

Servizio di copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e verso Prestatori d'Opera (RCO)

Contraente
ASST LARIANA
Via Napoleona, 60
22100 Como
P.IVA 03622110132

La presente polizza è stipulata tra la Contraente e la Società:

SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles

con sede in 18 rue Edouard Rochet – 69372 LYON CEDEX 08 - Francia

Mutua assicuratrice a contributo fisso ai sensi del Code des Assurances

Iscrizione registro imprese francese di Lyon n. 779 860 881 – partita I.V.A. (intracomunitaria): FR 79779860881

e con Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia in Via Carlo Imbonati, 18 – 20159 Milano

n. iscrizione registro imprese IVASS I.00128 – Codice fiscale: 97843200581

INDICE

DEFINIZIONI	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	7
A. DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI.....	7
ART.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA.....	7
ART.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	7
ART.3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO	8
ART.4 TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI.....	8
ART.5 GESTIONE DELLA POLIZZA	8
ART.6 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	9
ART.7 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO – BUONA FEDE – DIMINUZIONE DEL RISCHIO	9
ART.8 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA.....	9
ART.9 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	9
ART.10 ONERI FISCALI.....	10
ART.11 FORO COMPETENTE.....	10
ART.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
ART.13 TRATTAMENTO DEI DATI.....	10
ART.14 COASSICURAZIONE E DELEGA.....	10
ART.15 CONTEGGIO DEL PREMIO	10
B. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO.....	10
ART.16 OBBLIGHI DELLA CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO.....	10
ART.17 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI E PERITALI.....	11
ART.18 ACQUISIZIONE POLIZZE	12
ART.19 LEGITTIMAZIONE	12
ART.20 PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO	13
ART.21 RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	13
ART.22 DIRITTO DI RIVALSA.....	13
ART.23 RENDICONTO	14
COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)	14
ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO	15
MASSIMALI ASSICURATI.....	15
SELF INSURED RETENTION (SIR)	15
RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGREGATI.....	16
RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA.....	17
ART.1 DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ	17

ART.2	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCT)	17
ART.3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA (RCO)	17
ART.4	MALATTIE PROFESSIONALI.....	17
ART.5	RIVALSA INPS.....	18
ART.6	INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA	18
ART.7	SINISTRO IN SERIE	19
ART.8	ESCLUSIONI.....	19
ART.9	NOVERO DI TERZI	20
ART.10	RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E PERSONALE DEI DIPENDENTI E NON	20
ART.11	ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE E NON	21
ART.12	RESPONSABILITÀ COME DA D.LGS N. 626/1994 E D.LGS N. 494/1996 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI CONTENUTE NEL D.LGS N. 81/2008.....	21
ART.13	DETEZIONE ED USO DI FONTI RADIOATTIVE	22
ART.14	COMMITENZA GENERICA INCLUSA GUIDA DEI VEICOLI.....	22
ART.15	DISTRIBUZIONE ED UTILIZZAZIONE DEL SANGUE E DEI SUOI PREPARATI O DERIVATI	22
ART.16	DANNI DA INCENDIO.....	22
ART.17	DANNI DA INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ.....	23
ART.18	INQUINAMENTO ACCIDENTALE	23
ART.19	PROPRIETÀ, CONDUZIONE E LOCAZIONE DEI FABBRICATI	23
ART.20	PROPRIETÀ ED USO MACCHINARI.....	23
ART.21	COSE IN AMBITO LAVORI	23
ART.22	DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO.....	23
ART.23	LEGGE SULLA PRIVACY.....	24
ART.24	SPERIMENTAZIONE CLINICA	24
ART.25	COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA	25
ART.26	RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO	25
ART.27	VALIDITÀ TERRITORIALE.....	25
LIMITI DI INDENNIZZO		26
PROCEDURA MIGLIORATIVA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI		27
CLAUSOLE VESSATORIE		34

DEFINIZIONI

Di seguito vengono riportate le definizioni di tutti i termini utilizzati nel presente documento.

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione e che sarà stipulata dall'Ente
Contraente	L'Ente che stipulerà il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Assicurato	Il Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione disciplinata dal presente documento.
Società	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che si impegna ad assumere l'assicurazione disciplinata dal presente documento.
Broker	L'eventuale Broker, se presente, al quale, per incarico conferito dal Contraente, può essere affidata la gestione dell'assicurazione.
Premio	La somma annua dovuta dal Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate ai termini dell'assicurazione, pari ad un terzo del valore triennale al lordo delle imposte governative dichiarato dalla Compagnia aggiudicataria.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Richiesta di risarcimento	Qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un organismo di mediazione e/o tramite l'invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (DL 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), all'Assicurato; si intendono parificati alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di indagine da parte delle Autorità competenti, anche nei confronti di ignoti, in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui l'Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta e/o qualsiasi atto introduttivo in un procedimento giudiziario.
Sinistro RCT	La ricezione di una richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.
Sinistro RCO	La formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell'apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di

	Previdenza/Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la ricezione da parte del Contraente e/o di un Assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.
Sinistro in serie	Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di danni e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro.
Fatti noti	<p>Eventi che, verificatisi in data antecedente all'effetto della polizza, potrebbero successivamente dare origine ad uno degli eventi definiti come "Sinistro RCT" e/o "Sinistro RCO" e che siano identificabili in una o più delle seguenti casistiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la notifica, al Contraente e/o ad un Assicurato, di atti giudiziari a seguito dei quali non abbia avuto luogo alcun evento riconducibile alla definizione di "sinistro" di cui sopra a condizione che dalle motivazioni che si evincono dalla documentazione di riferimento antecedente l'effetto della presente polizza fosse indicata la possibilità dell'eventuale generazione di un sinistro; b) tutti quegli eventi avversi (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale ed indesiderabile) che presentino contemporaneamente tutte le cinque seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> 1. concentrazione cronologica di accadimento; 2. serialità (almeno 5 accadimenti); 3. univocità eziopatogenetica; 4. oggetto di indagine interna e/o esterna; 5. noti alla Direzione aziendale per il tramite di comunicazione scritta.
CVS	Il Comitato Valutazione Sinistri costituito in conformità con quanto previsto dalla DG Sanità di Regione Lombardia con la Circolare 46/SAN del 27.12.2004 e successive linee guida e disposizioni.
Cose	Sia i beni materiali, compresi i veicoli iscritti al PRA, sia gli animali.
Danno	Il pregiudizio di natura patrimoniale e non patrimoniale addebitato all'assicurato in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte, lesioni personali (intendendosi come tali anche la lesione del diritto alla salute ed all'integrità psico-fisica) o danni a cose.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Massimale	La massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualsiasi sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.
Self Insured Retention - SIR	L'importo che l'assicurato tiene a proprio carico per ciascun sinistro, anche in termini di gestione ove il sinistro rientri integralmente in tale importo, e che non interessa in alcun

modo la garanzia assicurativa. **Il livello di SIR è pari ad € 250.000,00 (duecentocinquantamila/00).**

Scoperto	La percentuale del danno a carico esclusivo dell'Assicurato.
Prestatori d'opera	I soggetti retribuiti dal Contraente e dallo stesso obbligatoriamente assicurati presso l'I.N.A.I.L., anche durante lo svolgimento di attività libero professionale "INTRAMURARIA".
Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza annuale.

