

CVS	Revisione n. 01	revisione programmata
-----	-----------------	-----------------------

Allegato deliberazione n. 561 del 23/12/2013 - 1/4

PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLE CONTROVERSIE DA RESPONSABILITA' SANITARIA

Data redazione	Elaborazione	Verificata	Approvazione

INDICE

1. Ambito
2. Scopo
3. Fase stragiudiziale
4. Fase precontenziosa
5. Fase contenziosa



QR

CVS	Revisione n. 01	revisione programmata
-----	-----------------	-----------------------

1. Ambito

il documento si propone di istituire un sistema di gestione delle controversie da responsabilità sanitaria coinvolgendo, ciascuno per le rispettive competenze e professionalità, le varie strutture dell'Istituto e eventualmente il Broker assicurativo e l'Assicuratore laddove tali servizi siano operativi.

2. Finalità

1. ridurre il contenzioso
2. ridurre l'impatto economico degli eventi avversi da RC sanitaria
3. incidere sui tempi di gestione delle relative controversie
4. precisare compiti e funzioni delle professionalità coinvolte negli eventi avversi
5. aumentare il livello di trasparenza e di codecisione
6. migliorare la comunicazione e la *compliance* con l'utenza
7. analizzare le cause remote degli eventi avversi al fine di fornire elementi utili alla pianificazione di azioni reattive e proattive

3. Fase stragiudiziale

1. la richiesta di risarcimento del danno da responsabilità sanitaria deve essere indirizzata al Direttore Generale, legale rappresentante dell'Istituto che inoltrerà la stessa all'Ufficio Legale
2. l'Ufficio Legale:
 - trasmette con urgenza la richiesta di risarcimento al Broker (se presente) il quale riscontra l'apertura sinistro
 - chiede alla Direzione Medica di Presidio di fornirgli con urgenza la documentazione sanitaria relativa alla richiesta di risarcimento, in copia conforme.
 - trasmette la richiesta di risarcimento danni al personale coinvolto nell'evento ed all' U.O. Rischio clinico per le parti di sua competenza, unitamente alla documentazione sanitaria relativa alla richiesta di risarcimento di cui al punto precedente e invita lo stesso, anche ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 c. c. a trasmettere al medesimo Ufficio Legale con urgenza una relazione sul caso, gli estremi di polizza assicurativa personale (se esistente) e l'indirizzo di posta elettronica (se esistente: PEC) per mezzo del quale effettuare le comunicazioni relative alla gestione del contenzioso. Se ritenuto opportuno il personale coinvolto nel sinistro potrà chiedere direttamente alla Direzione Medica di Presidio copia conforme della documentazione sanitaria
3. l'Ufficio Legale trasmette al Broker (se presente) la documentazione sanitaria e la relazione dei sanitari così acquisite
4. l'Assicuratore (se presente) conferisce mandato al Medico legale di propria fiducia comunicando all' Ufficio Legale tale conferimento
5. Il Medico fiduciario dell'Assicuratore informa l'Ufficio Legale dell'inizio delle operazioni peritali al fine di consentire all'ISTITUTO mediante un proprio Medico legale la partecipazione alla visita dell'istante; i Fiduciari potranno acquisire direttamente dal periziando l'ulteriore documentazione ritenuta necessaria per l'espletamento dell'incarico. Il Fiduciario dell'Assicuratore trasmette all'Assicuratore stesso la relazione peritale menzionando l'eventuale parere discordante o concordante del Medico fiduciario dell'Istituto
6. l'Ufficio Legale può avvalersi, se ritenuto opportuno e su parere della Direzione Strategica Aziendale (d'ora in poi DSA), della collaborazione di Medici

CVS	Revisione n. 01	revisione programmata
-----	-----------------	-----------------------

specialisti dipendenti dell'Istituto ovvero convenzionati con lo Stesso al fine di acquisire pareri tecnici relativi ai singoli eventi.

7. Il medico fiduciario dell'Istituto, se ritenuto necessario, a visitare il danneggiato dando all'Ufficio Legale comunicazione della sede, del luogo e della data della visita. Il medico fiduciario potrà acquisire direttamente dal periziando l'ulteriore documentazione ritenuta necessaria per l'espletamento dell'incarico.

8. il medico fiduciario entro il termine ordinatorio di 30 giorni dalla visita trasmette il parere tecnico motivato all'Ufficio Legale.

9. ciascun evento oggetto di controversia sarà oggetto di valutazione da parte del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) da concludersi nel termine ordinatorio di 30 giorni dalla trasmissione della relazione medico legale.

10. il CVS, salvo ulteriori approfondimenti istruttori ritenuti opportuni, nell'ambito delle specifiche competenze professionali di ciascuna figura in esso rappresentata:

- esprime un parere sull'eventuale ipotesi transattiva formulata dal paziente/danneggiato (ovvero, se operativo, dall'Assicuratore)
- formula una propria proposta transattiva
- rigetta l'ipotesi transattiva.

