

AGENZIA UMBRIA SANITÀ (AUS)

Sede Legale Palazzo Broletto – Via Mario Angeloni 61 – 06124 PERUGIA

Telefono: 075/50.26.147 075/50.56.987 – Fax: 075/50.58.796

Legge regionale 23 febbraio 2005 n. 17 come modificata ed integrata dalla Legge regionale 16 maggio 2007 n. 16

DETERMINAZIONE DEL DIRETTOREN. 43del 24 GIU. 2010**OGGETTO**

procedura negoziata per l'affidamento del Servizio assicurativo:R.C.T./O. occorrente per le Aziende Ospedaliere e per le Aziende Sanitarie Locali della Regione Umbria; aggiudicazione .

IL DIRETTORE

Dr.ssa Maria Gigliola Rosignoli, nominata con decreto della Presidente della Giunta Regionale n. 12 del 01 febbraio 2010



Sede operativa presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale n.3: Piazza Giacomini 40 - 06034 Foligno

Telefono: 0742/33.94.68 0742/33.94.80 - Fax: 0742/35.09.02

Cod. Fisc. e Part. IVA 03001640543

Richiamata la determinazione n. 12 del 19 febbraio 2010, con la quale è stata indetta procedura negoziata ai sensi dell'art. 57 comma 2 lettera a) del D.Lgs 163/2006 e s.m.i., per l'affidamento, tra l'altro, dei Servizi assicurativi R.C.T./O. (lotto 1) e R.C.excess (lotto 2);

Richiamata altresì la determinazione n. 28 del 30,3,2010, con la quale è stata nominata la Commissione giudicatrice per l'esame tecnico delle offerte pervenute (IGI - Insurance Company Limited per il lotto n. 1 e HDI GERLING per il lotto n. 2);

Atteso che la Commissione ha proceduto alla valutazione nel corso della seduta tenuta in data 13 aprile 2010, redigendo il verbale che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale **(All.1)**, dal quale si evince che per il lotto n. 1 il concorrente ha superato il giudizio qualitativo, mentre per il lotto n. 2 la non si è proceduto alla valutazione dell'offerta per i motivi riportati nel verbale medesimo;

Dato atto che il RUP in data 27 aprile 2010 ha proceduto, in seduta pubblica, all'apertura dell'offerta economica, redigendo apposito verbale che unito al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale **(All.2)**, dal quale si evince la regolarità dell'offerta stessa e la riserva di valutazione della congruità della stessa;

Considerato che la valutazione operata dal R.U.P. con la collaborazione del Broker aziendale ha consentito di poter attestare la congruità dell'offerta, come risulta dall'apposito verbale redatto in data 16.6.2010 che parimenti si allega al presente atto a formarne parte integrante e sostanziale **(All.3)**;

Atteso peraltro che in data 8.6.2010 è stata condotta con la I.G.I. apposita negoziazione sia per individuare margini di miglioramento dell'offerta economica, sia per adeguare la procedura per la gestione dei sinistri prevedendo un adeguato coinvolgimento delle Aziende interessate nella valutazione degli stessi;

Richiamato quindi il verbale redatto in occasione dell'incontro di cui sopra, che si allega al presente atto quale parte integrante e sostanziale **(All.4)**, dal quale si evincono le condizioni definitivamente pattuite con il concorrente, condizioni poi confermate con messaggio di posta elettronica del 10.6.2010;

Ritenuto pertanto che, in presenza di evidenti motivi di interesse pubblico a che le Aziende del servizio Sanitario Regionale dell'Umbria non subiscano soluzione di continuità nella copertura assicurativa della R.C.T. e che siano soddisfatte le condizioni di convenienza economica, si possa procedere alla aggiudicazione del Servizio assicurativo R.C.T./O. (lotto 1) alla Compagnia IGI Insurance Company Limited;

Considerato che la I.G.I. si è dichiarata disposta a comprendere nella polizza da stipulare in esito alla aggiudicazione di cui al presente atto anche la copertura RCTexcess di cui al lotto n. 2, senza modifica alcuna delle condizioni pattuite;

Considerato inoltre che la polizza da stipulare dovrà considerare, per la parte relativa alle sperimentazioni, condizioni diverse da quelle previste dal capitolato di gara per adeguarle alle novità introdotte dalla normativa intervenuta in materia successivamente all'approvazione del capitolato;

Considerato infine che il metodo di calcolo delle quote del premio a carico di ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale secondo le percentuali di incidenza già stabilite non trova più rispondenza con la pattuizione del premio nella forma "flat", ovvero del premio costante senza regolazione annuale, e con la previsione di una franchigia complessiva aggregata, senza previsione di franchigie per singolo sinistro;

Ritenuto allora di dover proporre, secondo gli accordi raggiunti con i broker aziendali, di dover calcolare le quote di spettanza secondo l'incidenza storica della sinistrosità liquidata, in modo che le quote del premio e della franchigia siano così ripartite:

<i>Azienda Sanitaria</i>	<i>Premio lordo annuo Flat</i>	<i>Franchigia aggregata</i>
ASL1	€ 1.650.375,00	€ 900.000,00
ASL 2	€ 2.475.562,50	€ 900.000,00
ASL3	€ 1.650.375,00	€ 900.000,00
ASL4	€ 2.475.562,50	€ 900.000,00
Azienda Ospedaliera di Perugia	€ 4.022.025,00	€ 2.700.000,00
Azienda Ospedaliera di Terni	€ 4.026.100,00	€ 2.700.000,00
Totale	€ 16.300.000,0	€ 9.000.000,00

Ritenuto di dover richiedere la esecuzione anticipata del contratto a causa della imminente scadenza della copertura assicurativa delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo apposita clausola di risoluzione nel caso di esito negativo delle verifiche che il R.U.P. dovrà eseguire ai sensi del codice dei contratti,

DETERMINA

Di affidare alla Compagnia "IGI - Insurance Company Limited" di Nottingham (P.I. GB 764402928), per i motivi esposti nelle premesse, per un periodo di 24 mesi, il servizio assicurativo per R.C.T./O di cui alla determinazione n. 12 del 19.2.2010 alle seguenti condizioni:

premio: non soggetto a regolazione a fine anno (premio "flat") pari € 16.300.000,00, pagabile in due rate semestrali;

franchigia: aggregata pari a € 9.000.000,00;

Di dare atto che relativamente al lotto n. 2 previsto dalla richiamata determinazione n. 12 del 19.2.2010 – Servizio assicurativo R.C.excess, non è stata presentata alcuna offerta valida;

Di dare atto che per la parte relativa alle sperimentazioni, la polizza da stipulare dovrà considerare condizioni diverse da quelle previste dal capitolato di gara per adeguarle alle novità introdotte dalla normativa intervenuta in materia successivamente all'approvazione del capitolato;

Di dare atto che le singole Aziende Sanitarie della Regione Umbria dovranno richiedere la esecuzione anticipata del contratto a causa della imminente scadenza della copertura assicurativa delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo apposita clausola di risoluzione nel caso di esito negativo delle verifiche che il R.U.P. dovrà eseguire ai sensi del codice dei contratti,

Di riservare l'adozione di un successivo provvedimento per la copertura della quota RCTexcess al momento della definizione della clausola che la Compagnia si dichiarerà disponibile ad accordare;

Di dare atto che le quote a carico di ciascuna Azienda Sanitaria della Regione Umbria relative al premio e alla franchigia aggregata sono così determinate:

<i>Azienda Sanitaria</i>	<i>Premio lordo annuo Flat</i>	<i>Franchigia aggregata</i>
ASL1	€. 1.650.375,00	€ 900.000,00
ASL 2	€: 2.475.562,50	€. 900.000,00
ASL3	€. 1.650.375,00	€. 900.000,00
ASL4	€. 2.475.562,50	€. 900.000,00
Azienda Ospedaliera di Perugia	€. 4.022.025,00	€. 2.700.000,00
Azienda Ospedaliera di Terni	€. 4.026.100,00	€. 2.700.000,00
Totale	€.16.300.000,0	€. 9.000.000,00

Di trasmettere il presente atto alla Direzione Regionale alla Sanità e alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Umbria per i conseguenti adempimenti e la stipula delle relative polizze.

IL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO

Dott.ssa Cinzia Angione

Cinzia Angione

IL DIRETTORE
(Dr.ssa Maria Gigliola Rosignoli)

Maria Gigliola Rosignoli

AGENZIA UMBRIA SANITA' (AUS)

Sede Legale: Palazzo Broletto - Via Mario Angeloni 61 - 06124 PERUGIA

Telefono: 075/50.26.147 075/50.56.987 - Fax: 075/50.58.796

Legge regionale 23 febbraio 2005 n. 17 come modificata ed integrata dalla Legge regionale 16 maggio 2007 n. 16

ALL. 1

Oggetto: Procedura negoziata: Servizi assicurativi - RCT/RCO (lotto 1), RC excess (lotto 2).
Verbale seduta riservata Commissione giudicatrice.

Verbale del 13 aprile 2010

Il giorno 13 Aprile alle ore 10,00 presso la Sede Operativa dell' Agenzia Umbria Sanità (AUS) - Piazza Giacomini, 40 - Foligno, si è riunita in seduta riservata, la Comm.ne giudicatrice, nominata con Determinazione del Direttore AUS n. 28 del 30/03/2010: "Procedura negoziata ai sensi dell'art. 57 comma 2 lettera a), per l'affidamento dei Servizi assicurativi - RCT/RCO (lotto 1), RC excess (lotto 2), tutela legale (lotto 3) - occorrenti alle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere della Regione Umbria - Nomina Comm.ne giudicatrice ", composta dai Sigg. di seguito indicati, convocata con nota prot. 421/AUS dell'8/4/2010, per procedere all'esame delle offerte tecniche presentate dalle Compagnie Assicuratrici ammesse a partecipare alla procedura in oggetto:

Dr. Roberto Americioni - Presidente Commissione Giudicatrice:
 Dirigente Servizio Acquisti e Logistica Az. USL n. 3;

Dr. Andrea Ciucci - Ufficio Affari Legali e Contenzioso Az. USL n. 4;

Dr.ssa Gabriella Marinacci - Responsabile Ufficio Assicurazioni - U.O. Affari Generali e Legali - Az. USL n. 2.

Assiste con funzioni di segretario verbalizzante la Sig.ra Pasqualina Suriano. - dipendente regionale in comando presso l'Az. USL n. 3 - messa a disposizione dell'Agenzia Umbria Sanità AUS.

Il Presidente constatata la presenza di tutti i Componenti della Commissione dichiara aperta la seduta.

In prima istanza la Comm.ne procede all'esame di tutti gli atti di gara, messi a disposizione della Comm.ne stessa dal componente ufficio AUS e precisamente:

- Determina n. 88 del 26 Ottobre 2009, con la quale è stata disposta l'indizione della gara;
- la lettera di invito alla gara;
- la determinazione del Direttore AUS n. 12 del 19 Febbraio 2010;

Sede operativa presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale n.3: Piazza Giacomini 40 - 06034 Foligno
 Telefono: 0742/33.94.68 0742/33.94.80 - Fax: 0742/35.09.02
 Cod. Fisc. e Part. IVA 03001640543

AGENZIA UMBRIA SANITA' (AUS)

Sede Legale: Palazzo Broletto - Via Mario Angeloni 61 - 06124 PERUGIA

Telefono: 075/50.26.147 075/50.56.987 - Fax: 075/50.58.796

Legge regionale 23 febbraio 2005 n. 17 come modificata ed integrata dalla Legge regionale 16 maggio 2007 n. 16

- il verbale redatto dal Responsabile Unico del Procedimento in data 24 Marzo 2010;
- n. 2 buste contenenti la documentazione tecnica presentata dalle Compagnie, IGI Insurance Company Limited (partecipazione lotto n. 1 RCT/O), HDI GERLING (partecipazione lotto n. 2 RC exess),.

