al presente provvedimento di cui è parte integrante e sostanziale;
2. di approvare, conseguentemente, la procedura dal titolo "*Procedura di gestione dei sinistri in ambito sanitario a seguito della introduzione della Self insured Retention*";
3. di demandare alla Direzione Amministrativa e alle strutture che questa indicherà la massima diffusione della procedura e l'attuazione degli adempimenti in essa stabiliti;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico della Fondazione;
5. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio della Fondazione, ai sensi dell'art. 32 della legge n. 69/2009 e della l.r. n. 33/2009 ss.mm.ii.

Il Segretario

Massimo Aliberti

Il Presidente

Marco Giachetti

REGISTRATA NEL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI

IN DATA..... AL N. 94 -
25 MAG. 2017



PROCEDURA GESTIONE DEI SINISTRI IN AMBITO SANITARIO A SEGUITO DELLA INTRODUZIONE SELF INSURED RETENTION

1) AMBITO DI APPLICAZIONE E OBIETTIVO.

La Fondazione con il presente documento disciplina la procedura interna di gestione dei sinistri derivanti da responsabilità sanitaria (*malpractice*) a seguito della introduzione nel proprio sistema di copertura assicurativa della Self Insured Retention (nel prosieguo SIR) intendendo per tale la quota di ritenzione di rischio che la Fondazione gestisce facendosene carico anche dal punto di vista economico-finanziario.

1.1 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI/ACRONIMI DEFINIZIONI

Richiesta di risarcimento: qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un organismo di mediazione, alla Fondazione o ad uno o più dei suoi operatori/dipendenti.

Si intende parificata alla richiesta di risarcimento:

- a) la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti (civili penali e contabili)) in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione, nel momento in cui l'assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta;
- b) una richiesta scritta da parte dell'autorità giudiziaria delegata alle indagini di acquisizione di documentazione sanitaria, formata e detenuta dalla Fondazione.

Sinistro: per sinistro deve intendersi il fatto o l'evento descritto e dedotto quale presupposto causale del ricevimento da parte della contraente o dell'assicurato di una "Richiesta di risarcimento".

Self Insured Retention (SIR): quota di ritenzione di rischio di danni per sinistro che è posto a carico della Fondazione sia sotto il profilo della gestione che sotto quello economico finanziario.

Loss Adjuster: gestore esterno incaricato della trattazione, definizione e liquidazione dei sinistri.

Broker: intermediario assicurativo scelto dalla Fondazione a seguito di procedura ad evidenza pubblica

Compagnia assicuratrice: soggetto persona giuridica scelta con procedura ad evidenza cui è trasferita una quota di rischio e che nell'ambito di tale quota gestisce e sopporta gli oneri economici finanziari, interamente con proprie risorse.

2) RICEZIONE DELLA RICHIESTA, ESAME E AVVIO DELL'ISTRUTTORIA.

La fase iniziale, dedicata alla ricezione delle richieste risarcitorie ed alla valutazione della loro ammissibilità, è presupposto essenziale per la corretta e utile presa in carico del sinistro.

2.1 La richiesta risarcitoria, da recapitarsi alla struttura competente in materia legale e assicurativa della Fondazione che la esamina anche sotto il profilo della prescrizione del diritto al risarcimento, è da ritenersi completa e ammissibile quando :

- a. contenga una dettagliata descrizione dei fatti, con esatta individuazione della persona danneggiata, il luogo (reparto, unità, ambulatorio) in cui si è verificato l'evento;
- b. contenga la sottoscrizione personale della parte richiedente o del legale rappresentante o dell'esercente la potestà qualora si tratti di soggetto legalmente incapace

In assenza anche di uno solo di questi elementi, la richiesta è respinta con nota a firma del dirigente responsabile della struttura competente.