Condizioni Generali di Assicurazione

Nei paragrafi che seguono vengono riportate le condizioni generali di assicurazione riferite a decorrenza dell'assicurazione, termini contrattuali e norme operanti in caso di sinistro.

A. DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI

Art.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA¹

La polizza ha una durata di **36 (trentasei) mesi** a partire dalle ore **24.00** del **31.12.2020**, con scadenza anniversaria prevista ogni 12 (dodici) mesi. Alla data di scadenza della polizza quest'ultima si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È comunque nella facoltà delle Parti di disdettare l'assicurazione alla scadenza anniversaria, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R, spedita almeno **120 (centoventi)** giorni prima della scadenza anniversaria.

Alla data di naturale scadenza della polizza stipulata dall'Ente, ovvero trascorsi i **36 (trentasei)** mesi ed entro tale termine, è facoltà del Contraente richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo **180 (centottanta)** giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

E' facoltà del Contraente, nell'eventualità dovessero intervenire disposizioni normative e/o regolamentari che alterino sostanzialmente il rischio così come rappresentato in fase di gara e/o impongano la necessità di aderire ad altre soluzioni diverse dalla presente, recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di 120 giorni, indipendentemente dalla scadenza annuale di cui sopra, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore **24.00** del **31.12.2020** anche se il pagamento del primo rateo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro le ore **24.00** de **31.03.2021**.

Le rate semestrali di premio devono essere pagate rispettivamente entro il **31.03** ed il **30.09**.

Se il Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa, dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno utile per il pagamento del premio, e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza della Società che, in conformità con quanto disposto dall'Art. 48/bis del DPR 602/73 e s.m.i., abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligo della Società trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

¹ Il presente è stato oggetto di ripetizione per servizi analoghi così come previsto dall'art. 63 comma 5 D.Lgs. 50/2016.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Art.3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza della Società che, in conformità con quanto disposto dall'Art. 48/bis del DPR 602/73 e s.m.i., abbia reso impossibile il regolare il pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligo della Società trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione o da altro soggetto avente titolo e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

Resta convenuto che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice CRO (Codice di riferimento Operazione). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o telex o telefax o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

Art.4 TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI

La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010.

Art.5 GESTIONE DELLA POLIZZA

La Società è tenuta ad accettare l'inserimento nella polizza della "clausola broker", che prevede la remunerazione del Broker di riferimento nella misura % sul premio imponibile.

Si precisa comunque che—per gli eventuali contratti di brokeraggio che dovessero sopraggiungere, il Broker sarà remunerato secondo consuetudine di mercato per il tramite della Società nella misura % del premio imponibile determinata a seguito di eventuale apposita gara.

Resta inteso tra le Parti che all'eventuale Broker a cui il Contraente avrà affidato l'incarico è affidata la gestione e l'esecuzione della polizza.

Le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite dell'eventuale Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra Parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Si conviene altresì che il pagamento dei premi che saranno dovuti alla Società, può essere effettuato dal Contraente tramite l'eventuale Broker; il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'Articolo 1901 del Codice Civile.

La Società delegherà quindi esplicitamente il Broker all'incasso del premio, in ottemperanza a quanto previsto dall'Articolo 118 del D. Lgs. 209/2005 e con gli effetti, per il Contraente, previsti al 1° comma del medesimo Articolo.

Art.6 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art.7 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO – BUONA FEDE – DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'Articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'Articolo 1897 di cui sopra.

Trascorso infruttuosamente tale termine senza che la Società abbia adempiuto al proprio impegno, sarà facoltà della Contraente concedere ulteriori 30 giorni o recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di 120 giorni, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui, altresì, le nuove condizioni proposte dalla Società non dovessero essere ritenute adeguate dalla Contraente in funzione del nuovo stato di rischio e non sia stato possibile trovare un accordo condiviso entro il termine dei 60 giorni di cui sopra eventualmente integrato con gli ulteriori successivi 30 giorni, sarà facoltà della Contraente recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di 120 giorni, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art.8 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

Art.9 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. Per quanto coperto da assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde per l'intero danno con facoltà di agire in regresso verso gli altri assicuratori.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, su richiesta della Società, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art.10 ONERI FISCALI

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

Art.11 FORO COMPETENTE

Il Foro Competente è, in via esclusiva, quello dove ha sede il Contraente.

Resta fermo che per il tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28 del 2010 e s.m.i. per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente un Organismo che - abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il tribunale e/o i consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio - abbia sede, a scelta del Contraente, esclusivamente, nella medesima provincia dello Stesso".

Art.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art.13 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del DLgs 196/03 e s.m.i. le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali, come meglio precisato al paragrafo 10 del Disciplinare di gara.

Art.14 COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società, resta inteso che in caso di sinistro la Società Delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società Delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società Delegataria si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società Delegataria a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria medesima rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

Resta inteso tra le Parti che ogni comunicazione effettuata alla Delegataria deve intendersi efficace anche nei confronti delle Società Coassicuratrici.

Art.15 CONTEGGIO DEL PREMIO

Il premio annuo lordo, imposte governative incluse, che rimarrà fisso ed invariato per ogni annualità di durata della polizza e non sarà comunque soggetto ad alcuna regolazione del premio, è pari a **€. 2.155.450,88.**

B. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.16 OBBLIGHI DELLA CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato per il tramite del Contraente, deve darne avviso scritto alla Società entro **30 (trenta) giorni** da quando ne ha avuto conoscenza l'Ufficio a cui compete la gestione dei sinistri, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Il Contraente e/o l'Assicurato ha l'obbligo di avviso, entro i termini di cui sopra, quando si verifichi una delle circostanze che diano luogo ad un sinistro, sia per quanto riguarda la garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) che la garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (R.C.O.).

Resta inteso tra le Parti che, limitatamente alla sola garanzia Responsabilità Civile verso Terzi, i termini di cui sopra assumeranno valore per i sinistri che prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato in una misura pari o superiore alla Self Insured Retention (SIR) nonché per quei sinistri per i quali, in assenza di una quantificazione economica del danno lamentato, il Contraente non sia in grado - entro il termine temporale di cui sopra - di quantificarne ragionevolmente la potenziale esposizione.

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura inferiore alla Self Insured Retention (SIR), sarà obbligo di quest'ultimo fornire mensilmente alla Società un file in formato excel e riassuntivo dei nuovi sinistri ricevuti con indicazione delle seguenti informazioni:

- a) Cognome e Nome della Controparte;
- b) Data dell'Evento;
- c) Data della Richiesta;
- d) Unità di Rischio in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
- e) Descrizione dell'Evento con indicazione della dinamica dell'evento, della potenziale lesione e della menomazione/danno;
- f) Prima Stima Economica.