Prende la parola il Presidente della Comm.ne Giudicatrice e procede ad una illustrazione della documentazione di gara, vengono richiamati i criteri di aggiudicazione esposti nella documentazione stessa.

La Comm.ne procede all'apertura della busta del lotto n. 1(RCT/O) Ditta partecipante: IGI Insurance Company Limited, constata la integrità della busta, la regolarità formale della documentazione medesima, sigla la documentazione ivi contenuta (scheda di offerta tecnica e capitolato speciale) in ciascun foglio, procede alla valutazione della scheda di offerta tecnica esprimendo le valutazioni riportate nella seguente tabella:

N° Variante	Descrizione sintetica Variante	Delta Coefficienti	Potenzialità/frequenza	Effetto	Coefficiente
1	Peggiorativa: Totale gestione dei sinistri da parte della sola compagnia	Condizioni operative contrattuali - 0,70 -1,00	Scarsa/molto frequente - 50%	Ininfluyente - 0%	0
2	Peggiorativa: designazione legali e periti da parte della sola compagnia e liquidazione sinistri in franchigia senza preventivo assenso dell'assicurato	Condizioni operative contrattuali - 0,70 -1,00	Scarsa/molto frequente - 50%	Ininfluyente - 0%	0
3	Peggiorativa: Operatività temporale delle garanzie secondo requisito minimo di capitolato	Condizioni operative contrattuali - 0,70 -1,00	Rilevante, catastrofale/ molto frequente - 100%	ininfluyente - 0%	0
4	Migliorativa: Innalzamento dei sottolimiti per le diverse garanzie a 5 mil/€	Variazioni migliorative - 0,01 - 0,50	Mediamente rilevante /possibile* - 50%	Moderatamente migliorativa - 50%	0,1225
5	Migliorativa: Elevazione massima per sinistro e per aggregato annuo	Variazioni migliorative - 0,01 - 0,50	rilevante catastrofale/molto frequente - 100%	Mediamente migliorativa - 25%	0,37
Totale Punteggio Tecnico:				37,450	

Sede operativa presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale n.3: Piazza Giacomini 40 - 06034 Foligno
Telefono: 0742/33.94.68 0742/33.94.80 - Fax: 0742/35.09.02
Cod. Fisc. e Part. IVA 03001640543

AGENZIA UMBRIA SANITA' (AUS)

Sede Legale: Palazzo Broletto - Via Mario Angeloni 61 - 06124 PERUGIA

Telefono: 075/50.26.147 075/50.56.987 - Fax: 075/50.58.796

Legge regionale 23 febbraio 2005 n. 17 come modificata ed integrata dalla Legge regionale 16 maggio 2007 n. 16

Sulla base delle risultanze della scheda sopra riportata ed applicando i criteri di cui alla lettera invito, la Commissione attribuisce all'offerta tecnica della IGI Insurance Company Limited il punteggio di 37,450. La Comm.ne procede di seguito all'apertura della busta del lotto n. 2 (RC excess) Ditta partecipante: HDI GERLING, constata l'integrità della busta, la presenza all'interno della stessa della scheda di offerta tecnica, che viene siglata in ciascun foglio, e costata altresì la mancanza del capitolato speciale, il quale, secondo le disposizioni della lettera invito della presente gara, art.2 pag.10, era richiesto a pena di esclusione dalla gara, salva la facoltà di completamento e chiarimento prevista ai termini di legge. La commissione al fine di valutare l'esercizio di tale facoltà, procede, comunque, ad esaminare l'offerta tecnica di che trattasi e rileva, tra l'altro, che con la stessa, alla Variante n.4 (pag.2 scheda), è aggiunto un ulteriore articolo (art.40 - Denuncia dei sinistri) a quelli già previsti dalle condizioni particolari del capitolato. La Commissione rileva che tale aggiunta costituisce causa di esclusione dell'offerta ai sensi dell'art.4, punto1) (pag.11 della lettera invito) e pertanto non procede alla valutazione dell'offerta.

Dopo il suddetto esame, la Commissione ritiene concluso il proprio lavoro e dispone l'invio, a cura del segretario verbalizzante, del presente verbale al Responsabile Unico del Procedimento per il proseguo della procedura.

Alle ore 16.00 il Presidente dichiara chiusa la seduta.

Letto, confermato e sottoscritto.

Dott. Roberto Americioni - Presidente

Roberto Americioni

Dr. Andrea Ciucci - Componente

Andrea Ciucci

Dr.ssa Gabriella Marinacci - Componente

Gabriella Marinacci

Si.ra Pasqualina Suriano - Segretario Verbalizzante.

Pasqualina Suriano



MM

Sede operativa presso l'Azienda Unità Sanitaria Locale n.3: Piazza Giacomini 40 - 06034 Foligno

Telefono: 0742/33.94.68 0742/33.94.80 - Fax: 0742/35.09.02

Cod. Fisc. e Part. IVA 03001640543

REGIONE UMBRIA
AGENZIA UMBRIA SANITA' (A.U.S.)
Sede Legale: Palazzo Broletto - Via Mario Angeloni 61 - 06124 Perugia
Sede operativa c/ o Unità Sanitaria locale n.3 - P.zza Giacomini 40-06034 Foligno

Oggetto: Procedura negoziata per l'affidamento del Servizio assicurativo per le Aziende Ospedaliere e per le Aziende Sanitarie Locali della regione Umbria - R.C.T./O - Apertura offerte economiche

In data 27/04/2010 alle ore 8,30 c/o la sede operativa della Agenzia Umbria Sanità - P.zza Giacomini, 40 - Foligno, ha luogo la seduta pubblica per l'apertura della offerta di cui alla procedura in oggetto.

SONO PRESENTI

Dott.ssa Cinzia Angione - Coll. Amministrativo esperto (messa a disposizione dalla Azienda Ospedaliera di Terni per attività Agenzia Umbria Sanità) - **Responsabile unico del procedimento**

Sig.ra Pasqualina Suriano - Coadiutore amministrativo (messa a disposizione dalla Regione Umbria per attività Agenzia Umbria Sanità) - **Testimone**

Sig. Alceo Argenti - Collaboratore Amm.vo dipendente ASL 3 - **Testimone**

Il RUP procede alla lettura del verbale redatto in data 13 aprile 2010 dalla Comm.ne giudicatrice nominata con determinazione n. 28 del 30 marzo 2010, dal quale risulta che per quanto riguarda l'offerta tecnica della Compagnia IGI Insurance Company Limited, partecipante al lotto 1 - RCT/O - ha superato il giudizio qualitativo realizzando il punteggio di totale di 37,45, mentre per Compagnia- HDI Gerling unica partecipante al lotto 2 - RC Excess - non si è proceduto alla valutazione dell'offerta tecnica per le motivazioni riportate nel verbale medesimo.

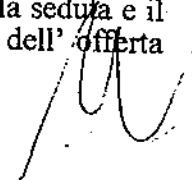
Il Responsabile del procedimento dà atto che con nota prot. 455 del 20/04/2010 è stata notificata alla ditta ammessa al proseguo della gara la data di apertura dell' offerta.

Dopo di che il Responsabile del procedimento procede alla apertura del plico contenente l'offerta e constatata la regolarità dell'offerta medesima, procede alla lettura delle quotazioni economiche.

Detta offerta viene allegata al presente verbale quale parte integrante e sostanziale (All.A).

Alla predetta offerta, non viene attribuito alcun punteggio, tenuto conto che, per la corretta applicazione della formula prevista nella lettera di invito (60 x CTR più basso offerto) si richiede la partecipazione di almeno due offerte. CTR dell'offerta in esame

Pertanto, alle ore 9,00 il Responsabile Unico del procedimento dichiara chiusa la seduta e il medesimo prende in consegna gli atti di gara per la valutazione della congruità dell' offerta medesima.



Letto, confermato e sottoscritto.

Dott.ssa Cinzia Angione - Coll. Amministrativo esperto - **Responsabile unico del procedimento**

Cinzia Angione.....

Sig.ra Pasqualina Suriano - Coadiutore amministrativo - **Testimone**

Pasqualina Suriano.....

Sig. Alceo Argenti - Collaboratore Amm.vo - **Testimone**

Alceo Argenti.....

M

AGENZIA UMBRIA SANITA' (A.U.S.)

Sede Legale: Palazzo Broletto - Via Mario Angeloni 61 - 06124 Perugia

Telefono: 075/50.26.147 075/5056987 - Fax: 075/50.58.796

Legge Regionale 23 febbraio 2005 n. 17 come modificata ed integrata dalla Legge Regionale 16 maggio 2007 n. 16

OGGETTO: Procedura negoziata per l'affidamento del Servizio Assicurativo: R.C.T./O per le Aziende Ospedaliere e per le Aziende Sanitarie Locali della Regione Umbria.

VERBALE DI CONGRUITA'


La scrivente Dott.ssa Cinzia Angione, nella sua qualità di responsabile Unico del procedimento relativo alla procedura in oggetto, indetta con determinazione n. 12 del 19.2.2010, richiama anzitutto il verbale della seduta pubblica tenuta in data 27 aprile 2010 e relativa all'apertura dell'unica offerta pervenuta, presentata dalla Compagnia IGI Insurance Company Limited, con riferimento alla riserva di valutazione della congruità dell'offerta stessa espressa al termine dei lavori.

Ai fini dello scioglimento della riserva, la scrivente dà atto che la soc. MARSH di Roma, individuata quale broker ufficiale con determina n. 88/2009, è stata incaricata dell'analisi tecnica delle componenti di offerta anche sulla base di analisi di benchmarking di settore. Il Broker, con nota del 15/06/2010, che viene unita al presente verbale quale parte integrante e sostanziale, ha fatto conoscere i risultati delle proprie analisi.

Ritenuto, alla luce della predetta analisi, che si possa attestare come congrua l'offerta presentata dalla I.G.I. e in considerazione del preminente interesse pubblico che la copertura assicurativa della responsabilità civile verso terzi delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale riveste, si propone di procedere all'affidamento del servizio assicurativo alla compagnia I.G.I.

Foligno li, 16 giugno 2010

Il Responsabile unico del procedimento
Dott.ssa Cinzia Angione


Cinzia Angione

Roma, 15 giugno 2010.

Spettabile Agenzia Umbria Sanità
c/o A.U.S.L. n. 3
Piazza Giacomini, 40
06034 - Foligno

Alla Cortese Attenzione della Dott.ssa Maria Gigliola Rosignoli

Oggetto: Responsabilità Civile Verso Terzi e Prestatori D'opera delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie del SSR della Regione Umbria

In relazione a quanto in oggetto, prima di entrare nel merito dell'offerta tecnico/normativa ricevuta nell'ambito della procedura negoziata per l'affidamento del servizio di Assicurazione della Responsabilità Civile Generale delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie della Regione Umbria, riteniamo doveroso dare alcuni cenni sulla situazione del mercato assicurativo della "medical malpractice" nel nostro paese.

1) Situazione generale del Mercato Assicurativo

Nell'ultimo decennio, quasi tutte le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, pubbliche e non, si sono trovate a dover affrontare nuove e crescenti difficoltà nella gestione dei propri rischi, in particolare nel trasferire al mercato assicurativo i rischi conseguenti alle Responsabilità Civili o Professionali, sia degli operatori sanitari che della struttura.

Le difficoltà incontrate derivano essenzialmente dal notevole aumento del numero e dell'entità delle richieste di risarcimento da parte degli utenti.

In un recente articolo del Corriere della Sera è emerso che sono circa 30.000 l'anno le denunce raccolte dall'Ania, associazione delle imprese di assicurazione e la crescita delle denunce è accompagnata dall'aumento dei premi assicurativi pagati da Asl/AO e singoli medici che passano dai circa 35 milioni del 1994 ai 453 milioni di euro del 2007, sicuramente ampiamente superati ad oggi.