2.2 Qualora ritenga la richiesta ammissibile, la struttura competente provvede, nel più breve tempo possibile, ad inoltrarla la richiesta risarcitoria a:

- a. Compagnia assicuratrice per la valutazione del sinistro ai fini della SIR, fatte salve diverse disposizioni contrattuali che pongano in capo alla Fondazione la valutazione del sinistro ai fini dell'applicazione del regime di SIR;
- b. Al Broker, per la valutazione di eventuali profili inerenti il contratto assicurativo ed eventuali eccezioni sollevate dalla Compagnia;
- c. Alla Direzione Medica di Presidio per l'immediato avvio dell'istruttoria medico-sanitaria

Contestualmente la Fondazione invia alla parte richiedente: comunicazione interlocutoria:

- a. con cui si rende noto che la richiesta di risarcimento è stata ricevuta e che sono in corso le attività necessarie all'istruttoria della pratica con invito alla trasmissione dell'autorizzazione di legge per consentire il trattamento dei dati sensibili;
- b. con cui si chiede l'allegazione in copia di tutta la documentazione sanitaria (anche se relativa a prestazioni ricevute da altre strutture) e dell'eventuale relazione medico-legale redatta dal proprio fiduciario, nonché della documentazione comprovante le spese sostenute;
- c. con la quale si chiede la quantificazione economica del danno lamentato qual ora non esplicitata nella richiesta risarcitoria iniziale.

3) FASE ISTRUTTORIA

3.1 La Fondazione procede comunque, nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento, all'acquisizione della documentazione che, in funzione della specifica tipologia di sinistro, risulta necessaria per la compiuta istruttoria della pratica e che è così identificabile:

- a. documentazione sanitaria, sia con riferimento a quella formata dalla Fondazione che a quella proveniente da altri enti sanitari.
- b. identificazione dei sanitari interessati e comunque a conoscenza dei fatti ed eventuali loro relazioni sul caso;
- c. relazione sul caso del Direttore di Struttura/Unità Operativa;
- d. relazione sullo stato dei luoghi (descrizione, rappresentazioni fotografiche, indicazioni sulla conformità alla normativa vigente);
- e. relazioni in merito alla manutenzione del luogo del sinistro nonché indicazioni sulla relativa competenza (se riferita alla Fondazione o a soggetti terzi esterni ad essa) ;
- f. in caso di caduta di pazienti e altri utenti presso la Fondazione, relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi;
- g. eventuali dichiarazioni testimoniali;
- h. eventuali procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali);

la raccolta della documentazione a supporto dell'istruttoria avverrà a cura della DMP (Direzione Medica di Presidio) che interagirà con la UOC o le UU.OO.CC. interessate alle quali è lasciato l'onere di coinvolgere il personale sanitario intervenuto.

Sulla base delle valutazioni iniziali, effettuate nei termini finora descritti, si procederà come segue:

a) gestione diretta: qualora il potenziale risarcimento del danno risulti verosimilmente inferiore alla soglia SIR, la Fondazione procede a gestire direttamente ed autonomamente il sinistro (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Compagnia assicuratrice degli esiti conclusivi. Resta inteso che, ove nel corso della gestione del sinistro, dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo della SIR, la Fondazione ne darà immediata comunicazione alla Compagnia assicuratrice. Per il prosieguo della gestione, si procederà nei termini stabiliti dalla successiva lettera b) e dalle disposizioni di polizza.

b) gestione assicurativa: qualora il potenziale risarcimento del danno sia pari o superiore alla soglia SIR, la Fondazione dopo aver espletato gli adempimenti di cui al punto 2.2 lettere a) b) e c) trasmetterà alla Compagnia assicuratrice copia della denuncia di sinistro e la documentazione utile alla relativa istruttoria come indicata al precedente paragrafo *'Fase istruttoria'*; la Compagnia assicuratrice procederà all'apertura del sinistro, confermandone alla Fondazione la presa in carico. Nei termini contrattualmente previsti il sinistro sarà gestito dalla Compagnia assicuratrice.

4) COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI COMPOSIZIONE

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) è un organismo a composizione multidisciplinare, formato da membri interni ed esterni alla Fondazione. Tale organismo è di norma composto dal Direttore sanitario di Presidio, dal Dirigente competente in materia legale/avvocato, dal Risk Manager, da un Dirigente Medico della Direzione Sanitaria, dal Medico Legale interno od esterno, dal rappresentante della Società Loss Adjuster, del Broker e qualora si tratti di sinistro giudicato pari o oltre la soglia di SIR, dal rappresentante della Compagnia assicurativa.

E' facoltà della Fondazione estendere l'invito alla partecipazione alle riunioni del CVS a soggetti con competenze specialistiche inerenti i sinistri in esame o direttamente coinvolti in essi.

4.1 FUNZIONI

Il compito di tale organismo è quello di analizzare nel dettaglio ogni singolo sinistro al fine di minimizzarne l'impatto economico sul bilancio aziendale.

In particolare, all'interno del CVS, vengono:

- a) raccolte le informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
- b) individuate le eventuali responsabilità in capo ai diversi soggetti coinvolti nel sinistro al fine di darne loro notizia nel più breve termine possibile;
- c) valutare le tipologie e l'entità dei danni arrecati a terzi;
- d) valutare le possibilità di soluzione stragiudiziale della vertenza.

4.2 OBIETTIVI

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

- a. vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento dei danni, coinvolgendo tutti i componenti nell'analisi del sinistro, al fine di consentire l'identificazione della sussistenza della o delle responsabilità nonché di permettere una corretta quantificazione del danno;
- b. favorire la sollecita definizione delle richieste al fine di evitare il contenzioso giudiziario qualora ne sussistano i presupposti;
- c. individuare una strategia condivisa di gestione del sinistro;
- d. ottimizzare il rapporto tra rischi e premi assicurativi fungendo da punto di riferimento per la definizione delle politiche di copertura assicurativa aziendale.

4.3 RIUNIONI

Il CVS si riunirà con cadenza periodica su convocazione del coordinatore e di ogni seduta dovrà essere redatto apposito verbale a firma del Coordinatore e del Direttore sanitario di Presidio o del Risk Manager.

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

4.4 COMPETENZE

Di seguito sono descritte le competenze dei componenti il Comitato di Valutazione dei Sinistri:

Dirigente esperto in materia legale/avvocato: tenuta dei rapporti con i danneggiati e con i loro difensori, espressione di pareri legali sulle fattispecie di danno, adempimenti sub 2 e sub 3 che precedono

Compagnia assicuratrice e Broker: tenuta dei rapporti reciproci, valutazione degli aspetti contrattuali e di copertura delle richieste risarcitorie, soluzione di problematiche giuridiche di copertura, inerenti la concomitanza di coperture diverse sul medesimo evento o, a titolo meramente esemplificativo, su successione di richieste risarcitorie scaturenti dal medesimo evento;

Direttore Sanitario di Presidio: valutazione degli aspetti clinico-sanitari e, ove in possesso delle competenze necessarie anche degli aspetti medico legali ;

Medico legale interno/esterno: la valutazione delle implicazioni medico-legali sarà effettuata con la collaborazione del dirigente esperto in materia legale, del Loss Adjuster e del Broker Assicurativo per quanto concerne la quantificazione del danno e il supporto nella conduzione della gestione del sinistro e delle trattative.

I componenti del Comitato, in relazione all'entità dei sinistri, condivideranno la gestione degli stessi valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo pareri sugli importi posti a riserva e convenendo tra loro le eventuali strategie difensive.

4.5 DECISIONI

Il CVS, in relazione alle risultanze istruttorie, può proporre:

- di esperire la composizione stragiudiziale della vertenza, indicando l'importo massimo da riconoscere, con una negoziazione diretta da parte della componente legale (sotto soglia SIR) o della Compagnia Assicurativa (sopra soglia SIR).
- di respingere con motivazione dettagliata la domanda risarcitoria nelle ipotesi in cui non sia stata accertata una responsabilità diretta.