Sarà poi impegno del Contraente rappresentare alla Società, in occasione delle riunioni del CVS, l'aggiornamento delle posizioni riepilogate nei diversi file riportanti le statistiche sinistri onde convenire con la Società stessa la quantificazione economica del potenziale danno.

Sarà altresì obbligo del Contraente consentire alla Società di effettuare degli audit su specifici sinistri riportati nei file relativi alle statistiche sinistri e consentire il trasferimento della gestione del sinistro a quest'ultima a fronte di espressa richiesta in tal senso.

La procedura per la gestione dei sinistri sopra SIR e dei sinistri c.d. "border line" e per la gestione della mediazione di cui sopra è stata oggetto di offerta migliorativa del Concorrente indicata nella Dichiarazione di Offerta Tecnica e che si allega al presente contratto (Procedura migliorativa per la gestione dei sinistri).

Art.17 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI E PERITALI

Premesso che la Società non gestirà vertenze di danno in USA, Canada e Messico, la Società stessa si impegna a gestire gli altri sinistri, con la necessaria diligenza e sempre di concerto con il Contraente nelle modalità stabilite in polizza (CVS), ed assume a proprio carico, a nome del Contraente/Assicurato, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, designando, ove occorra, Legali, Tecnici e/o Periti ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti al Contraente/Assicurato stesso.

Al ricevimento di una eventuale domanda di mediazione, il Contraente è tenuto ad informare tempestivamente la Società ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per consentire la corretta ed esaustiva istruzione del sinistro utile alla condivisione tra le Parti circa l'opportunità o meno di aderire alla domanda. Le Parti saranno tenute, per quanto di propria pertinenza, ad adottare - entro i termini utili ad evitare pregiudizi - ogni iniziativa necessaria

all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione.

La Società riscontra in modo esplicito e per iscritto, previo accordo con il Contraente/Assicurato, le proposte di conciliazione entro i termini previsti dalla procedura e fornisce comunque una propria motivata decisione con un preavviso tale da consentire al Contraente il rispetto di ogni termine previsto dalla procedura di mediazione e dalla legge.

Resta convenuto tra le Parti che nei casi in cui, in base alla polizza, il Contraente e/o l'Assicurato abbiano diritto all'assistenza legale e peritale, la Società è tenuta a fornire al Contraente e/o Assicurato, mediante comunicazione scritta e entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa, gli estremi del legale incaricato per la gestione della vertenza nonché, ove necessario, di eventualitècnici (periti/medici legali). **La nomina di una rosa di professionisti preventivamente condivisa tra Contraente e Società è stata oggetto di offerta migliorativa.**

In sede penale l'assistenza viene assicurata anche dopo l'eventuale tacitazione della o delle Parti lese, e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento dell'avvenuta tacitazione della o delle Parti lese e comunque, al massimo, sino al ricorso in Cassazione.

Ai sensi dell'Articolo 1917 del Codice Civile 3° comma, le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, sono a carico della Società, anche in eccesso al massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda, ma entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stesso. Qualora la somma dovuta al Danneggiato superi il massimale stabilito in polizza, dette spese vengono ripartite tra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Società non risponde di multe o ammende.

Art.18 ACQUISIZIONE POLIZZE

Acquisita la documentazione necessaria per la corretta gestione del sinistro (documentazione sanitaria, relazioni del personale interessato e quant'altro possa essere ritenuto di utilità), sarà individuata, nel pieno rispetto di quanto convenuto in ordine al Comitato Valutazione Sinistri, la soluzione ipotizzabile per la sua più idonea definizione (reiezione, proposta di transazione, etc.).

Solo a questo stato di avanzamento della gestione del sinistro, ove tale attività sia affidata alla Società, quest'ultima avanzerà richiesta di acquisizione degli estremi degli eventuali altri contratti assicurativi esistenti (Articolo 1910 del Codice Civile) individuando essa stessa - tra quelli indicati dalla Direzione Medica aziendale quale personale "interessato" nel caso di specie - il nominativo dei soggetti a cui il Contraente debba formalmente richiedere riscontro in merito e la relativa motivazione.

Resta altresì inteso tra le Parti che, in caso di esistenza di altre assicurazioni sottoscritte per lo stesso rischio da soggetti diversi dalla Contraente, l'eventuale importo del risarcimento recuperato, anche solo parzialmente, per effetto di compartecipazione da parte di altri assicuratori sarà suddiviso secondo la medesima proporzione esistente tra quanto rimasto a carico dell'Azienda a titolo di SIR e quanto rimasto a carico della Società.

Art.19 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art.20 PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO

Resta inteso tra le Parti che la Società è tenuta ad acquisire il preventivo consenso del Contraente prima di provvedere alla definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento del danno.

Qualora l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti interamente a carico del Contraente a titolo di Self Insured Retention (SIR), stabilita a termini della presente polizza, la Società trasmetterà al Contraente la integrale documentazione attestante l'avvenuta definizione del sinistro, comunque preventivamente condivisa con la stessa, affinché il Contraente possa provvedere, entro i 90 giorni successivi alla ricezione della documentazione di cui sopra, al pagamento del risarcimento in favore dell'avente diritto.

Gli eventuali maggiori costi dovuti a mancato, tardivo o parziale pagamento, oppure a risarcimenti e/o spese non preventivamente approvati dalla Società e/o dal Contraente, restano a totale carico del Contraente o della Società.

Qualora, invece, l'importo del risarcimento dovuto per ciascun sinistro risulti essere superiore, anche solo parzialmente, alla somma posta a carico del Contraente a titolo di Self Insured Retention (SIR), la Società corrisponde direttamente al Terzo danneggiato il risarcimento dovuto dandone formale comunicazione alla Contraente. In tale ultimo caso la Società presenterà la fotocopia dell'atto di quietanza, debitamente sottoscritto dal Terzo danneggiato, l'integrale documentazione attestante l'accordo tra Società e Contraente circa la definizione del sinistro, nonché copia dell'assegno o mandato di bonifico con cui è stata effettuata la liquidazione; entro i 90 giorni successivi dal ricevimento della documentazione da parte della Società, il Contraente provvederà al reintegro degli importi corrisposti agli aventi diritto direttamente dalla Società ma rientranti nella Self Insured Retention (SIR) così come risultanti dalla documentazione probatoria citata.

Art.21 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Fino al trentesimo giorno successivo al pagamento o rifiuto della liquidazione di un sinistro, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 (novanta) giorni. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, congruagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

Resta inteso tra le Parti che, qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito a portare a termine il completo collocamento della nuova assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento da parte del Contraente del documento contrattuale correttamente emesso dalla Società.

Art.22 DIRITTO DI RIVALSA

La Società conserva il diritto di rivalsa previsto ai sensi dell'Articolo 1916 del Codice Civile:

- per i soli casi di dolo e di colpa grave, nei confronti di tutti i Dipendenti e per il Personale ad essi equiparato per i quali esistano disposizioni/regolamenti tali per cui il Contraente non possa garantire, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa di tali eventi;
- per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di altro Personale non a rapporto di dipendenza e diverso da quello di cui sopra, del quale il Contraente si avvale o che collaborino con la stessa per lo svolgimento della propria attività.