L'inasprimento del contenzioso sui rischi della sanità, il mutamento giuridico della responsabilità dell'operatore sanitario (fino ad arrivare dall'obbligo di mezzi, all'obbligo di risultato), la significativa e severa attenzione dei media, quotidiani e televisione, ai casi veri o presunti di malasanità, con giudizi a volte non dotati di una corretta competenza professionale, hanno comportato un ulteriore aggravamento della situazione.



Pagina 2
15 giugno 2010

Il regime temporale per considerare sinistro gli eventi avversi, come è noto, tecnicamente vede due diversi criteri:

- I) **claims made** che considera elemento scatenante della garanzia la ricezione di formale richiesta di risarcimento;
- II) **loss occurrence** che considera invece, come elemento scatenante della garanzia il verificarsi dell'evento dannoso, a prescindere dal momento in cui viene presentata la richiesta di risarcimento.

Considerato che il regime "loss occurrence", ha cessato di essere inserito nei contratti assicurativi intorno all'anno 2000, agli assicuratori viene richiesta una estensione di retroattività quasi decennale, con notevoli difficoltà/costi per acquisire la riassicurazione.

Da tutto ciò è derivato l'attuale contesto del mercato assicurativo della RC sanitaria, estremamente critico rispetto a tre o 4 anni fa: in effetti negli ultimi anni abbiamo assistito al progressivo allontanamento da questo rischio dei principali gruppi assicurativi italiani (Generali, Assitalia, Unipol, Fondiaria-Sai, ed altri) sostituiti, ma solo temporaneamente, da alcuni assicuratori, principalmente sottoscrittori dei Lloyd's, che dopo alcune stagioni di rapporti tecnici negativi (rapporto sinistri/premi) non hanno più sottoscritto rischi di "malpractice" o lo hanno fatto solo a condizioni tecniche particolarmente sfavorevoli (es. esclusione della maternità).

II) Esempi di aggiudicazione

La situazione descritta al punto precedente, ha conseguentemente comportato per i rischi di responsabilità civile presentati a gara nel corso di questa annualità frequenti casi di gara deserta, aggiudicazioni a tassi di premio onerosi, franchigie per sinistro e/o in aggregato elevate, peggioramento in senso generale della normativa.

A titolo esemplificativo Vi segnaliamo una serie di recenti rinnovi:

- A.O. San Carlo di Milano: incremento del premio dell'80% nuovo costo 1.900.000,00;
- ICP Milano: incremento del 20% del premio portato a euro 8.500.000,00, peggiorando fortemente le condizioni (è uscita la maternità);
- A.O. di Legnano: incremento del premio dell'80%, nuovo costo euro 6.327.000,00;
- A.O. Macchi Varese: incremento 200%, nuovo premio euro 6.900.000,00





Pagina 3
15 giugno 2010

- Asl Roma A: gara deserta
- Azienda Ospedaliera Morelli di Reggio Calabria: incremento 120% premio, nuovo premio euro 3.667.500,00.

III) Offerta per affidamento lotto 1 RCT/O

Analizzando da un punto di vista economico la scheda di offerta dell'IGI rispetto ai premi anticipati e di regolazione del 2009/2010 si evidenzia la seguente situazione:

Polizze Rct/o Aziende Ospedaliere e Sanitarie della Regione Umbria:

- **Condizioni in corso**

Premio annuo lordo ant. 31/3/2009-31/3/2010	Reg.ne	Franchigie	Totale
9.313.860,65	3.650.777,95	6.400.000,00	19.364.638,60

- **Offerta 18/3/2010**

Premio annuo lordo ant. 30/6/2010-30/6/2011	Ipotesi Reg.ne	Franchigie	Totale
14.059.100,00	5.548,685,00	11.105.000,00	30.712.785,02

Con un aumento complessivo premio/franchigie percentuale di circa il 58%.

Si tratta sicuramente di un incremento di costo significativo, ma in linea con l'attuale situazione di mercato, dove gli assicuratori hanno valutato severamente la sinistrosità in genere della Regione Umbria, il valore medio per sinistro superiore alla media nazionale, un elevato ricorso al procedimento giudiziario, la mancanza di una convinta politica di risk management presente in tutte le Aziende Ospedaliere/Aziende Sanitarie Locali, unita ad una attenta gestione dei sinistri tramite un Comitato Valutazione Sinistri centralizzato.

Per la parte normativa la struttura sostanziale del contratto non è stata intaccata, garantendo una retroattività se non illimitata, collegata però alla data di termine per ogni azienda del regime di Loss occurrence.

Sono state poi proposte delle varianti migliorative:

Pagina 4
15 giugno 2010.

- art. 28 Precisazioni ed estensioni di garanzia: tutti sottolimiti di garanzia sono stati elevati ad € 5.000.000,00
- art. 37-Massimali di garanzia: il massimale per singolo sinistri è stato elevato ad € 5.000.000,00 ed il massimale anno aggregato portato a 30.000.000,00 di euro.

Il problema normativo più vincolante, rimane nell'art. 34 Gestione dei sinistri e rimborso degli importi in franchigia e Procedura di gestione sinistri all'art. 36, rispetto ai quali gli assicuratori, in funzione di altre esperienze probabilmente negative, temono che il coinvolgimento delle AO/ASL nella gestione autonoma dei sinistri in franchigia o comunque la scarsa possibilità di collaborazione, rallenti le possibilità di liquidazione/transazione dei sinistri facendo lievitare il contenzioso.

Una riflessione attenta e approfondita su questa offerta, partendo da una serie di fattori quali ad es. il valore medio del sinistro del SSR Umbro più elevato della media nazionale, una sinistrosità estesa in tutte le aziende, la mancanza di un comitato valutazione sinistri presente in ogni azienda, ci inducono a confermarVi "rebus sic stantibus", che l'offerta rispecchia la situazione e può quindi definirsi congrua.

Certamente, per quanto riguarda il livello delle franchigie gli Assicuratori hanno considerato lo scenario peggiore, ma essendo questa un'alea è possibile che l'importo complessivo annuo possa essere inferiore, soprattutto se le osservazioni sopra riportate troveranno applicazione pratica nell'ambito di un percorso di effettiva gestione del rischio clinico per un Servizio sanitario che operi in regime di qualità.

VI) Negoziazione Offerta IGI

Nell'ambito della procedura negoziata è stata poi attivata una fase di negoziazione al fine di verificare la disponibilità degli Assicuratori a modificare i termini economici e tecnici dell'offerta.

Di seguito sintetizziamo gli esiti del confronto svoltosi alla presenza del Direttore dell'Aus.

- 1) Aspetto Normativo**
- 2) Aspetto Economico**
- 3) Livello delle franchigie**

1) Normativa





Pagina 5
15 giugno 2010

L'incontro diretto con gli Assicuratori dell'Igi, ha permesso al Direttore dell'AUS di trasferire un messaggio di forte volontà ad avviare una corretta e convinta politica di Risk Management, e soprattutto di individuare una attenta gestione dei sinistri tramite un Comitato Valutazione Sinistri unico per le varie Aziende in sintonia con gli assicuratori.

Su questa base quindi, la IGI ha accettato di modificare ulteriormente la procedura per la gestione dei sinistri con una formulazione aperta al contributo dei vari riferimenti regionali e dei broker. Viene quindi allegata alla presente relazione la Bozza di Documento contenente la Procedura per la gestione dei sinistri nell'ambito del Comitato di Valutazione Sinistri.

II) Parte Economica

La nuova impostazione data alla gestione dei sinistri, ha agevolato la negoziazione economica sia in termini di premio che di livello franchigie.

Per il premio si è passati da un premio annuale di offerta in sede di gara di euro 14.059.100,00 + circa euro 5.548.685,00 di regolazioni, per un totale di euro 19.607.785,00, ad un premio "flat" non soggetto a regolazione a fine anno di euro 16.300.000,00, quale risultato della negoziazione, pagabile in due rate semestrali (non indicato nell'e-mail di offerta, ma confermato telefonicamente con gli Assicuratori).

III) Franchigie

Anche in questo caso il miglioramento è consistito nel portare la franchigia offerta di euro 11.105.000,00 (con previsione di franchigia per singolo sinistro di euro 10.000,00) ad una Franchigia aggregata di euro 9.000.000,00 e contemporanea eliminazione della franchigia per singolo sinistro.

In conclusione rispetto al costo totale delle polizze (premio lordo+franchigie) dell'annualità 31/3/2009 - 31/3/2010 pari a euro 19.364.638,60, il nuovo costo totale annuale (premio lordo+franchigie), a partire dal 30/06/2010 sarà pari a euro 25.300.000,00.

MARSH



MARSH MERCER KROLL
GUY CARPENTER OLIVER WYMAN

Pagina 6
15 giugno 2010

L'aumento limitato al solo 30%, complessivamente rispetto alla scorsa annualità, in considerazione del quadro generale per la copertura di rischi analoghi e delle condizioni offerte in prima istanza già analizzate nel punto III della presente nota, ci appare un risultato da valutare positivamente, e direttamente collegato ad una negoziazione serrata e concordemente indirizzata ad un impegno per il miglioramento del rischio a livello regionale.

Rimanendo a Vostra disposizione per ogni chiarimento Inviamo i migliori saluti.

~~Sergio Torcini~~
Area Manager Centro Sud

PROCEDURA PER LA GESTIONE- DEI SINISTRI RCT/O

1. Premessa

La principale finalità della presente procedura è quella di giungere nel più breve tempo possibile alla corretta liquidazione del danno, attraverso forme di reciproca collaborazione e coordinazione con la Società Assicuratrice ed, anche, per il tramite di ausiliari collegati od indipendenti.

La presente procedura si applica a tutti i sinistri, sia che essi rientrino totalmente nella franchigia di polizza, sia che eccedano tale valore ed anche per quanto riguarda gli interessi concorrenti od esclusivi del Contraente stesso.

2. Denuncia del Sinistro

Il contraente, e più nel dettaglio l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri nell'Azienda, in caso di ricevimento del "sinistro" (così come definito in polizza), trasmette regolare denuncia al Broker incaricato entro il termine previsto dal contratto (30 giorni) che, a sua volta, ne invia copia all'Ufficio Sinistri della Società Assicuratrice.

Tutte le comunicazioni tra le parti contraenti devono essere effettuate, per essere valide, per iscritto con lettera raccomandata A/R, telex, fax o altro mezzo ritenuto idoneo, per il tramite del Broker.

3. Adempimenti dell'Azienda verso il danneggiato

L'Azienda, a sua volta, informa il danneggiato che la denuncia è stata regolarmente inoltrata richiedendo contestualmente allo stesso il consenso al trattamento dei dati sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

4. Adempimenti della Società Assicuratrice.

Successivamente, all'atto di apertura del sinistro la Società provvederà, entro 10 giorni, a comunicare al Broker la presa in carica dello stesso, il numero della pratica e la documentazione necessaria per l'istruzione del sinistro.

Le comunicazioni dell'Assicuratore all'Azienda verranno effettuate tramite Broker.

La Società si impegna, inoltre, a partecipare attivamente al Comitato di Valutazione dei Sinistri di cui la contraente si avvale al fine di realizzare la collaborazione per la gestione e liquidazione dei sinistri.

La Società è tenuta a contestare al Contraente, per il tramite del broker, le eccezioni di inoperatività della garanzia tempestivamente al fine di non pregiudicare i diritti di difesa e/o di manleva della Contraente.

5. Documentazione

Dopo l'acquisizione del consenso da parte dell'interessato, l'Azienda potrà trasmettere al Broker la relazione riassuntiva con la documentazione raccolta per l'istruttoria e l'eventuale Relazione Tecnica redatta dal dipartimento di Medicina Legale se coinvolta.