A seguito delle valutazioni effettuate e delle relative decisioni il CVS, per il tramite del coordinatore, sottopone alla Direzione Strategica le proposte di liquidazione per l'adesione al processo transattivo e per l'adozione dei successivi provvedimenti.

Per le transazioni di valore fino a euro 250.000,00 il provvedimento viene assunto dal Direttore generale.

In caso di valori superiori a tale soglia il provvedimento sarà assunto dal Consiglio di Amministrazione. E' comunque facoltà del Direttore generale sottoporre al Consiglio di Amministrazione particolari casi ritenuti ad elevato impatto per il Sistema Sanitario Regionale e, in ogni caso, il Direttore generale provvederà a rendicontare periodicamente al Consiglio di Amministrazione, di tutte le transazioni concluse.

4.6 TRATTATIVE

Per quanto concerne i sinistri sotto la soglia della SIR, sarà il dirigente esperto in materia legale a condurre le relazioni con controparte sia nella fase iniziale, sia a seguito delle risultanze dell'analisi del sinistro in sede di CVS, prima di sottoporre al Direttore generale il relativo provvedimento.

Nelle ipotesi di sinistri sopra soglia SIR, le contrattazioni saranno condotte dalla Compagnia assicuratrice sempre e solo a seguito di espressa autorizzazione, debitamente verbalizzata, del CVS specie in relazione alla messa a disposizione da parte di quest'ultima della SIR e della quota di franchigia aggregata, ove sussistente o non ancora completamente utilizzata.

Ad ogni modo, i negoziatori faranno sempre riferimento alle risultanze verbalizzate in seno al CVS.

5) COMPOSIZIONE STRAGIUDIZIALE

La composizione stragiudiziale di una vertenza risarcitoria dovrà avvenire secondo le indicazioni ed i limiti indicati dal CVS e dal Direttore generale e, quando ne ricorrano i presupposti, dal Consiglio di Amministrazione.

Nell'ipotesi di chiusura stragiudiziale di un sinistro sotto soglia SIR, la struttura competente in materia legale procederà alla redazione dell'atto di transazione/quietanza che dovrà essere sottoscritto dalle parti; verrà, poi, adottata la determinazione/deliberazione di presa d'atto dell'intervenuta soluzione bonaria della vertenza, seguita dal pagamento del sinistro.

Seguirà poi una comunicazione, alla Compagnia assicuratrice, dell'intervenuta transazione.

Per quanto interessa i sinistri sopra soglia SIR, la Compagnia assicuratrice si occuperà sia della redazione e trasmissione a controparte dell'atto di transazione, sia della materiale liquidazione del sinistro, dandone poi comunicazione alla Fondazione.

6) APPLICAZIONE DELL'ART. 1910 codice civile.

In caso di richiesta risarcitoria o di azione giudiziale diretta ad un dipendente personalmente, lo stesso è tenuto a denunciare il fatto alla Compagnia attivando la propria polizza personale, se esistente, e a comunicare gli estremi della stessa all'Amministrazione della Fondazione.

La decisione in ordine al coinvolgimento del sanitario e della sua polizza personale sarà assunta in sede di CVS e verrà curata dal Settore Legale.

Quanto sopra in ottemperanza alla normativa vigente in materia (articolo 1910 Codice Civile), che prevede, in caso di sinistro coperto da più assicurazioni, che a ciascuna Compagnia venga dato avviso del verificarsi del sinistro e della contemporanea esistenza di altre polizze.

Le richieste relative alle polizze personali dei dipendenti prescindono dall'accertamento della responsabilità ma sono inoltrate in applicazione della previsione del Codice Civile sopra richiamata.

Onde evitare di pregiudicare il buon esito della trattativa di definizione bonaria del sinistro, e considerato che l'ordinamento in tale ambito non prevede strumenti coattivi da utilizzare nei confronti dell'assicurazione personale del sanitario, resta inteso che la definizione transattiva del sinistro non è condizionata alla ripartizione del risarcimento del danno con la Compagnia assicuratrice del sanitario coinvolto. Pertanto, nel caso in cui l'assicuratore privato del medico non si faccia carico spontaneamente della ripartizione del danno, e non sussistano le condizioni per esercitare la manleva, la Fondazione procederà a gestire il sinistro ed a definirlo qualora il CVS ritenga comunque opportuna e conveniente la transazione. Analogamente si procederà nel caso in cui la polizza del sanitario per qualsiasi motivo non dovesse operare.