Art.23 RENDICONTO

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, alle scadenze del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre, di ogni anno, il dettaglio dei sinistri così impostato:

- elencazione dei sinistri Denunciati;
- Sinistri Riservati, con indicazione dell'importo a riserva che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso;
- sinistri Liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri Senza Seguito, con precisazione scritta delle motivazioni.

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato dal reclamante, indicazione del nominativo del reclamante e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato, dalla data d'accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di tutte indistintamente le pratiche.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

La Società si impegna a partecipare attivamente e con proprio personale dedicato a **8 (sedute) sedute** del CVS per ciascun periodo di assicurazione, al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie, esprimendo parere sugli importi posti a riserva e convenendo, congiuntamente con il CVS, le strategie di gestione del sinistro.

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

- vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento danni, procedendo ad un'analisi puntuale del sinistro in termini causali, di identificazione delle responsabilità e di quantificazione del danno;
- migliorare la comunicazione con il soggetto danneggiato da parte di tutti gli attori coinvolti;
- favorire la sollecita definizione delle pratiche, anche con la definizione di protocolli di gestione dei sinistri;
- definire la strategia di gestione del sinistro in condivisione con la Società e favorire, se del caso, percorsi di mediazione con i danneggiati e/o rappresentanti legali per la composizione stragiudiziale della vertenza;
- definire azioni di miglioramento su specifiche aree e funzioni, in collaborazione e ad integrazione del Gruppo di Coordinamento per la Gestione del Rischio.

In seno al CVS il Contraente potrà informare la Società sullo stato del contenzioso rientrante nella SIR e gestito in autonomia dalla Contraente stessa.

Alle sopra citate riunioni, a semplice richiesta del Contraente, la Società si impegna a garantire la presenza del proprio fiduciario medico legale.

La Società si impegna altresì a garantire la funzionalità del Comitato, con le medesime modalità di cui sopra, anche dopo le scadenze del contratto per l'analisi dei sinistri aperti sulla presente polizza. Tale impegno sarà relativo a **4 (quattro) riunioni annue** da svolgersi fino alla data in cui tutti i sinistri che abbiano interessato la garanzia di cui alla presente polizza abbiano trovato compiuta definizione.

Ove il Contraente ritenga necessaria la partecipazione al Comitato di un legale e/o di un medico legale di propria fiducia, la Società si impegna a tenere a proprio carico le spese relative all'attività di tali professionisti pari, per ciascun anno di durata della presente polizza, ad **€ 10.000,00 (diecimila/00) lordi pro-capite.**

ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

L'Assicurazione è prestata in relazione ad attività e/o competenze istituzionali del Contraente e/o Assicurato (così come individuate dalla normativa regionale pertinente in materia) come comprese attività preliminari, accessorie, complementari, annesse, connesse, collegate e/o conseguenti, ivi comprese le attività del servizio di Emergenza Urgenza, comunque, da chiunque ed ovunque svolte e/o gestite (con esclusione, limitatamente alla garanzia R.C.T., di USA Canada e Messico), anche indirettamente e/o in forma mista e/o tramite Associazioni e/o volontariato, sia a titolo oneroso che gratuito.

MASSIMALI ASSICURATI

La Società non sarà tenuta a risarcire somma superiore ad **€ 40.000.000,00** per ogni periodo di assicurazione e ad **€ 20.000.000,00** per ogni singolo sinistro con il sottolimito di **€ 35.000.000,00** quale massima esposizione della Società, per l'intera durata della polizza, relativamente a tutte le richieste di risarcimento conseguenti a fatti ricadenti nel periodo di retroattività, così come riportato nell'articolo "Inizio e Termine della Garanzia RCT/O" (Art.6 del paragrafo n. 9 del presente documento).

Qualora la garanzia venga prestata per una 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 di loro.

SELF INSURED RETENTION (SIR)

Resta convenuto tra le Parti che la garanzia prestata dalla presente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento superi l'importo della Self Insured Retention di **€ 250.000,00** (duecentocinquantomila/00) ad esclusione dei sinistri relativi alla garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'opera (R.C.O.) nonché ai sinistri di cui alla garanzia di cui al successivo art. 25 "Comitato Etico e Commissione Tecnico Scientifica". I sinistri che non superino tale importo, infatti, saranno direttamente gestiti dal Contraente che non avrà alcun obbligo di comunicazione nei confronti della Società.

Resta convenuto tra le Parti che, a semplice richiesta e con un preavviso di n. 10 (dieci) giorni lavorativi, è facoltà della Società effettuare un audit presso il Contraente al fine di analizzare le posizioni di sinistro non denunciate da quest'ultima in quanto ritenute potenzialmente contenute nell'importo della SIR.

Nel caso in cui la Società ritenga che il valore di uno o più sinistri possa superare l'importo della SIR, la stessa si riserva di chiedere una valutazione al CVS al fine di ottenere l'affidamento di tali posizioni. In tal caso il Contraente si impegna, entro n. 30 (trenta) giorni dal ricevimento della richiesta, a denunciarli con le modalità stabilite nei precedenti articoli. Resta inteso tra le Parti che ove un sinistro si riferisca al medesimo soggetto danneggiato - ancorché derivante da più atti, errori od omissioni tutti consequenziali e dunque riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica - ma interessi la garanzia assicurativa prestata da più polizze aggiudicate a seguito della procedura avente ad oggetto anche il presente contratto, nonché le precedenti edizioni della presente iniziativa (VI^a Edizione – ID GARA ARCA_2016_16.1 – VII^a Edizione – ID GARA ARCA_2016_16.2 – VIII^a Edizione – ID GARA ARCA_2017_16.3), sarà applicata una sola Self Insured Retention (SIR) essendo il sinistro considerato come riconducibile ad un unico evento dannoso.

Quanto sopra anche nel caso in cui le richieste di risarcimento vengano avanzate nei confronti di più Aziende Contraenti in tempi successivi fra loro.

L'importo della Self Insured Retention (SIR) che verrà applicato sarà pari a quello più elevato tra tutte le polizze interessate dal sinistro di cui sopra; analogamente sarà applicato un unico massimale per sinistro, e l'importo applicato sarà quello più elevato.

RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGREGATI

Ove alla data di scadenza la polizza proseguisse di esplicitare i propri effetti a seguito di proroga o ripetizione del servizio, la massima esposizione della Società relativamente a tutte le richieste di risarcimento conseguenti a fatti ricadenti nel periodo di retroattività sarà proporzionalmente riparametrata in funzione di 1/1.080 per ciascun giorno intercorrente tra la data di scadenza e la nuova scadenza della polizza.

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA

Art.1 DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ

L'assicurazione prestata ai termini della polizza che sarà stipulata ai sensi della presente procedura vale per le richieste di risarcimento avanzate nei confronti dell'Assicurato indipendentemente:

- dalla fonte giuridica invocata;
- dall'autorità ritenuta competente in conformità alla legge applicabile, sia quindi essa civile, amministrativa, penale e/o arbitrale.