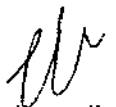
La suddetta documentazione sarà conseguentemente trasmessa all'Assicuratore.

6. Richiesta di documentazione dell'Assicuratore (e/o del Loss adjuster) al danneggiato

L'Assicuratore inoltra una richiesta di documentazione anche al danneggiato (tramite l'avvocato qualora il danneggiato abbia conferito mandato ad un legale per la richiesta di risarcimento).

7. Modalità di gestione delle richieste di risarcimento

Allorquando le parti contraenti avranno acquisito la documentazione istruttoria propedeutica alla gestione della vertenza si intraprenderà l'esame e la valutazione all'interno del Comitato di valutazione dei sinistri.



La definizione delle richieste risarcitorie in franchigia viene subordinata a decisione aziendale che verrà comunque comunicata all'Assicuratore tramite il Broker.

8. Liquidazione, pagamento e rimborso

Nell'ambito degli importi rientranti nella franchigia in aggregato, qualora si pervenga ad una proposta di transazione definitiva condivisa dall'Azienda, l'Assicuratore prima di procedere alla liquidazione richiederà all'Azienda, tramite il Broker, formale consenso alla liquidazione del danno nella misura definita.

Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, l'Azienda dovrà inviare, entro 20 giorni lavorativi dall'avvenuta ricezione della proposta transattiva da parte della Società, le proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati.

Acquisito il benestare da parte della Contraente, l'assicuratore procederà alla liquidazione del danno inviando l'atto di quietanza direttamente alla controparte.

Resta inteso che, allorquando l'Azienda esprima parere sfavorevole alla definizione transattiva prospettata dall'Assicuratore, corredata dalla volontà della controparte all'accettazione della stessa, l'Assicuratore resterà impegnato esclusivamente per quell'importo e null'altro potrà essergli eccipito.

Trimestralmente e fino alla definitiva chiusura di tutti i sinistri denunciati sulla presente polizza, la Società invierà alla Contraente il riepilogo dei sinistri liquidati nel periodo di riferimento, allegando gli atti di quietanza debitamente sottoscritti, indicando gli estremi del danneggiato, l'importo liquidato e l'importo che la contraente dovrà rifondere alla società a titolo di franchigia. La contraente si impegna a rifondere alla società quanto eventualmente dovuto a titolo di franchigia entro i 90 giorni successivi al ricevimento, da parte della stessa, del riepilogo di cui sopra.

9. Comitato Valutazione dei sinistri (Comitato)

L'azienda, di comune accordo con la Società Assicuratrice, si avvale del Comitato di Valutazione dei sinistri per la specifica tematica del monitoraggio e della gestione dei sinistri.

Il Comitato è, quindi, interessato a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento ed a rappresentare le eventuali tesi difensive.

I componenti del Comitato sono rappresentativi delle delle aree interne ed esterne all'Azienda deputate alla valutazione e gestione dei sinistri; la composizione sarà quindi definita secondo le direttive che la Regione Umbria dovrà impartire.

I nominativi dei componenti sono deliberati dall'Azienda e, se ritenuto necessario, potrà essere prevista un'integrazione con altre professionalità per affrontare i casi specifici.

Il Comitato di Valutazione con cadenza periodica, fissata di volta in volta, salvi i casi di particolare necessità, valuta congiuntamente:


- la situazione sullo stato delle pratiche aperte;
- l'aggiornamento degli importi riservati;
- le proposte di gestione della vertenza, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, indicando anche il massimo ammontare dell'offerta formulabile;
- le proposte di offerte alla controparte;
- le eventuali problematiche emerse al fine di individuare le possibili soluzioni.

Il Comitato potrà avvalersi della collaborazione di altre strutture aziendali in base alle necessità/argomenti trattati.

Il coordinamento del Comitato Valutazione Sinistri sarà in capo al Responsabile indicato dal Broker aziendale che avrà, comunque, cura e responsabilità di implementare il monitoraggio sull'andamento dei sinistri, congiuntamente tra l'Assicuratore, l'Azienda ed il Broker stesso.

A tal fine, la Società si impegna a creare e mantenere, apportando i necessari aggiornamenti, una banca dati sinistri relativa a tutte le posizioni di sinistro denunciate e ciò sino alla definizione dell'ultimo sinistro ancora pendente, anche dopo la cessazione dell'assicurazione stessa.

La Società si impegna, altresì, a garantire la propria presenza a periodiche riunioni del Comitato anche successivamente alla data di scadenza del contratto di riferimento, al fine di garantire continuità al lavoro per quei sinistri che alla scadenza non abbiano trovato una compiuta definizione.



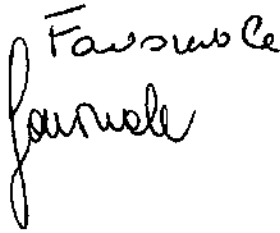
Delibera del Direttore Generale

n. **431** del **15 LUG. 2010**

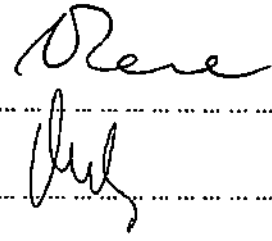
Proponente: **U.O.S. Affari Generali e Legali**

Oggetto: **Determinazione Direttore AUS n. 43/2010. Recepimento e Provvedimenti conseguenti.**

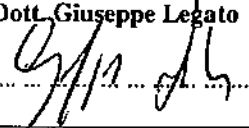
Il Direttore Sanitario esprime parere:
Dr.ssa Anna Paola PEIRONE



Il Direttore Amministrativo esprime parere:
Dr.ssa Nadia ANTONINI

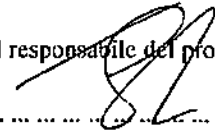


IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Legato



Publicazione nell'albo pretorio dell'azienda il giorno: **19 LUG. 2010** per la durata di 15 giorni.

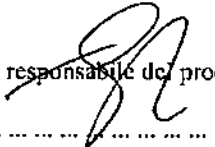
Il responsabile del procedimento



Esecutività conseguita il: **19 LUG. 2010**

Note:
.....
.....
.....

Il responsabile del procedimento



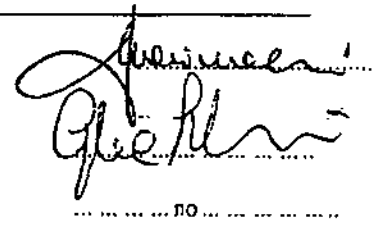
Trasmessa a:
Giunta Regionale il:

Collegio Sindacale il:

Conferenza dei Sindaci il:

Istruttore: **Dr.ssa G. Marinacci**
Dirigente UOS **Avv. G. Silvestri**

Allegati:



DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Premesso che con Determinazione del Direttore AUS (Agenzia Umbria Sanità) n. 43 del 24.6.2010 avente ad oggetto "Procedura negoziata per l'affidamento del Servizio assicurativo: R.C.T/O occorrente per le Aziende Ospedaliere e per le Aziende Sanitarie Locali della Regione Umbria; aggiudicazione" si era disposto quanto segue:

"di affidare alla Compagnia "IGI - Insurance Company Limited" di Nottingham (P.I. GB 764402928),... per un periodo di 24 mesi, il servizio assicurativo per R.C.T/O per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dell'Umbria....

Di dare atto che relativamente al Lotto..... R.C. Excess non è stata presentata alcuna offerta valida.

Di dare atto che per la parte relativa alle sperimentazioni, la polizza da stipulare dovrà considerare condizioni diverse da quelle previste dal capitolato di gara per adeguarle alle novità introdotte dalla normativa intervenuta in materia successivamente all'approvazione del capitolato;

Di dare atto che le singole Aziende Sanitarie della Regione Umbria dovranno richiedere la esecuzione anticipata del contratto a causa della imminente scadenza della copertura assicurativa delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo apposita clausola di risoluzione nel caso di esito negativo delle verifiche che il R.U.P. dovrà eseguire ai sensi del codice dei contratti,

Di riserovare l'adozione di un successivo provvedimento per la copertura della quota RCT excess al momento della definizione della clausola che la Compagnia si dichiarerà disponibile ad accordare;

Di dare atto che le quote a carico di ciascuna Azienda Sanitaria della Regione Umbria relative al premio e alla franchigia aggregata sono così determinate:....ASL n. 2 - Premio lordo annuo Flat di € 2.475.562,50 - Franchigia aggregata di € 900.000,00....

Di trasmettere il presente atto alla Direzione Regionale alla Sanità e alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere della Regione Umbria per i conseguenti adempimenti e la stipula delle relative polizze".

Ravvisata pertanto la necessità di recepire la suddetta determinazione al fine della conseguente sottoscrizione del contratto assicurativo per la copertura RCT/O sopra descritta .

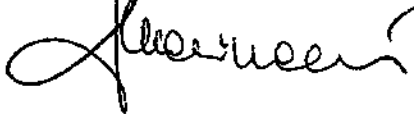
Premesso quanto sopra si propone di adottare la seguente Delibera:

- Recepire la Determinazione del Direttore AUS n. 43/2010 riportata in premessa, con la quale si è provveduto ad aggiudicare alla Compagnia "IGI - Insurance Company Limited" di Nottingham (P.I. GB 764402928) l'affidamento dei servizi assicurativi delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere della Regione Umbria, per un periodo di 24 mesi, a decorrere del 29.6.2010 per la copertura della Responsabilità civile verso terzi (RCT/O) .
- Dare atto che questa Azienda, in virtù della sopra indicata aggiudicazione, procederà alla stipula del contratto assicurativo per la copertura RCT/O con la Compagnia aggiudicataria IGI - Insurance Company Limited di Nottingham con decorrenza dalle ore 24,00 del 29.6.2010 fino al 29.6.2012.
- Liquidare con successivo e specifico atto il Premio lordo annuo Flat dovuto per l'anno 2010 relativo alle coperture RCT/O che risulta essere di € 2.475.562,50 (con una Franchigia aggregata di € 900.000,00), una volta acquisita la relativa Polizza da parte della Compagnia aggiudicataria.

- Trasmettere il presente atto al Broker Assicurativo AON s.p.a. sede di Terni, per i successivi adempimenti conseguenti.

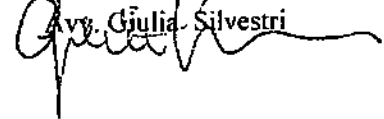
IL FUNZIONARIO ISTRUTTORE

Dr.ssa Gabriella Marinacci



IL DIRIGENTE U.O.S.

Avv. Giulia Silvestri



IL DIRETTORE GENERALE

(Dott. Giuseppe Legato)

Preso atto della proposta sopra riportata, adotta la seguente Delibera:

- Ricepire la Determinazione del Direttore AUS n. 43/2010 riportata in premessa, con la quale si è provveduto ad aggiudicare alla Compagnia "IGI - Insurance Company Limited" di Nottingham (P.I. GB 764402928) l'affidamento dei servizi assicurativi delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere della Regione Umbria, per un periodo di 24 mesi, a decorrere del 29.6.2010 per la copertura della Responsabilità civile verso terzi (RCT/O).
- Dare atto che questa Azienda, in virtù della sopra indicata aggiudicazione, procederà alla stipula del contratto assicurativo per la copertura RCT/O con la Compagnia aggiudicataria IGI - Insurance Company Limited di Nottingham con decorrenza dalle ore 24,00 del 29.6.2010 fino al 29.6.2012.
- Liquidare con successivo e specifico atto il Premio lordo annuo Flat dovuto per l'anno 2010 relativo alle coperture RCT/O che risulta essere di € 2.475.562,50 (con una Franchigia aggregata di € 900.000,00), una volta acquisita la relativa Polizza da parte della Compagnia aggiudicataria.
- Trasmettere il presente atto al Broker Assicurativo AON s.p.a. sede di Terni, per i successivi adempimenti conseguenti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giuseppe Legato)

0105 01

163

U.O.S. AFFARI
GRU. LI E LEGALI-
SERVIZIO
ECONOMICO
FINANZIARIO
Pb. AS.