7) SEGNALAZIONE ALLA PROCURA REGIONALE DELLA CORTE DEI CONTI

La risoluzione/composizione sinistri, sia essa stragiudiziale che giudiziale, che comporti un esborso economico a carico del bilancio della Fondazione, sarà sempre oggetto di segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti che avverrà, a cura della struttura competente in materia legale, su base semestrale mediante trasmissione dei provvedimenti di liquidazione dei danni e del pagamento e della documentazione a supporto e a motivazione del pagamento.

Della segnalazione alla Corte dei Conti verrà sempre e tempestivamente data notizia ai sanitari interessati in relazione alla attribuzione ai medesimi di responsabilità nella determinazione dell'evento da cui è generato l'esborso.

8) RISERVAZIONE E CONTABILIZZAZIONE DELL'ESPOSIZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Nell'ambito della gestione dei sinistri sotto soglia SIR e delle somme comprese nella eventuale franchigia aggregata annua, queste voci saranno ulteriori rispetto al premio assicurativo.

E' pertanto demandata alla S.C./U.O. Economico-Finanziaria, opportunamente supportata dalla struttura preposta alla gestione del contratto assicurativo e alla gestione dei sinistri, la quantificazione del necessario fondo da appostare sul bilancio per far fronte ai futuri risarcimenti ed esborsi che la Fondazione sarà chiamata ad sostenere.

9) GESTIONE DELLE MEDIAZIONI ex d.lgs. 28/2010

Nel caso la convocazione avanti un Organismo di mediazione coincidesse con il primo atto ricevuto dalla Fondazione, troverà applicazione la procedura disciplinata al paragrafo "Fase istruttoria" che precede.

Nel caso in cui il valore economico espressamente quantificato nella mediazione, sia inferiore o pari ad € 250.000,00= la Fondazione procederà a gestire direttamente ogni aspetto inerente la partecipazione al procedimento di mediazione.

Qualora invece il valore espresso nell'istanza di mediazione sia pari o superiore ad € 250.000,00= troverà applicazione la procedura del paragrafo 5.2-punto B).

In questo caso la Fondazione dovrà prontamente trasmettere all'Assicuratore la convocazione pervenuta dall'Organismo di mediazione (anche per via telematica — fax) a cui farà seguito l'invio della documentazione necessaria per una rapida e accurata istruzione del sinistro.

Ove la richiesta avanzata risultasse carente di una espressa quantificazione economica del danno, verrà esperita una rapida valutazione con il supporto del medico legale fiduciario componente del CVS, relativamente alla potenziale esposizione, ai fini di ricondurre la mediazione all'interno dei parametri sopra citati e nei tempi utili per gli adempimenti relativi alla partecipazione all'incontro di mediazione.

Qualora si ritenesse di non partecipare al procedimento di mediazione, le parti (Fondazione e Compagnia Assicuratrice) in comune accordo predisporranno una comunicazione da inviare all'Organismo, corredata di articolata motivazione. La comunicazione sarà inviata a cura della Fondazione previa acquisizione delle determinazioni assunte dalla Compagnia Assicuratrice.

Nel caso in cui invece, non vi sia accordo sulla partecipazione o meno alla procedura di mediazione, la Fondazione si riserva comunque di inviare all'Organismo di mediazione una nota che giustifichi la mancata partecipazione.

La Fondazione, in qualità di diretta titolare della posizione giuridica soggettiva in contesa e nel contesto delle strategia di difesa, si ritiene libera di decidere di aderire e di partecipare alla mediazione anche nel caso in cui la Compagnia assicuratrice non lo ritenga necessario e/o opportuno.