



PROCEDURA
RISOLUZIONE STRAGIUDIZIALE DEI CONTENZIOSI

Codice documento:
PR.GRC.8.5-04
Emesso il 04.05.2022

INDICE

1. **SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE** Errore. Il segnalibro non è definito.
2. **RESPONSABILITA'** Errore. Il segnalibro non è definito.
3. **DEFINIZIONI** Errore. Il segnalibro non è definito.
4. **DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'** Errore. Il segnalibro non è definito.

1.SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Un'efficace gestione del rischio clinico, vista la complessità del fenomeno e la rilevanza assunta da questa tematica, deve prevedere, tra l'altro, forme di definizione stragiudiziale dei contenziosi che, attraverso soluzioni a vantaggio sia dei pazienti o dei familiari dei pazienti che degli operatori, contribuiscano a mantenere un clima di fiducia nel Servizio Sanitario Nazionale e nei confronti del Consorzio.

2.RESPONSABILITA'

In caso di evento che abbia provocato un danno al paziente, nella risoluzione stragiudiziali la responsabilità è attribuita alla Direzione Sanitaria.

3. GESTIONE PER LA RISOLUZIONE STRAGIUDIZIALE DEI CONTENZIOSI

Le strutture che erogano attività sanitarie possono gestire, tramite organismi interni, i sinistri e la loro eventuale definizione in via stragiudiziale. L'attività conciliativa di tali organismi può concludersi con un accordo tra le parti avente natura di una transazione (art. 1965 cod. civ.), che si fonda sull'esistenza di posizioni giuridiche contrapposte e sulla volontà dei soggetti di effettuare reciproche concessioni.

I criteri principali cui ispirarsi nel perfezionamento di una transazione sono:

- 1) ragionevolezza, logicità e razionalità;
- 2) rispondenza alla missione dell'Ente;
- 3) valutazione tecnica della scelta di transigere.

- **Azioni**

La transazione aziendale, presuppone la costituzione di appositi organi interni su base aziendale a cui affidare, oltre la gestione diretta dei e la formulazione di pareri sulle richieste risarcitorie, la funzione di definizione stragiudiziale delle controversie.

Tali organi, sono composti di norma da Risk Manager, Ufficio Legale-Assicurativo, Medico Legale, Compagnia Assicurativa.

Il loro compito principale rimane l'analisi esperta del caso e la valutazione delle criticità emerse, per un rapido svolgimento delle relative pratiche e per favorire il buon esito dell'accordo transattivo e la minimizzazione dei rischi.

In particolare, l'attività di tali organi ha per oggetto:

- l'integrazione della procedura di rilevazione, raccolta e organizzazione dei dati e delle informazioni necessarie ad un'efficace gestione dei sinistri;
- una prima valutazione, in presenza di una richiesta di risarcimento danni, delle eventuali responsabilità che, qualora non correttamente gestite, potrebbero sfociare in un contenzioso giudiziario;
- valutazione diretta delle tipologie e delle entità dei danni (in termini di responsabilità e di impatto economico) arrecati ai pazienti/utenti dei servizi sanitari, con il coinvolgimento di tutte le professionalità aziendali necessarie per l'analisi dei sinistri;
- la verifica dei data-base esistenti ed eventuale proposta di integrazione, al fine di renderli efficaci per la gestione delle statistiche sui sinistri, necessarie al mercato assicurativo;
- il contributo alla definizione della politica di copertura assicurativa aziendale.

- **Procedura e fasi**

Un'efficace negoziazione transattiva presuppone il minor numero di passaggi procedurali possibile e la cogestione amministrativa e medico-legale, tra l'Azienda e la Compagnia di assicurazione, delle pratiche risarcitorie

In particolare, è necessario definire una procedura per la risoluzione negoziata del contenzioso che comprenda le seguenti fasi:

a) Fase preliminare: è volta all'acquisizione di tutta la documentazione utile (sanitaria e non) e all'instaurazione di un proficuo rapporto con la parte istante, in particolare attraverso:

1. la gestione e la presa in carico della richiesta di risarcimento;
2. l'inoltro formale di tale richiesta alla Compagnia di assicurazione secondo le modalità previste dai diversi contratti;
3. l'informativa alla controparte rispetto alla presa in carico anche da parte della Compagnia di assicurazione e la richiesta di eventuali valutazioni medico-legali e/o dell'ulteriore documentazione sanitaria in possesso del richiedente.

b) Fase Istruttoria: durante tale fase si procede alla raccolta della documentazione necessaria all'istruttoria (copia della cartella clinica, dei referti e della documentazione medica, compresa quella iconografica, nonché eventuali relazioni di accertamento dei fatti a firma del personale sanitario coinvolto).

Può essere utile convocare e ascoltare le parti in causa (operatori dell'Azienda, danneggiato ed eventuali suoi consulenti).

c) Fase Peritale/Accertativa: entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione raccolta, il medico legale, in qualità di componente dell'organo di negoziazione e/o conciliazione, nominato dall'Azienda o dalla Assicurazione, procede a redigere una propria relazione.

Il parere medico-legale può essere emesso anche a seguito di visita del richiedente, appositamente invitato presso i locali dell'Azienda. Al fine di limitare i passaggi operativi, soprattutto nei confronti del richiedente, è auspicabile un preventivo accordo tra il medico legale dell'Azienda e della Compagnia di assicurazione, previa visita congiunta.

d) Fase Valutativa: l'organo di negoziazione e/o conciliazione, dopo aver acquisito la relazione medico-legale o, in caso di discordanza, delle relazioni del medico legale e del medico della Compagnia di Assicurazione, procede alla discussione (anche in presenza degli operatori sanitari coinvolti) e alla formulazione del giudizio conclusivo di definizione del sinistro.

e) Fase conclusiva: consiste nell'attivazione di strumenti e metodi per definire la trattativa con la controparte, seguendo il modello della conciliazione paritetica e ponendo particolare attenzione alla regolarità degli atti amministrativi conseguenti.

DT

RQ

DT