Comunicato ai Settori

il

20 LUG. 2010





IGI Insurance Company Limited
 Market Square House
 St James's Street
 Nottingham NG1 6FG
 P.IVA GB 764 4029 28

Contratto n°

Prodotto:

Contraente:
 Assicurato/i:
 Indirizzo:
 CAP e Città:
 Codice Fiscale e/o P.IVA:

ASL 2 Perugia
 il Contraente
 Via Guerra n.21
 06127 Perugia
 .02101040547

Effetto e scadenza del contratto:

Dalle ore 24 del 29/06/2010
 Alle ore 24 del 29/06/2012

Effetto e scadenza della rata:

Dalle ore 24 del 29/06/2010
 Alle ore 24 del 29/12/2010

Rateazione SEMESTRALE

€ 2.025.000,00	€ -	€ 2.025.000,00	€ 450.562,50	€ 2.475.562,50
----------------	-----	----------------	--------------	----------------

€ 1.012.500,00	€ -	€ 1.012.500,00	€ 225.281,25	€ 1.237.781,25
----------------	-----	----------------	--------------	----------------

Numero totale di pagine allegata al presente Modulo:

Emessa in Londra, il

Gli Assicuratori

Il Contraente

30/06/2010

I.G.I. Insurance Company Limited
 Signature: *[Handwritten Signature]*

IL CONTRAENTE DICHIARA DI AVER RICEVUTO, LA NOTA INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. 196 30/06/2003

Il Contraente:

Il Pagamento del premio per l'importo di Euro _____

è stato effettuato in mie mani in data _____

L'incaricato

Aon s.p.a.



Lotto n° 1
POLIZZA RCT/O

PROGETTO
DI CENTRALIZZAZIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE
CONTRO I RISCHI DI
RESPONSABILITA' SANITARIA
REGIONE UMBRIA

Pagina 1 di 22

IGI Insurance Company Limited
Market Square House , St James's Street, Nottingham NG1 6FG
Telephone: +44 (0) 115 941 10 22
Fax: +44 (0) 115 941 1316
Reg. n° 1229676
Member of the Association of British Insurers
Authorised and regulated by the Financial Services Authority



DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

AMMINISTRAZIONE

AGGIUDICATRICE

l'Agenzia Umbria Sanità in proprio nonché per conto di ciascuna Azienda Sanitaria e Ospedaliera della Regione Umbria.

CONTRAENTE DELLE POLIZZE

Ciascuna Azienda Sanitaria e Ospedaliera della Regione Umbria nonché, limitatamente alla copertura di Colpa Grave, il personale che abbia aderito alla presente estensione di garanzia;

ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è tutelato dall'assicurazione e pertanto:

- √ L'Agenzia Umbria Sanità, nonché la Regione Umbria nell'ambito della propria attività istituzionale in materia sanitaria ed in qualità di ente finanziatore del Servizio Sanitario Regionale limitatamente alle attività svolte e per le quali sussista la responsabilità dei soggetti sotto indicati
- √ le Aziende Sanitarie del SS della Regione Umbria ed i loro Organi, Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociale, i Componenti del Collegio Sindacale, nonché i Dirigenti ed i Dipendenti tutti;

ASSICURATO AGGIUNTIVO

le persone fisiche e giuridiche diverse dal Contraente alle quali è riconosciuta tale qualifica nel testo contrattuale, in quanto soggetti il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Gli assicurati aggiuntivi potranno esercitare i diritti nascenti dal contratto unicamente per il tramite della Contraente stessa;

SOCIETA'

la Compagnia assicuratrice **I.G.I. Insurance Company Limited**;

BROKER

l'intermediario che ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b), del D. Lgs. 209/2005 abbia ricevuto o riceva mandato dal Contraente alla gestione ed esecuzione del contratto;

ASSICURAZIONE

i singoli contratti di assicurazione stipulati da ciascuna Azienda Sanitaria;

POLIZZA RISCHIO

il documento che prova l'assicurazione; la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne;



GARANZIE	le prestazioni della Società oggetto dell'Assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
RETRIBUZIONE ANNUA LORDA	ai fini del conteggio del premio: <ul style="list-style-type: none">• quanto, al netto delle ritenute previdenziali, il personale obbligatoriamente assicurato presso l'INAIL e quello c.d. non INAIL effettivamente riceve a compenso delle proprie prestazioni, nonché i compensi e gli emolumenti corrisposti ai lavoratori "interinali"• Il monte retribuzioni convenzionale pari all'imponibile figurativo INAIL, determinato per la categoria "Medici in formazione specialistica"
SINISTRO R.C.T./R.C.O.	(formula temporale claims made) la richiesta di risarcimento, relativa a danni oggetto delle presente assicurazione, inviata da terzi pervenuta all'Assicurato durante il periodo di efficacia dell'assicurazione
PER SINISTRO DA MEDICAL MALPRACTICE	Il sinistro riconducibile alla Responsabilità connessa: <ul style="list-style-type: none">• Alla qualità di struttura ospedaliera-sanitaria• All'esercizio della professione medico/sanitaria ed alle attività ad essa connesse
SINISTRO IN SERIE	più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti riconducibili ad una medesima causa le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro;
RICHIESTA DI RISARCIMENTO	quella che per prima fra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato: <ul style="list-style-type: none">a) qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata da terzi pervenuta all'Assicurato;b) formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui il Contraente ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta;c) provvedimento di sequestro disposto dall'autorità giudiziaria ai sensi degli artt. 253 e segg. 321 e segg. del c.p.p. nonché di polizia giudiziaria ai sensi dell'art. 354 e segg. del c.p.p.



INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
MASSIMALE PER SINISTRO	l'importo massimo dell'indennizzo per ogni sinistro, incluso il sinistro in serie, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o sofferto danni a cose di loro proprietà;
MASSIMALE PER ANNO	la massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa;
ANNUALITA' ASSICURATIVA	ciascun periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria o di cessazione dell'assicurazione;
FRANCHIGIA PER SINISTRO	la parte di danno risarcibile al danneggiato che per ogni e ciascun sinistro non concorre a formare l'indennizzo e resta a carico dell'Assicurato anche se anticipata dalla Società;
FRANCHIGIA AGGREGATA	la parte (conteggiata pro rata annuale) dell'ammontare di tutti gli indennizzi, liquidabili in base alle Condizioni dell'Assicurazione, che complessivamente per tutti i sinistri che colpiscono l'Assicurazione nella medesima annualità assicurativa, è convenzionalmente ritenuta in autoassicurazione del Contraente.
SCOPERTO	la parte percentuale di danno a carico dell'Assicurato;
DANNO CORPORALE	il pregiudizio economico conseguente a lesioni o morte di persone ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale;
DANNI MATERIALI	ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa, nonché i danni ad essi conseguenti;
COSE	gli oggetti materiali e gli animali;
DANNI PATRIMONIALI	il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali o corporali come sopra definiti;
COVASI	il Comitato tecnico-scientifico, composto da professionalità interne od anche esterne all'Azienda Contraente, che si riunisce periodicamente per fornire consulenza e supporto alle strutture Aziendali incaricate di istruire e valutare le pratiche del contenzioso assicurativo, con la finalità di orientare le gestioni assicurative verso le soluzioni più idonee a garantire la più efficace definizione delle vertenze ed a contenere i costi del contenzioso;



CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Contraente/Assicurato

(Inserire i dati anagrafici del Contraente/Assicurato)

N.B. Per ciascun Contraente/Assicurato sarà emesso

- separato certificato di Assicurazione contenente lo sviluppo del premio. esemplare originale della polizza di assicurazione,
- eventuali appendici integrative afferenti le condizioni specificamente pattuite in ordine a tale Contraente/Assicurato

Art. 1 - Norme che regolano l'Assicurazione

La presente assicurazione si intende prestata alle condizioni tutte previste dalla presente polizza nonché dalle eventuali Condizioni Particolari, che saranno pattuite tra la Società ed il Contraente/Assicurato e riportate nel certificato di assicurazione

Art. 2 - Assicurati aggiuntivi

a) Qualsiasi persona fisica o giuridica per la quale la legge o altra disposizione normativa obbligatoria impone al Contraente l'obbligo d'assicurazione di Responsabilità Civile.

b) Qualsiasi persona fisica o giuridica alla quale sia riconosciuta l'estensione della qualifica di Assicurato nel contesto contrattuale:

a titolo esemplificativo il personale appartenente alle seguenti categorie:

- personale medico e sanitario a rapporto convenzionale,
- personale universitario convenzionato,
- personale a contratto, inclusi i medici contrattisti,
- medici specialisti in formazione,
- obiettori di coscienza in servizio sostitutivo civile;
- assegnisti, borsisti, tirocinanti e dottorandi ;
- volontari ed appartenenti ad Associazioni di volontariato
- sono compresi anche i beneficiari di borse terapeutiche anche se svolte presso terzi

In caso di corresponsabilità di due o più Assicurati i massimali previsti restano tali ad ogni effetto.

Art. 3 - Attività assicurata

Gestione di attività sanitaria istituzionalmente riconosciuta al Contraente dalle competenti Autorità o comunque ad esso trasferite o delegate comprese tutte le attività preliminari e conseguenti, accessorie, connesse e collegate, complementari ed ausiliarie, mediante strutture, mezzi e tecnologie ritenute dal Contraente stesso più idonee al raggiungimento del fine istituzionale.

L'Assicurato/Contraente dispone delle autorizzazioni previste dall'ordinamento giuridico e dai regolamenti vigenti per l'esercizio dell'attività oggetto della presente assicurazione.



Art. 4 - Durata dell'assicurazione

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni due con effetto dalle ore 24.00 del 29/06/2010 e scadenza alle ore 24.00 del 29/06/2012.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 90 (novanta) giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

E' prevista la possibilità da parte del Contraente di richiedere un'ulteriore annualità di copertura alla scadenza alle medesime condizioni economiche e normative.

Art. 5 - Proroga dell'assicurazione

La Società si impegna a concedere una proroga del contratto, alle stesse condizioni normative ed economiche, di 120 giorni (centoventi giorni) se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto,

L'Erte invierà l'eventuale richiesta alla Società con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni da darsi alla Società mediante lettera raccomandata.

In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura. Tale proroga non comporterà in nessun modo un aumento dei massimali aggregati di polizza.

Art. 6 - Premio annuo lordo dell'assicurazione

Il premio annuo lordo indicato nel frontespizio deve intendersi "flat" e quindi non soggetto a regolazione premio.

Art. 7 - Clausola Broker

è stata affidata dal Contraente la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker assicurativo ai sensi dell'art. 109, comma 2 lettera b), del D. Lgs. 209/2005.

La Società riconosce pertanto che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker e tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione, incluso il pagamento dei premi, saranno svolti per conto del Contraente dal suddetto Broker.

Art. 8 - Clausola di coassicurazione - Estratto unico (non applicabile ai R.T.I.)

L'assicurazione è ripartita per quote fra le Società coassicuratrici indicate nel riparto del premio, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto e ciò vale anche per la presente clausola.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.



Art. 9 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il premio annuo lordo viene corrisposto in due rate semestrali.

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C. il Contraente/Assicurato è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Trascorso infruttuosamente tale termine, la copertura avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il termine di 60 giorni vale anche per il pagamento di appendici comportanti un premio alla firma.

Se il Contraente/Assicurato non paga i premi per le rate successive l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Per regolazioni e/o variazioni che comportino un pagamento di premio, il Contraente potrà pagare tale premio, nei modi di cui sopra, entro 60 giorni dal ricevimento delle relative appendici, salvo termini a lui più favorevoli previsti altrove in polizza.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

•l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa."