Art.2 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 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 e Spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per i danni involontariamente cagionati a Terzi, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare al Contraente e/o Assicurato da fatto colposo e/o doloso di Persone delle quali o con le quali debba rispondere.

Art.3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA (RCO)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (Capitale, Interessi e Spese) quale civilmente responsabile:

- 1 ai sensi degli Articoli 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, del D. Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, del D. Lgs. 10 settembre 2003 n. 276 e loro successive modificazioni, integrazioni ed interpretazioni, per gli infortuni sofferti da Prestatori d'opera da Lui dipendenti, dai lavoratori parasubordinati e dai lavoratori con rapporto di lavoro regolare, disciplinato da tutte le forme previste dal citato D. Lgs. 276/2003, addetti alle attività per le quali è prestata l'Assicurazione;
- 2 ai sensi del Codice Civile, a titolo di risarcimento di danni non rientranti nei casi di cui al precedente punto 1), cagionati ai suindicati prestatori di lavoro da infortuni dai quali sia derivata morte o invalidità permanente.

L'Assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'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 o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L.

Art.4 MALATTIE PROFESSIONALI

L'assicurazione comprende le malattie professionali, riconosciute dall'INAIL e/o ritenute tali dalla Magistratura.

La presente estensione di garanzia alle malattie professionali viene prestata nell'ambito del massimale per sinistro che rappresenta anche la massima esposizione della Società per periodo di assicurazione.

La garanzia relativa alle malattie professionali non è operante:

- 1 per i Prestatori d'opera per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- 2 per le malattie professionali conseguenti:
 - alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte del Legale Rappresentante della Contraente;
 - alla intenzionale mancata prevenzione del danno, da parte del Legale Rappresentante della Contraente, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni;
 - alla lavorazione e/o esposizione all'amianto (asbestosi e silicosi) o di/a qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o natura l'amianto o, ancora, di/a campi elettromagnetici;

la presente esclusione 2) - ad eccezione di quanto previsto dall'ultimo capolinea - cessa di avere effetto per i danni verificatisi successivamente al momento in cui, per porre rimedio alla carenza, vengano intrapresi accorgimenti atti a sanare la stessa.

Art.5 RIVALSA INPS

Tanto l'assicurazione R.C.T. quanto l'assicurazione R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall' I.N.P.S. ai sensi dell'Articolo 14 della Legge 12 giugno 1984, n. 222 e successive integrazioni e modifiche.

Art.6 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

La garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutti i sinistri ricevuti dalla Contraente e/o dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia della presente assicurazione in relazione a fatti posti in essere durante il periodo di validità della stessa nonché per fatti posti in essere in data non antecedente:

a) alle ore 24 del 01.07.2002 per tutte le strutture facenti capo all'Azienda Ospedaliera così come costituita fino al 31.12.2015 – data di effetto della Legge Regionale 23/2015 – a seguito della quale è stata costituita l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza. Resta altresì inteso tra le Parti che, limitatamente ai fatti posti in essere in realtà/presidi che per effetto della citata Legge Regionale sono afferiti ad Aziende Socio Sanitarie Territoriali diverse dalla Contraente, la garanzia esplica la sua operatività solo ed esclusivamente per i fatti posti in essere nel periodo intercorrente tra la data di retroattività sopra richiamata ed il 31.12.2015;

b) alle ore 24 del 31.12.2015 per tutte le altre realtà/presidi afferite alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza da altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale per effetto della Legge Regionale 23/2015 e ss.mm.ii..

A maggior precisazione di quanto sopra, resta inteso tra le Parti che le eventuali richieste di risarcimento successive, seppur pervenute in momenti diversi ed anche dopo la data di cessazione della vigente polizza - purché traggano origine dal medesimo fatto colposo – saranno considerate come unico sinistro e la data della prima richiesta di risarcimento varrà anche per quelle successive.

Resta inteso tra le Parti che, limitatamente ai soli sinistri originati da fatti posti in essere nei citati periodi antecedenti la data di effetto della presente polizza, l'esposizione massima della Società non potrà essere complessivamente superiore, per l'intera durata della presente polizza, ad **€ 35.000.000,00** (trentacinquemilioni/00).

Art.7 SINISTRO IN SERIE

Resta inteso tra le Parti che le richieste di risarcimento presentate al Contraente/Assicurato, quand'anche siano riferite ad una pluralità di eventi dannosi originatisi in momenti e periodi di assicurazione diversi, saranno considerate un unico sinistro ("Sinistro in Serie") se imputabili ad una medesima causa generatrice che sia riconducibile ad una responsabilità di carattere gestionale in capo alla Contraente e relativa allo svolgimento delle attività sanitarie di cui all'oggetto della presente polizza.

Ferma l'operatività della garanzia assicurativa prevista dall'Articolo - Inizio e Termine della Garanzia - la data ed il periodo di assicurazione della prima richiesta di risarcimento sarà considerata come data e periodo di assicurazione di tutte le richieste successive anche se pervenute dopo la data di cessazione della presente polizza.

Per ogni "Sinistro in Serie" così come sopra inteso, la Società non sarà tenuta a rispondere per una somma maggiore di **€ 20.000.000,00** (ventimilioni/00) indipendentemente dal numero di persone coinvolte e del numero di periodi di assicurazione in cui le richieste di risarcimento siano pervenute.

Art.8 ESCLUSIONI

L'assicurazione **Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori d'Opera** non comprende i danni:

- a) conseguenti a Fatti Noti così come individuati nella Sezione – Definizioni – della presente polizza (la presente esclusione è stata oggetto di **offerta migliorativa del Concorrente indicata nella Dichiarazione di Offerta Tecnica** e pertanto si intende **ABROGATA**);
- b) conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi;
- c) conseguenti ad atti di terrorismo e sabotaggio, nonché per i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare ed invasione;
- d) conseguenti a detenzione e/o impiego o comunque connessi con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche provocate artificialmente;
- e) derivanti da campi elettromagnetici ad eccezione, però, dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;
- f) derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da asbesto e qualsiasi sostanza contenente asbesto, nonché da amianto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto;
- g) derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati;
- h) conseguenti ad intenzionale violazione di legge, errori, omissioni o ritardi nel compimento di atti amministrativi, salvo che dagli stessi non derivino morte, lesioni personali e/o danni a cose;
- i) derivanti dalle richieste di carattere penale quali multe, ammende o sanzioni di natura punitiva, incluso "punitive and exemplary damages";
- j) conseguenti a trabocco o rigurgito di fognature nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio, muffe e, in genere, da insalubrità dei locali.