11. l'Ufficio Legale trasmette l'istruttoria e le determinazioni del CVS alla DSA per le conseguenti azioni di competenza.

12. la DSA trasmette le proprie determinazioni all'Ufficio Legale (il quale provvederà a rapportarsi con il danneggiato e con i Sanitari coinvolti nell'evento avverso).

13. entro 10 gg dalla comunicazione di cui al precedente punto, i Sanitari coinvolti possono presentare osservazioni in merito alla eventuale proposta transattiva, le quali saranno valutate nel successivo CVS. Il Sanitario può assumere in nome e per conto proprio le proprie difese che ritiene opportune nei confronti del presunto danneggiato. In tal caso l'ISTITUTO garantirà il Sanitario esclusivamente nei limiti della proposta transattiva deliberata ai sensi dei precedenti punti, salvo il diritto di surrogazione e/o rivalsa e/o regresso nei confronti della compagnia di assicurazione personale del Sanitario o del Sanitario stesso.

14. in caso di conciliazione della controversia e di operatività di copertura assicurativa, all'atto transattivo parteciperà, oltre all'Istituto, l'Assicuratore.

15. le deliberazioni di definizione transattiva di sinistro e di liquidazione degli importi sono adottate con atto del Direttore generale su proposta della Struttura Burocratico Legale (Ufficio Legale) e sulla scorta dell'istruttoria condotta dal CVS. Tali deliberazioni sono notificate, fra gli altri ai Sanitari coinvolti nel sinistro.



CVS	Revisione n. 01	revisione programmata
-----	-----------------	-----------------------

4. Fase precontenziosa (tentativo di media-conciliazione)

16. la richiesta di esperimento del tentativo di conciliazione comunque pervenuta deve essere inoltrata all'Ufficio del Protocollo il quale inoltra la stessa alla DSA, all'Ufficio Legale (il quale la trasmette al Broker (se presente) e all'Ufficio Rischio Clinico.
17. entro 30 giorni dalla data di ricezione della richiesta, l'Ufficio Legale e il CVS concludono l'istruttoria della pratica (ai sensi dei precedenti punti dal n. 2 al n. 10).
18. conclusa l'istruttoria, l'Ufficio Legale e il CVS esprimono un parere in merito alla partecipazione alla procedura dandone notizia all'Organismo di conciliazione.
19. in caso di disponibilità transattiva così espressa dall'Assicuratore (se presente) e dall'ISTITUTO, un rappresentante dell'ISTITUTO stesso (e, in caso di operatività, uno dell'Assicuratore) partecipa al tentativo di conciliazione (con spese a carico dell'Assicuratore, se operativo).
20. in caso di conciliazione della controversia e di operatività di copertura assicurativa, all'atto transattivo parteciperà, oltre all'Istituto, l'Assicuratore.
21. le deliberazioni di definizione transattiva di sinistro e di liquidazione degli importi sono adottate con atto del Direttore generale su proposta della Struttura Burocratico Legale (Ufficio Legale) e sulla scorta dell'istruttoria condotta dal CVS. Tali deliberazioni sono notificate, fra gli altri ai Sanitari coinvolti nel sinistro.

5. Fase contenziosa

22. pervenuto l'atto introduttivo della controversia ovvero di altro procedimento giudiziale, l'Ufficio del Protocollo inoltra l'atto alla Direzione Aziendale, all'Ufficio Rischio Clinico e all'Ufficio Legale.
23. l' Ufficio Legale trasmette al Broker (se presente) l'atto con un proprio parere in merito alla controversia (espresso, se possibile, all'esito dell'istruttoria ai sensi dei precedenti punti dal n. 2 al n. 10).
24. la costituzione dell'ISTITUTO nel giudizio ordinario, cautelare o per accertamento tecnico preventivo avviene mediante conferimento del mandato professionale al legale interno o, in assenza, al legale esterno (salvo diversa previsione della polizza assicurativa, se operativa).
25. Il Difensore dell'Istituto:
- trasmette via pec entro 10 gg dalla scadenza di ciascun termine processuale l'atto all'Ufficio Legale
 - trasmette via pec all'Ufficio Legale i verbali di udienza entro i successivi 10 gg
 - relaziona annualmente (entro il 15 settembre di ogni anno) sull'andamento delle controversie affidate, probabilità di soccombenza e valore del petitum
 - in caso di possibilità transattive relaziona l'Ufficio Legale sull'opportunità della definizione bonaria
 - nomina quali consulenti tecnici quelli indicati dall'ISTITUTO (e, se operativo, dall'Assicuratore).
26. le deliberazioni di eventuale definizione transattiva di sinistro e di liquidazione degli importi (anche per ordine giudiziale) sono adottate con atto del Direttore generale su proposta della Struttura Burocratico Legale (Ufficio Legale). Tali deliberazioni sono notificate, fra gli altri ai Sanitari coinvolti nel sinistro.



Handwritten signature or initials.