Art. 10 - Regolazione del premio

Il premio annuo lordo indicato nel frontespizio deve intendersi " fiat"

Art. 11 - Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 12 - Foro Competente

Le parti contraenti riconoscono come unico foro competente, per qualsiasi controversia, quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 13 - Aggravamento e diminuzione di rischio

Verificandosi un aggravamento del rischio tale per cui la situazione di rischio sopravvenuta presenti caratteri della novità e della permanenza, il Contraente deve darne comunicazione scritta alla Società entro 30 giorni dal suo verificarsi.

Gli aggravamenti di rischio non accettati dalla Società, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.



Verificandosi una diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del codice civile.

La diminuzione del rischio non può essere considerata causa di recesso da parte della Società.

Art. 14 - Prova del contratto e forma delle comunicazioni

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Tutte le comunicazioni fra le Parti dovranno avvenire a mezzo di lettera raccomandata, e-mail, telegramma, telefax o altro mezzo telematico ed avranno effetto dalla data di invio, quando questa sia rilevabile.

Art. 15 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non sia espressamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 16 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio/buona fede

Sempreché non siano addebitabili a dolo, l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, durante il corso di validità dell'Assicurazione così come all'atto della sottoscrizione delle stesse, non comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, né la cessazione dell'assicurazione.

Art. 17 - Altre assicurazioni

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.

Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C.; resta salvo quanto diversamente disposto in tema di operatività temporale delle garanzie RCT.

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono dare avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C..

Art. 18 - Informativa sui danni

La Società si impegna a comunicare entro 10 giorni dall'avviso di sinistro il numero della pratica, l'Ufficio e la persona incaricata della gestione del sinistro medesimo.

La Società, con cadenza semestrale si impegna a fornire un'informativa circa la quantificazione dei sinistri denunciati corredata dai seguenti dati:

numero del sinistro
data di accadimento
data di denuncia



tipologia di avvenimento
importo pagato
importo riservato
importo in franchigia
data del pagamento o della chiusura senza seguito.

In caso di Inadempienza da parte della Società l'Azienda provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni.

Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di:

€ 100,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dall'Azienda per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 18 - Bis Rischio Comune

Ciascuna polizza o certificato di assicurazione emesso in applicazione della presente Assicurazione costituisce rischio comune, pertanto non è ammesso il recesso parziale da singole polizze certificati o garanzie.

Si precisa tuttavia che al fini dell'operatività della garanzia in base alle presenti Condizioni Generali di Assicurazione, nessuna eccezione potrà essere opposta ad un Contraente od Assicurato diverso dal soggetto cui è addebitabile il comportamento o l'omissione che l'abbia determinata per mancata operatività dell'art. 36.



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITA' CIVILE

Art. 19 - Responsabilità civile verso terzi RCT

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (capitale, interessi, rivalutazione e spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per tutti i danni non espressamente esclusi involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali, per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta comprese tutte le operazioni e attività accessorie, sussidiarie, e/o complementari, di qualsiasi natura e con qualsiasi mezzo svolte, nessuna esclusa nè eccettuata ovunque nell'ambito territoriale dell'Assicurazione, ed in ogni caso qualunque attività consentita dalle leggi vigenti e/o dai propri regolamenti interni e non in contrasto con gli stessi. L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile derivante da fatto doloso di persone delle quali l'Assicurato debba rispondere.

Art. 20 - Persone non considerate "terzi"

Ai fini dell'assicurazione R.C.T. sono considerati terzi tutte le persone fisiche e giuridiche con la sola esclusione:

a) dei prestatori di lavoro, dipendenti dell'Assicurato, soggetti all'assicurazione obbligatoria (INAIL), per gli infortuni dagli stessi subiti in occasione di lavoro in quanto in tal caso opera la garanzia R.C.O.;

b) dei soggetti non dipendenti dell'Assicurato per i quali lo stesso debba provvedere alla copertura obbligatoria INAIL (opera la garanzia R.C.O.).

Pertanto i prestatori di lavoro sopra definiti sono considerati terzi qualora subiscano il danno non in occasione di prestazione svolta presso o per conto dell'Assicurato Contraente e/o per danni arrecati a cose di proprietà dei prestatori di lavoro stessi.

A titolo di maggior precisazione, si prende atto fra le parti che sono considerati terzi tutti coloro che non rientrano nel novero dei prestatori di lavoro come sopra definiti (compresi il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario nonché i Revisori dei Conti), anche nel caso di partecipazione alle attività dell'Assicurato stesso, (manuali e non), a qualsiasi titolo intraprese, nonché per la presenza, a qualsiasi titolo e/o scopo, nell'ambito delle suddette attività.

Art. 21 - Responsabilità civile verso dipendenti RCO

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

1) ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 Giugno 1965 n.1124 e successive integrazioni, modifiche ed interpretazioni e del D. Lgs. 23 Febbraio 2000 n. 38, per gli infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti o da lavoratori parasubordinati addetti alle attività per le quali è prestata l'assicurazione;

2) ai sensi del Codice Civile a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive integrazioni e modifiche e del D. Lgs. 23 Febbraio 2000 n. 38, cagionati ai prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali.

La validità dell'assicurazione è subordinata alla condizione che l'Assicurato sia in regola con gli obblighi derivanti dall'assicurazione di legge. L'assicurazione conserva tuttavia la propria



validità anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia.

La garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) è estesa al rischio delle malattie professionali tassativamente indicate dalle tabelle allegata al D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965, o contemplate dal D.P.R. 9.6.1975 n. 482 e successive modifiche, integrazioni ed interpretazioni in vigore al momento del sinistro, nonché a quelle malattie che fossero riconosciute come professionali o dovute a causa di servizio dalla magistratura.

La garanzia non vale:

- per i casi di discriminazione razziale, sessuale e mobbing,
- per le malattie professionali connesse all'utilizzo dell'amianto;

per le malattie professionali che siano la diretta conseguenza:

- a) della mancata osservanza delle disposizioni di legge addebitabile a titolo di dolo al Legale Rappresentante della Contraente;
- b) della intenzionale mancata prevenzione del danno, per omesse riparazioni od adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, una volta rilevati, da parte del Legale Rappresentante della Contraente.

Questa esclusione cessa di avere effetto successivamente all'adozione di accorgimenti ragionevolmente idonei, in rapporto alla circostanza di fatto e di diritto, a porre rimedio alla preesistente situazione.

- c) manifestatesi per la prima volta trascorsi oltre 12 mesi dalla cessazione dell'Assicurazione o del rapporto di lavoro.

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS o Enti similari ai sensi dell'art. 14 della Legge 12 giugno 1984 n. 222.

Art. 22 - Responsabilità personale dei preposti

La garanzia di Responsabilità Civile verso i prestatori di lavoro (R.C.O.) viene estesa a favore delle persone incaricate dall'Assicurato della direzione o della sorveglianza del lavoro, per la eventuale responsabilità personale loro derivante a seguito di infortuni subiti - nello svolgimento delle relative mansioni professionali - da dipendenti dell'Assicurato o loro sottoposti.

Art. 23 - Responsabilità personale e professionale

L'assicurazione R.C.T. è estesa anche alla responsabilità personale e/o professionale di tutti i dipendenti e/o collaboratori convenzionati, medici compresi, e compresi i sanitari non alle dipendenze, di cui l'Assicurato/Contraente si avvale nell'esercizio della sua attività compresa la libera professione intramuraria.

L'Assicurazione include la responsabilità civile personale dei dipendenti del Contraente nonché delle persone non in rapporto di dipendenza del Contraente e della cui opera quest'ultimo si avvale, per danni involontariamente cagionati a terzi, escluso il Contraente nella loro qualifica di: "Datore di Lavoro", "Responsabili del servizio di protezione e sicurezza" e "Responsabili dei lavori ovvero di «Coordinatori per la progettazione e/o per l'esecuzione dei lavori», ai sensi della normativa di cui al D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. Relativamente alla corresponsabilità del Contraente, in qualità di committente, prevista al punto 4. dell'art. 26 del D. lgs. 81/2008, resta convenuto che l'assicurazione risponde per tutti i danni per i quali il lavoratore, dipendente dall'appaltatore o dal subappaltatore, non risulti indennizzato ad opera dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) o dell'Istituto di previdenza per il settore marittimo (IPSEMA).



Per i sanitari ed il restante personale non alle dipendenze, la copertura opererà limitatamente alle categorie per le quali sussiste un obbligo: di legge, derivante da regolamento del Contraente e/o Convenzione sottoscritta dal Contraente nonché da contratto anche individuale, con l'onere di copertura a carico degli Enti Contraenti e dentro i limiti dagli stessi previsti. L'Assicurazione conserva la propria validità anche in relazione alla responsabilità civile personale e professionale di dipendenti della Contraente che svolgono attività presso altre strutture in virtù di convenzioni o specifici contratti stipulate con l'Assicurato o la Contraente stessa.

Si intende inclusa la responsabilità derivante alla Contraente per il fatto delle persone sopra indicate, resta salva la facoltà di rivalsa spettante alla Società in caso di dolo o colpa grave dei soggetti sopra indicati(salvo quanto previsto all'art. 38)

Art. 24 - Operatività temporale delle garanzie

La garanzia della Responsabilità civile verso terzi e RCO vale per le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato per la prima volta, e dallo stesso ricevute nel corso del periodo di decorrenza dell'assicurazione indicato in polizza e notificate alla Società entro i termini contrattuali o di legge, a condizione che tali richieste siano conseguenti a comportamenti posti in essere non antecedentemente alle date di seguito indicate:





Nel caso di richieste di risarcimento relative a comportamenti colposi posti in essere in data anteriore alla data di effetto indicata in polizza l'Assicurazione opererà, comunque nei limiti ed alle condizioni previste dalla stessa, dopo l'esaurimento delle garanzie eventualmente operanti sui contratti di assicurazione stipulati in precedenza e senza possibilità di cumulo dei massimali tra rischi o quote di rischio assunte dalla medesima impresa.

Art. 25 - Estensione territoriale

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero escluso i danni verificatisi, ed i giudizi instaurati in Usa e Canada.