L'assicurazione **Responsabilità Civile verso Terzi** non comprende i danni:

- k) conseguenti a furto, ad eccezione dei casi in cui, in sede di giudizio, la Contraente sia condannata al risarcimento;

- l) per i quali è obbligatoria l'assicurazione Responsabilità Civile Autoveicoli ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;
- m) derivanti dall'impiego di aeromobili, nonché di navigazione di natanti a motore;
- n) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;
- o) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;
- p) alle cose trasportate su mezzi di trasporto;
- q) da implantologia di protesi all'anca "metal on metal" qualora il danno lamentato sia riconducibile ad un vizio intrinseco del prodotto; la presente esclusione non esplica i suoi effetti per i danni riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità del Contraente/Assicurato e direttamente imputabile alla prestazione dallo stesso erogata (**la presente esclusione è stata oggetto di offerta migliorativa del Concorrente indicata nella Dichiarazione di Offerta Tecnica e pertanto si intende ABROGATA**)
- r) derivanti da inquinamento dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere che non siano diretta conseguenza di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato, causata da evento improvviso, repentino ed accidentale;
- s) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Devono altresì ritenersi inclusi in garanzia:
 - i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'Assicurato,
 - i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie;
- t) derivanti da richieste di risarcimento che, sulla base del presente contratto, siano mirate ad ottenere risarcimenti ed indennizzi o effettuare pagamenti, qualora tali risarcimenti, indennizzi o pagamenti costituiscano violazione di qualunque divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzione economiche o commerciali e/o embargo internazionale (**la presente esclusione è stata oggetto di offerta migliorativa del Concorrente indicata nella Dichiarazione di Offerta Tecnica e pertanto si intende ABROGATA**)

Art.9 NOVERO DI TERZI

Si conviene tra le Parti che, ai fini dell'operatività della garanzia R.C.T. prestata con la presente polizza, sono considerati Terzi tutti i Soggetti, sia Persone fisiche che giuridiche ad esclusione del Legale Rappresentante, dei Prestatori d'opera e del Personale in comando presso il Contraente, qualora subiscano il danno per causa di lavoro e/o servizio in quanto già operativa la copertura R.C.O.

Pertanto il Legale Rappresentante, i Prestatori d'opera ed il Personale in comando presso il Contraente sono considerati Terzi qualora subiscano il danno per causa diversa da lavoro e/o servizio od in caso di danno a cose di loro proprietà o da loro detenute.

Art.10 RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E PERSONALE DEI DIPENDENTI E NON

La garanzia per danni arrecati a Terzi ed a Prestatori d'opera nello svolgimento delle mansioni o degli incarichi esplicitati per conto ed ordine del Contraente, comprende la responsabilità civile professionale e personale di:

- Tutti i Dipendenti e del Personale ad essi equiparato, ai sensi delle normative vigenti, del Contraente, anche qualora svolgano la propria attività professionale presso altre strutture sanitarie, in forza di accordi o convenzioni stipulate dalla Contraente stessa.
- Medici o altro Personale non a rapporto di dipendenza, qualora sussista per legge l'obbligo di copertura con oneri a carico del Contraente; resta in tal caso fermo il diritto di rivalsa spettante alla Società per le somme corrisposte ed eccedenti il massimale previsto dalla legge di riferimento.
- Volontari, appartenenti o non, ad Associazioni di volontariato, e/o soggetti terzi appositamente incaricati dalla Contraente per le attività di natura assistenziale non rientrando, tra le stesse, le attività di natura sanitaria.
- Medici o di altro Personale non a rapporto di dipendenza che prestino la propria opera in nome e per conto del Contraente, in regime convenzionale o contrattuale in genere; la presente garanzia non dovrà ritenersi tuttavia operante in funzione della applicabilità di norme di legge in vigore e/o in funzione di specifici accordi, ferma in ogni caso l'operatività della polizza per la responsabilità in capo alla contraente.

Resta comunque inteso che qualunque attività clinica e/o chirurgica svolta da Medici o altro Personale non a rapporto di dipendenza dovrà essere preventivamente autorizzata dal Contraente. Per l'individuazione degli Assicurati e la loro entrata o cessazione dalla garanzia, che avverrà comunque senza necessità di preventiva comunicazione alla Società, si farà riferimento alla formale evidenza interna (atti, registrazioni e contratti tenuti dal Contraente) di cui il Contraente s'impegna a fornire copia a semplice richiesta della Società.

Si conviene inoltre tra le Parti che la garanzia sarà operante ancorché, al momento in cui emerge il sinistro, gli Assicurati di cui sopra non prestino più la propria attività in favore del Contraente.

La Società terrà a proprio carico anche i danni cagionati a Terzi dai Pazienti incapaci di intendere e di volere, anche di fatto ed anche in forma temporanea, annoverando nella qualifica di Terzi anche il Personale che sia direttamente incaricato della loro sorveglianza.

Tale garanzia è operante anche per la responsabilità civile personale degli Assistiti, compresi i portatori di handicap che, previa autorizzazione del Contraente, prestino tirocinio lavorativo presso Terzi.

Art.11 ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE E NON

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile professionale e personale, ancorché tali soggetti non siano più in organico al Contraente al momento in cui emerge il sinistro, di tutti i Dipendenti del Contraente che abbiano optato per il rapporto di lavoro "esclusivo" con la stessa e che, in forza della vigente normativa ed eventuali modifiche ed integrazioni, svolgano altresì l'attività libero-professionale intra-moenia, anche allargata.

La garanzia opera anche a favore dei non Dipendenti a ciò debitamente autorizzati.

Art.12 RESPONSABILITÀ COME DA D.LGS N. 626/1994 E D.LGS N. 494/1996 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI CONTENUTE NEL D.LGS N. 81/2008

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante dell'Assicurato per fatto dei Dipendenti, nonché quella personale in capo ai Dipendenti stessi nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali, comprese quelle previste ai sensi del D. Lgs 19 settembre 1994 n. 626 e del D. Lgs 14 agosto 1996 n. 494 e successive modifiche e integrazioni contenute nel D. Lgs 9 aprile 2008 n. 81.

Art.13 DETENZIONE ED USO DI FONTI RADIOATTIVE

A parziale deroga dell'Articolo - Esclusioni, l'Assicurazione comprende la Responsabilità Civile per i danni derivanti dalla detenzione e dall'uso di fonti radioattive relativamente all'attività descritta in polizza.

La Garanzia è estesa anche al rischio derivante all'Assicurato/Contraente per effetto del trasporto del materiale radioattivo prelevato e trasportato esclusivamente con mezzi speciali previsti dalla legge, ferma restando l'esclusione dei danni ricollegabili ai rischi di responsabilità civile per i quali, in conformità alle norme del D. Lgs 209/2005 e s.m.i. è obbligatoria l'assicurazione.

Art.14 COMMITTENZA GENERICA INCLUSA GUIDA DEI VEICOLI

L'Assicurazione comprende la responsabilità che a qualunque titolo ricada sull'Assicurato ai sensi dell'Articolo 2049 del Codice Civile per danni cagionati a Terzi dalle Ditte appaltatrici, dai Dipendenti delle stesse o comunque da tutti coloro che, non in rapporto di dipendenza, partecipano in modo continuativo o saltuario allo svolgimento dell'attività dell'Assicurato.