Art. 26 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) i danni da furto;
- b) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi dell' art. 122 e segg. del D.Lgs.209/2005;
- c) i danni derivanti dalla proprietà di aeromobili e natanti;
- d) i danni derivanti da intenzionale mancata osservanza o intenzionale violazione di norme di legge da parte del Direttore Generale della Contraente;
- e) i danni conseguenti ad omessa vigilanza veterinaria e di igiene alimentare in relazione all'encefalopatia spongiforme (BSE) o nuove varianti della malattia di Creutzfeld-Jacob;
- f) danni verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc...), ad eccezione però dell'impiego di apparecchi radianti a scopo analitico diagnostico e terapeutico;
- g) danni di qualunque natura conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, infiltrazione e contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazione od impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerali ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento ad eccezione dei casi in cui tali danni siano diretta conseguenza della rottura di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato causata da un evento improvviso, repentino ed accidentale;
- h) danni derivanti dalla detenzione od all'impiego di esplosivi;
- i) danni cagionati da macchinari, merci e prodotti fabbricati, lavorati o in vendita dopo la consegna a terzi, con l'eccezione del sangue e degli emoderivati che possono essere ceduti a terzi, anche attraverso la banca del sangue;
- j) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica; sono invece compresi quelli determinati da errore tecnico nell'intervento con esclusione della garanzia delle pretese della mancata rispondenza dell'intervento all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;
- k) fatti o circostanze pregresse già note al Contraente o agli Assicurati prima dell'inizio della presente assicurazione. Per fatti o circostanze pregresse già noti si intendono: relativamente e limitatamente al Contraente/Assicurato Persona Giuridica le circostanze o i fatti dannosi suscettibili di poter cagionare un sinistro di cui sia a conoscenza per iscritto: la Direzione Generale e l'Ufficio Assicurativo della Contraente, relativamente e limitatamente all'Assicurato persona fisica i casi in cui l'Assicurato, incluso l'Assicurato Aggiuntivo, abbia ricevuto un avviso di garanzia o una richiesta di



- risarcimento; in questi casi l'assicurazione rimane valida per il Contraente che non è stato informato per iscritto dall'Assicurato o dall'assicurato Aggiuntivo
- l) danni derivanti direttamente o indirettamente da guerra (dichiarata e non), invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse;
 - m) danni derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
 - n) danni di qualunque natura derivanti da amianto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura amianto, nonché ogni responsabilità derivante dall'asbestosi o ogni altra malattia collegata;
 - o) danni di qualunque natura derivanti da campi elettromagnetici;
 - p) danni patrimoniali verificatisi in assenza di qualunque danno corporale o materiale (v. Definizioni), salvo quanto espressamente indicato nelle Condizioni di Assicurazione;
 - q) la presenza e gli effetti, diretti e indiretti, di muffa tossica di qualsiasi tipo;
 - r) danni alle cose di terzi che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo allo scopo di servirsi come beni strumentali o merci direttamente destinati allo svolgimento delle sue attività; sono tuttavia comprese in garanzia tutte le cose di terzi in semplice consegna e/o custodia;
 - s) danni alle cose e/o opere di terzi sulle quali si eseguono i lavori;
 - t) danni conseguenti a furto ed incendio dei veicoli di terzi e prestatori di lavoro, in sosta negli spazi appositi di pertinenza dell'Assicurato, e comunque i danni alle cose in essi contenute;
 - u) i danni derivanti direttamente o indirettamente da funghi, piombo o prodotti contenenti piombo;
 - v) attività di fecondazione assistita, salvo che per i danni corporali sofferti dal nascituro e dai genitori, con esclusione di eventuali danni al patrimonio genetico, nonché di qualunque pretesa di natura patrimoniale che non sia direttamente derivante da tali lesioni. La presente deroga è prestata alla condizione che l'attività di fecondazione assistita venga svolta nel rispetto delle disposizioni di legge.

Art. 27 Precisazione inerente fatti e circostanze noti

27. a) A parziale deroga all'art. 26) Esclusioni paragrafo K), le parti precisano e danno atto che non si considerano fatti e circostanze noti le segnalazioni interne, non accompagnate da espressa richiesta di risarcimento, e/o qualunque lamentela o richiesta di chiarimento avanzata dall'utente anche tramite associazioni di volontariato, Difensore Civico o per le quali l'URP provvede a fornire risposta: ciò a condizione che non contengano un'espressa domanda di ristoro dei danni, presente o futura.

27. b) Si precisa che l'assicurazione comprende sinistri cagionati da fatti o circostanze pregresse alla data di inizio della presente polizza già note al Contraente e/o agli Assicurati, a condizione inderogabile che gli stessi non potessero essere validamente denunciati ai precedenti assicuratori e, a condizione che tali sinistri si manifesti nel periodo di validità della presente assicurazione e siano ricollegati a fatti successivi alla data di retroattività di cui all'art. 24).

Art. 28 - Precisazioni ed estensioni di garanzia

A titolo puramente esemplificativo, e non esaustivo, l'assicurazione è prestata per le conseguenze della responsabilità civile derivante all'Assicurato, ai sensi di legge, dalla sua qualità di:



- a) esercente, in conformità alle leggi ed ai regolamenti vigenti, centri di raccolta del sangue e trasfusionali, distribuzione ed utilizzo del sangue ed emoderivati, espianti e trapianti di organi. In relazione alla seguente estensione è stabilito un limite di risarcimento pari ad € 5.000.000,00;
- b) (Valido per le sperimentazioni in corso o antecedenti alla data di inizio dell'Assicurazione) in esercente, autorizzato ai sensi di legge, a svolgere attività di sperimentazione clinica di ogni fase e grado con protocolli interni o promossi da Enti senza fine di lucro, oppure sponsorizzati da terzi. L'assicurazione opera per la diretta ed esclusiva responsabilità del Contraente e del Personale e non comprende la responsabilità che ricade sul produttore dei farmaci e/o presidi sanitari oggetto della sperimentazione e sullo sponsor (salvo il caso del promotore senza finalità commerciali che si intende assicurato in conformità alle disposizioni Ministeriali e Regionali vigenti). La garanzia non comprende né la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione, né il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione. La garanzia opera a condizione che sia stato rilasciato il consenso informato da parte del soggetto sottoposto a trattamento; l'assicurazione non comprende i danni imputabili ad inidoneità o insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor. Si precisa che le attività di sperimentazione clinica oggetto della presente assicurazione riguardano esclusivamente la somministrazione di farmaci o l'impianto di presidi sanitari e che la garanzia opera a condizione che sia stato espresso parere favorevole alla sperimentazione da parte del Comitato Etico. Attività di sperimentazione diverse da quanto sopra indicato potranno essere assicurate previo accordo fra le parti;
- c) proprietà o comodato comprese ordinaria e straordinaria manutenzione;
- d) conferente di rifiuti speciali, infettivi, tossici o nocivi, anche quale committente, qualora le operazioni di smaltimento, che abbiano provocato a terzi lesioni personali o morte e/od un inquinamento accidentale di qualsiasi natura, siano effettuate da ditte terze regolarmente autorizzate ai sensi delle disposizioni di legge vigenti;
- e) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. a), civilmente responsabile ai sensi di legge per i danni agli assistiti ed agli ospiti derivanti da furto, sottrazione, smarrimento, spartizione o deterioramento di cose consegnate e non (artt. 1783-1786 C.C.); l'Assicurazione non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, veicoli a motore e cose in essi contenute;
- f) committente per i lavori e/o gestioni ceduti in appalto;
- g) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. f), detentore/utilizzatore, di fonti radioattive a condizione che l'attività sia intrapresa con l'osservanza delle norme vigenti in materia nonché dalle prescrizioni della competente autorità. Sono esclusi i danni cagionati a terzi da prodotti o specialità smerciati dall'Assicurato. Il Contraente/Assicurato s'impegna a valersi esclusivamente di personale tecnico specializzato ed idoneamente protetto e ad allontanare qualsiasi persona estranea all'impiego delle fonti radioattive dai locali di conservazione od uso delle fonti stesse;
- h) (a parziale deroga di quanto previsto all'art 26 lett. i), esercente farmacie interne con vendita al pubblico, a condizione che il titolare e le persone addette alla farmacia siano in possesso dei requisiti previsti dalla legge per l'esercizio dell'attività;
- i) attività intramuraria (ovunque svolta), sempreché debitamente autorizzata da parte dell'Amministrazione del Contraente/Assicurato
- j) (a parziale deroga dell'art. 26 lettera p) la Società si obbliga, a tenere indenne l'Assicurato di quanto questo sia tenuta a pagare, quale civilmente responsabile ai



sensi di legge per perdite patrimoniali involontariamente cagionate ai terzi, utenti delle strutture, o ad altri dipendenti, in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge, in relazione al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, degli stessi. La garanzia è valida a condizione che il trattamento dei dati personali predetti sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali oggetto dell'Assicurazione. L'Assicurazione non vale:

per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;

per la diffusione e il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti;

per i danni non patrimoniali di cui all'art. 9 della Legge 675 del 31/12/96 così come modificato dal Dlgs 196/03 e di quelli di cui all' Art. 185 del C. P.;

per le multe e le ammende inflitte direttamente all'Azienda Assicurata o alle persone del cui fatto l'Ente debba rispondere.

la garanzia opera per la RC personale derivante ai dipendenti dell'Ente Assicurato salvo il diritto di rivalsa nei loro confronti per dolo e colpa grave.

- k) Per i danni da inquinamento accidentale, il limite per sinistro ed anno, per singola azienda, è di € 5.000.000,00

Art. 29 - Comitato Etico Regionale (Valido per le sperimentazioni in corso o antecedenti alla data di inizio dell'Assicurazione)

Su richiesta della Contraente l'assicurazione della RCT è estesa alle attività svolte dal Comitato Etico Regionale alle seguenti condizioni.

La Società si obbliga a tenere indenne i membri del Comitato Etico di quanto questi siano tenuti a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione per morte e lesioni personali verificatisi in relazione alla loro attività svolta secondo le normative vigenti.

L'Assicurazione non comprende:

- a) i danni che derivino dalla intenzionale violazione da parte dell'Assicurato di norme, leggi, regolamenti o disposizioni tecniche;
- b) i danni che siano imputabili alla responsabilità degli sperimentatori e degli sponsor delle sperimentazioni;
- c) i danni imputabili ad erronea formulazione del prospetto informativo, esclusivamente qualora il consenso informato sia considerato non validamente prestato ai sensi del punto 3 dell'allegato n. 1 al decreto del Ministero della Sanità 18.03.1998;
- d) i danni imputabili ad inidoneità od insufficienza di coperture assicurative obbligatorie dello sponsor;
- e) i danni che derivano da sperimentazioni svolte al di fuori dal territorio Italiano.

Art. 30 - Denuncia di sinistro

In caso di sinistro il Contraente deve dare avviso scritto alla Società entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'art. 1913 C.C.

Il Contraente è tenuto ad inoltrare avviso per eventuali sinistri rientranti nella garanzia "responsabilità civile verso dipendenti RCO" solo ed esclusivamente:

- a) in caso di infortunio per il quale ha luogo inchiesta amministrativa o giudiziaria a norma di legge;



b) in caso di richiesta di risarcimento o azione legale da parte di dipendenti o loro aventi diritto nonché da parte dell'INAIL, qualora esercitasse diritto di surroga a sensi del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124.

Art. 31 - Rinuncia alla rivalsa

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo o colpa grave dei soggetti di seguito indicati, la Società rinuncerà al diritto di surrogazione nei confronti degli Amministratori e Dipendenti del Contraente nonché delle persone delle quali l'Azienda si avvale nello svolgimento della propria attività.

Art. 32 - Recesso in caso di sinistro

Sino al 30° giorno dall'avvenuta liquidazione o di rifiuto di un sinistro la Società può recedere dal contratto con preavviso di 180 giorni, da comunicarsi con le modalità di cui all'art. 14 della presente polizza con specifica indicazione del sinistro in base al quale la Società ha scelto di avvalersi della presente facoltà.

Nel caso in cui la comunicazione della volontà di recedere venga effettuata dalla Società dopo la scadenza del termine di trenta giorni dal pagamento dell'indennizzo il contratto di assicurazione rimarrà in vita e continuerà a produrre i suoi effetti.

In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso dovrà rimborsare la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso; in caso di recesso esercitato dal Contraente/Assicurato, quest'ultimo non sarà tenuto a pagare nulla oltre al premio dovuto per l'annualità in corso oltre all'eventuale regolazione attiva.

Art. 33 - Gestione delle vertenze di danno e spese di resistenza

La Società assume la gestione delle vertenze, fino a quando ne ha interesse, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale e/o amministrativa, a nome dell'Assicurato, concordando con lo stesso, legali o tecnici da designare e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

In caso di definizione transattiva del danno la Società, a richiesta dell'Assicurato, continuerà a proprie spese la gestione della vertenza in sede giudiziale penale fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda ed in aggiunta ad esso. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

N:B Per la procedura di gestione dei sinistri di cui ai successivi art. 34 e 36 si rimanda alla procedura Gestione Sinistri - Allegato ITO0001 - che fa parte integrale del presente Contratto.

Art. 34 - Gestione dei sinistri e rimborso degli importi in franchigia

Per la procedura di gestione dei sinistri si rimanda alla procedura Gestione Sinistri - Allegato ITO0001 - che fa parte integrale del presente Contratto.



Art. 35 - Franchigia aggregata e limiti di indennizzo

Il presente contratto è soggetto, limitatamente al solo esercizio delle attività medico-sanitarie-assistenziali ("vedi definizione di Sinistro di Medical Malpractice"), all'applicazione di una autorizzazione come di seguito determinata:



In caso di sinistro risarcibile a termini delle condizioni di polizza, la Società provvederà, all'integrale liquidazione del danno a favore dell'avente diritto, recuperando poi successivamente con scadenze trimestrali le somme a carico della Contraente a titolo delle sopraindicate franchigie. Il Contraente dovrà rimborsare gli importi anticipati dalla Società entro 90 giorni dalla richiesta.

Art. 36 - Procedura di gestione sinistri

Per la procedura di gestione dei sinistri si rimanda alla procedura Gestione Sinistri – Allegato ITO0001 che fa parte integrale del presente Contratto.

Art. 37- Risk Management

Su richiesta della Contraente la Società si impegna a garantire la massima trasparenza in ordine agli elementi informativi raccolti durante l'istruzione di ciascuna pratica di sinistro, ivi compresi gli accertamenti circa le cause del sinistro e le valutazioni medico legali circa le conseguenze riferibili e la quantificazione dei postumi che ne sono derivati.

La Contraente si impegna ad utilizzare tali informazioni per il tramite del COVASI anche con la finalità di alimentare il proprio sistema di risk management, garantendo il trattamento, a termini di legge, dei dati sensibili.

Su richiesta del COVASI, ove ritenuto necessario, le parti concorderanno le modalità di accesso agli accertamenti istruttori da parte della Contraente unicamente attraverso personale abilitato alla professione ed approvato dalla Società.

L'impegno di trasparenza sopra indicato non implica in alcun modo rinuncia della Società ai propri diritti od alla tutela dei propri interessi, né può comportare alcuna restrizione dei diritti spettanti, ai sensi di legge, a soggetti terzi.

Le Aziende si impegnano annualmente a pubblicare un report interno di Risk Management a disposizione della Società Aggiudicataria inerente le attività svolte di prevenzione del rischio clinico, inclusi sistemi di verifica, controllo e monitoraggio.

Massimali di garanzia

Assicurazione di primo rischio

La garanzia di cui alla presente polizza viene prestata per un massimale per ogni singolo sinistro pari ad € 5.000.000,00 e con un limite di indennizzo per più sinistri avvenuti nella medesima annualità assicurativa pari ad € 30.000.000,00 per ciascuna Azienda Sanitaria ed Ospedaliera assicurata.

Il massimale nonché gli eventuali limiti di indennizzo stipulati per specifiche garanzie,



costituiscono la massima esposizione della Società, rispettivamente per sinistro e per annualità assicurativa, e si applicano all'eccedenza delle autoritenzioni a carico del contraente a titolo di franchigia per sinistro e/o franchigia aggregata.

Art. 38 - Esclusione rischi guerra e terrorismo dalle garanzie RCT/RCO

A rettifica di qualunque norma in senso contrario contenuta nel testo di Polizza o clausole aggiuntive, viene convenuto che il contratto di Assicurazione esclude la copertura di qualunque perdita, danno, costo o spesa di qualsivoglia natura causati direttamente o indirettamente, oppure risultanti da od in connessione ad uno dei seguenti eventi, indipendentemente da qualunque altra causa o evento che contribuiscano o concorrano agli altri aspetti del Sinistro:

1. guerra, invasione, atti ostili di nemici stranieri, ostilità od atti di guerra (dichiarata o meno), guerra civile, rivolta, insurrezione, agitazione popolare avente dimensione o conseguenze di sommossa, colpo di stato militare o meno; oppure:
2. qualunque atto di terrorismo. Ai fini della presente clausola si intende per atto di terrorismo qualunque atto, inclusi anche e non solo quelli che presuppongano ricorso alla forza o violenza e/o alla minaccia, compiuto da qualunque persona o gruppo di persone, agenti in proprio o per conto o in connessione con qualunque organizzazione o governo ed ispirati da finalità politiche, religiose, ideologiche o simili compreso lo scopo di influenzare le scelte di governo e/o, ancora, di porre in soggezione o timore il popolo o parte di esso.

La presente clausola esclude inoltre la copertura di Danni, costi o spese di qualsiasi natura causati direttamente o meno, o risultanti da o in connessione a qualsiasi azione intrapresa al fine di controllare, prevenire, sopprimere o comunque relativamente a quanto elencato ai punti 1. e 2.

Nel caso in cui la Società eccepisca l'accadimento dei fatti o atti di cui sopra e neghino il risarcimento dei Danni, costi o spese, l'onere di provare l'insussistenza di quanto deciso dagli Società graverà sull'Assicurato.

Art. 39 - Medici in Formazione Specialistica

PREMESSO CHE

il Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368 stabilisce all'articolo 41 comma 3 che "L'azienda sanitaria presso la quale il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa provvede, con oneri a proprio carico alla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale"

tali disposizioni si applicano a decorrere dall'Anno Accademico 2006 - 2007 (articolo 46 comma 2 D. Lgs. 368/1999, così come modificato dall'articolo 1 lettera e) comma 300 della Legge 266/2005)

la Regione Umbria - Direzione Regionale Sanità, previo accordo con l'Università degli Studi di Perugia, ha stabilito di assumere a proprio carico i costi inerenti la copertura assicurativa della responsabilità civile verso terzi dei medici in formazione specialistica



LE PARTI CONVENGONO CHE

è confermata la copertura assicurativa di cui all'art. 2 b) 4° alinea delle Condizioni Generali di Assicurazione - Medici Specialisti in Formazione e si intende operante per l'attività svolta presso ognuna delle Aziende Sanitarie Locali od Ospedaliere della Regione Umbria, a tale garanzia si applicano tutte le Condizioni Generali e Particolari di cui alla polizza dell'Azienda presso la quale viene svolta l'attività, incluse le franchigie aggregate differenziate per ciascuna Azienda,

la garanzia include la responsabilità personale per fatti od omissioni, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave

per tale garanzia, la Regione Umbria - Direzione Regionale Sanità provvede al pagamento del premio in sede di regolazione, applicando il tasso annuo lordo del 18,92 pro mille conteggiato sul monte retribuzioni convenzionale pari all'imponibile figurativo INAIL, determinato per tale categoria.

i medici in formazione specialistica potranno aderire alla garanzia facoltativa per colpa grave alle condizioni tutte oggetto della polizza vigenti per tale estensione di garanzia, ferma restando l'operatività della garanzia, indipendentemente dall'Azienda Assicurata presso la quale viene svolta l'attività formativa ed anche presso più Aziende Assicurate da parte del medesimo Medico Specialista in Formazione, il quietanzamento degli importi dovuti dalla Regione al termine di ciascuna annualità assicurativa sarà operativamente appoggiato ai soli fini amministrativi alla polizza [redacted] ontraenza della Azienda Ospedaliera di Perugia, con separata appendice di cui un esemplare aggiuntivo di pertinenza della Direzione Regionale Sanità della Regione Umbria.

ESTENSIONE DELLA COPERTURA ALLA RESPONSABILITA' CIVILE DELLE SPERIMENTAZIONI E DEL COMITATO ETICO

Per tale copertura si rimanda ad apposito documento contrattuale.



APPENDICE (1)

Rinuncia rivalsa in caso di colpa grave

Fermo restando che la presente garanzia viene finanziata con il contributo esclusivo del personale assicurato si precisa che tale estensione di garanzia verrà attivata su richiesta della singola Azienda Contraente.

NB La Società si impegna a ritenere validi gli elenchi di assicurati nonché le schede di adesione già raccolte ed in possesso degli Uffici Amministrativi della contraente senza alcuna ulteriore attività amministrativa salvo che il pagamento del premio dovuto.

Ad integrazione di quanto previsto all'art. 23) Responsabilità personale e professionale, la Società, a fronte della corresponsione del premio aggiuntivo determinato in polizza ed in conformità al contratto di lavoro vigente, si obbliga a tenere indenni gli Assicurati, che abbiano aderito alla presente garanzia e composito il relativo premio, da quanto gli stessi fossero tenuti a pagare quali responsabili ai sensi di legge esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a loro colpa grave che abbiano causato a terzi danni corporali o materiali in conseguenza di:

- azione diretta del soggetto danneggiato,
- rivalsa esperita dalla Società qualora la stessa ed entro i limiti in cui la stessa è consentita ai sensi della presente polizza,
- rivalsa esperita dalla Contraente nei casi previsti dalla legge in ordine a sinistri rientranti nelle franchigie o scoperti della presente polizza,
- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dalla Contraente, di cui l'Assicurato sia ritenuto responsabile ai sensi di legge, a condizione che siano conseguenza diretta di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza ed entro un limite massimo del 10% del danno indennizzato.

La Società rinuncia pertanto al diritto di surrogazione spettante ai sensi dell'art. 1916 C.C. per il caso di colpa grave a fronte della corresponsione del premio aggiuntivo determinato in polizza in conformità al contratto collettivo di lavoro vigente nell'intesa che il contraente provvederà direttamente al recupero degli importi dallo stesso anticipati.

Ai fini della presente garanzia si intendono assicurati i dirigenti sanitari, medici, medici veterinari e non medici, i medici a rapporto convenzionale, i medici universitari, nonché il personale sanitario non dirigente ed i medici in formazione specialistica che abbiano assunto attualmente o nel passato o che assumeranno nel futuro i ruoli sopra indicati a condizione che abbiano aderito alla presente garanzia e pagato il relativo premio, senza soluzione di copertura, fino alla eventuale data di cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Contraente, ancorché il rapporto sia cessato anteriormente alla data di stipulazione della presente assicurazione, secondo le disposizioni dei CCNL vigenti.

L'assicurazione si intende operante durante l'esercizio dell'attività professionale presso l'Azienda Contraente, sia durante lo svolgimento di attività libero professionale in regime intramurario, nonché in occasione di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita.

Limitatamente a tale seconda circostanza (al di fuori dell'attività retribuita) la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve con un sottolimito per sinistro di €. 1.000.000,00 e con franchigia di 5.000,00 per sinistro.

La presente garanzia è prestata in relazione ai medesimi sinistri rientranti nei termini temporali di copertura ed entro i limiti ed in base alle norme contrattuali previste dalla polizza base stipulata dall'Azienda Contraente.

Si precisa ulteriormente che la presente garanzia costituisce rischio comune con l'Assicurazione



dell'Azienda di appartenenza e pertanto il sinistro si considera unico e validamente radicato presso la Società all'atto della prima richiesta pervenuta ad un soggetto assicurato in relazione al medesimo evento.

La Società rinuncia altresì ad opporre agli assicurati persone fisiche l'applicazione delle autorizzazioni, scoperto, franchigia aggregata o per sinistro prevista per la RCT derivante da "Medical Malpractice".

Pluralità di assicurati

Il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento, resta per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati fra loro.

Pagamento del premio

Limitatamente agli assicurati che abbiano dichiarato alla Contraente la propria adesione oltre il 150° giorno dalla decorrenza riportata in polizza l'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata dichiarata l'adesione a fronte di un premio in ragione di 1/365 dei giorni residui alla prima scadenza annuale di polizza. Si precisa che, in caso di pensionamento o di cessazione del rapporto di lavoro per dimissioni o trasferimento ad altra Azienda Sanitaria la garanzia resterà operante, anche successivamente alla cessazione entro i termini di validità temporale della polizza, ma non oltre la data di cessazione della stessa. Il premio relativo al periodo assicurativo in corso alla data di cessazione del rapporto di lavoro è dovuto per intero e resta acquisito dalla Società. La Società emetterà alla fine di ciascun semestre apposita appendice in cui verranno indicati i nominativi di coloro che hanno aderito alla garanzia nel corso del precedente semestre. Il relativo premio dovrà essere versato entro 30 giorni dalla data di ricevimento dell'appendice da parte del Contraente.