L'Assicurazione è prestata inoltre per danni cagionati a Terzi dai Dipendenti dell'Assicurato, ancorché non più alle dipendenze dello stesso al momento in cui emerge il sinistro, in relazione alla guida di veicoli a motore e non, purché i medesimi, ad eccezione dei veicoli non a motore, non siano di proprietà od in usufrutto dell'Assicurato od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati.

La garanzia vale anche per danni corporali cagionati alle persone trasportate.

Art.15 DISTRIBUZIONE ED UTILIZZAZIONE DEL SANGUE E DEI SUOI PREPARATI O DERIVATI

In relazione al disposto di cui all'Articolo 22 del D.P.R. 24/08/1971 n. 1256 e successive modificazioni ed integrazioni, l'Assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per danni a Terzi, in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi preparati o derivati.

E' dunque compresa la responsabilità civile per danni cagionati a terzi e conseguenti alla trasfusione e/o all'utilizzazione del sangue e dei suoi preparati o derivati e/o sostanze di origine umana (tessuti, cellule, organi, ecc.), nonché di ogni prodotto biosintetico o di ogni prodotto derivato da tali materiali o sostanze purché il Contraente abbia implementato procedure atte da ottemperare ad ogni obbligo di legge previsto in merito al controllo preventivo del sangue in vigore al momento del fatto.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € **3.500.000,00** (tremilionicinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.16 DANNI DA INCENDIO

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per i danni a cose di Terzi conseguenti ad incendio di cose di proprietà dell'Assicurato o da questi detenute a qualsiasi titolo.

Tale garanzia è prestata in secondo rischio ad eventuale analoga garanzia prestata da polizza Property, purché valida ed operante.

La Società indennizzerà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € **3.000.000,00** (tremilioni/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.17 DANNI DA INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ

L'Assicurazione comprende i danni derivanti da interruzione o sospensione, parziale o totale, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € **1.500.000,00** (unmilione cinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.18 INQUINAMENTO ACCIDENTALE

L'Assicurazione comprende i danni da inquinamento derivanti da guasti o rotture accidentali di impianti e condutture.

A riguardo della presente estensione si precisa che per i "danni da inquinamento" si intendono quei danni che si determinino in conseguenza della contaminazione dell'acqua, dell'aria e del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, da parte di sostanze, di qualunque natura, emesse, scaricate, disperse, deposte o comunque fuoriuscite dal complesso delle strutture di pertinenza del Contraente.

Sono esclusi i danni di cui l'Assicurato o persone delle quali debba rispondere siano responsabili a titolo di danno ambientale ai sensi dell'articolo 311 D.L. 135/2009 e successive modificazioni ed integrazioni.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € **1.500.000,00** (unmilione cinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.19 PROPRIETÀ, CONDUZIONE E LOCAZIONE DEI FABBRICATI

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante all'Assicurato nella sua qualità di proprietario, conduttore o detentore dei fabbricati nei quali si svolge l'attività descritta in polizza e dei rispettivi impianti, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: ascensori, montacarichi, centrali termiche, autoclavi, cancelli anche elettrici, recinzioni, parchi e giardini, strade ad uso interno, locale adibito ad Aula Magna, eliporto, nulla escluso né eccettuato.

La garanzia comprende inoltre i lavori di ordinaria e straordinaria manutenzione.

ART.20 PROPRIETÀ ED USO MACCHINARI

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante dalla proprietà e dall'uso di mezzi di trasporto e/o sollevamento ancorché semoventi, impiegati per operazioni connesse con l'attività svolta dall'Assicurato, esclusi comunque i rischi inerenti alla circolazione degli stessi e come tali soggetti all'obbligo dell'assicurazione di cui al Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005.

Art.21 COSE IN AMBITO LAVORI

L'Assicurazione comprende i danni alle cose, inclusi i locali, trovantisì nell'ambito di esecuzione dei lavori sempre che tali cose non siano oggetto diretto o strumento dei lavori dedotti in polizza.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di € **150.000,00** (centocinquantomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.22 DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile per danni arrecati ai mezzi di trasporto sotto carico e scarico ovvero in sosta nell'ambito di esecuzione di dette operazioni.

Art.23 LEGGE SULLA PRIVACY

A parziale deroga di quanto previsto all'Articolo - Oggetto Dell'assicurazione Responsabilità Civile Verso Terzi (R.C.T.) e verso Prestatori d'Opera (R.C.O.), la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, anche per perdite patrimoniali (intese, queste ultime, come il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali o morte o danneggiamenti a cose) involontariamente cagionate ai Terzi Utenti delle Strutture in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge in relazione al trattamento dei dati personali, siano essi comuni che sensibili. La garanzia è operativa a condizione che il trattamento di tali dati sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali del Contraente.

La presente estensione non vale:

- per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;
- per la volontaria diffusione e il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti in violazione alle disposizioni di legge;
- per le multe e le ammende inflitte direttamente alla Contraente od alle persone del cui operato la stessa debba rispondere.

La Contraente ed i Dipendenti, limitatamente alle violazioni della legge relative al rapporto di lavoro intercorrente tra le Parti, non sono Terzi fra di loro.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 250.000,00** (duecentocinquantomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.24 SPERIMENTAZIONE CLINICA

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile verso Terzi (morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose) derivante all'Assicurato nella sua qualità di soggetto autorizzato, a norma di legge, a promuovere e/o svolgere attività di sperimentazione, terapia di medicina complementare, studi per il miglioramento della pratica clinica e/o studi osservazionali, sperimentazioni spontanee non sponsorizzate condotte secondo le indicazioni ministeriali o al di fuori di esse (uso "off label").

L'assicurazione è inoltre operante per sperimentazioni di dispositivi medici, dispositivi impiantabili attivi ed apparecchiature medicali.

La garanzia opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'Assicurato con l'esclusione della responsabilità che dovesse essergli iscritta in via di solidarietà con altri Soggetti (quali ad esempio: Promotori della sperimentazione - Ditte produttrici dei farmaci) che operano nell'ambito della stessa sperimentazione.

La garanzia opera a condizione che sia stato espresso parere favorevole alla sperimentazione da parte del Comitato Etico.

Resta comunque esclusa la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 3.500.000,00** (tre milioni cinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

A maggior chiarimento di quanto previsto dalle norme generali di polizza si prende atto fra le Parti che l'assicurazione non opera per i danni riconducibili alla RC Prodotti, ascrivibili alle Ditte produttrici dei farmaci somministrati nell'ambito della sperimentazione.

L'Assicurato può inoltre, mediante apposite convenzioni, avvalersi delle prestazioni di Terzi (persone fisiche e giuridiche) di altre Strutture sanitarie, di Cliniche Universitarie ed Istituti a carattere scientifico, oppure può riservare agli stessi l'utilizzo di proprie Strutture a fini didattici e di ricerca.

Resta inteso tra le Parti che relativamente ai protocolli presentati al Comitato Etico in data successiva all'entrata in vigore del Decreto ed approvato dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dello Sviluppo Economico il 14.7.2009, in materia di Requisiti minimi per le polizze assicurative a tutela dei soggetti partecipanti alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, la garanzia di cui alla presente polizza opererà in Differenza di Limiti e di Condizioni rispetto alle polizze obbligatoriamente sottoscritte per ciascun singolo protocollo.

In caso di inesistenza/inoperatività della specifica polizza obbligatoriamente sottoscritta a copertura del singolo protocollo, la garanzia di cui alla presente polizza opererà previa applicazione di una franchigia pari ai massimali previsti dal richiamato Decreto e s.m.i.

Art.25 COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA

La copertura assicurativa è estesa alla responsabilità civile personale dei soggetti componenti il Comitato Etico Interaziendale così come previsti dal Decreto DG Salute Regione Lombardia n. 5493 del 25.06.2013 "Riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Lombardia – Approvazione delle linee guida per l'Istituzione e funzionamento" e s.m.i., per danni cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione e/o a studi osservazionali e/o studi per il miglioramento della pratica clinica per morte e lesioni personali verificatisi in relazione alla loro attività purché svolta secondo le normative, leggi, regolamenti o disposizioni tecniche vigenti. La garanzia non comprende i danni imputabili alla responsabilità degli Sperimentatori e dei Promotori delle sperimentazioni ed i danni imputabili a vizio del consenso, esclusivamente qualora il consenso informato sia considerato non "validamente prestato" ai sensi del Decreto del Ministero della Salute del 8 febbraio 2013 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale – Serie generale n. 96 del 24 aprile del 2013 e s.m.i.

La copertura assicurativa è estesa altresì alla responsabilità civile personale dei soggetti componenti la Segreteria Tecnico-Scientifica, in ottemperanza alla vigente normativa, nonché alla responsabilità civile personale dell'organo di amministrazione che istituisce il comitato etico.

A deroga dell'Articolo – Diritto di rivalsa - la Società rinuncia, salvo il caso di dolo, al diritto di rivalsa nei confronti degli Assicurati.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con un limite di indennizzo pari a € **2.500.000,00** (duemilionicinquecentomila/00) per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.26 RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante da ritardato e/o omesso soccorso in conseguenza di fatto accidentale verificatosi in relazione a tale specifica attività.

Art.27 VALIDITA TERRITORIALE

La presente assicurazione vale per il Mondo intero con esclusione di USA, Canada e Messico.

LIMITI DI INDENNIZZO

I limiti di risarcimento di seguito indicati devono intendersi quale massima esposizione della Società, operando dunque in eccesso agli eventuali livelli di compartecipazione / autoritenzione in capo alla Contrante:

RCT/O	Limiti indennizzo per sinistro
Sinistro in serie	€ 20.000.000,00 per sinistro
Distribuzione ed utilizzazione del sangue	€ 3.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da incendio	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da interruzione di attività	€ 1.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da inquinamento accidentale	€ 1.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Cose in ambito lavori	€ 150.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Legge sulla privacy	€ 250.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Sperimentazione Clinica	€ 3.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Comitato Etico	€ 2.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione

PROCEDURA MIGLIORATIVA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

1) OBIETTIVO

Al fine di poter affrontare in maniera il più possibile coordinata e condivisa la gestione dei sinistri in ambito sanitario nella fase successiva alla definizione dell' *Accordo Quadro* regionale, si intende definire una specifica *Procedura* condivisa di gestione del nuovo sistema assicurativo in Self Insurance Retention (SIR), attraverso l' identificazione degli strumenti necessari per una corretta gestione dei sinistri, alla luce di quanto finora indicato dalla Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia, con particolare riferimento agli orientamenti dalla stessa delineati nelle " Linee di Indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri" allegate alla Circolare regionale esplicativa delle DGR regole 2013.

2) PARTI COINVOLTE

Sono parti coinvolte nella presente procedura: l' Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco, l' Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna, l' Azienda Ospedaliera Ospedale Civile di Legnano e l' Azienda Ospedaliera Ospedale Sant' Anna di Como.

3) RESPONSABILITÀ (di aggiornamento)

Sono responsabili dell'aggiornamento e della revisione della presente procedura i Direttori delle Strutture Complesse e Unità Operative Affari Generali e Legali delle Aziende Ospedaliere aderenti.

4) DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

4.1. DEFINIZIONI

Richiesta di risarcimento: qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata, anche tramite un organismo di mediazione, all' Assicurato.

Si intende parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di inchiesta da parte delle Autorità competenti (sia civili che penali) in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione, nel momento in cui l'assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta.

Sinistro: per sinistro deve intendersi il ricevimento da parte della contraente o dell'assicurato di una "Richiesta di risarcimento".

Tali definizioni appena elencate restano subordinate a quanto pattuito e concordato in merito, in ambito della contrattazione di ogni singola Azienda Ospedaliera con la Compagnia assicurativa a cui è stato o verrà affidato il servizio assicurativo per la responsabilità RCT /O.

Self Insurance Retention: la parte di danno che rimane a carico dell'ASST.

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

4.2. ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

S.I.R.	SELF INSURANCE RETENTION
S.C.	STRUTTURA COMPLESSA
U.O.	UNITA' OPERATIVA
D.LGS.	DECRETO LEGISLATIVO
C.V.S.	COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI
R.C.T./O.	RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI/OPERATORI

5) MODALITÀ OPERATIVE

5.1 FASE DI APERTURA DEL SINISTRO

La fase iniziale, oltre che essere diretta alla ricezione delle richieste risarcitorie ed alla valutazione della loro ammissibilità, è decisiva per la corretta e più proficua instaurazione del rapporto con la parte istante, valutando se necessario il caso nell'ottica della *mediazione trasformativa*, se presente e praticata in Azienda, e comunque attraverso una valutazione di completezza (es.: sottoscrizione da parte del paziente o legittimo rappresentante, sufficiente esposizione dei fatti e degli addebiti etc. ...) ed ammissibilità della stessa (intervenuta prescrizione del diritto al risarcimento etc....).

Dopodiché, l'ASST provvede, nel più breve tempo possibile, ad inoltrare la richiesta risarcitoria alla Compagnia assicuratrice, e per conoscenza al Broker, solo nel caso in cui questa riguardi danni la cui entità richiesta, o stimata, risulti superiore alla soglia SIR.

Nei casi al di fuori della fattispecie sopra riportata, troverà infatti immediata applicazione quanto previsto alla lettera A nel seguito esplicitata, in tema di gestione diretta ed autonoma dei sinistri.

A tal proposito, e soprattutto per le richieste di risarcimento che non presentano indicazioni sul *quantum debeatur* e nemmeno espliciti riferimenti circostanziali utili ad addivenirne ad una seppur sommaria determinazione, occorrerà procedere ad una quantificazione indicativa del danno attraverso l'ausilio del Medico-legale membro del CVS.

Nel caso in cui, a seguito delle predette valutazioni, la potenziale esposizione risarcitoria sia stimata oltre la soglia SIR, l'ASST provvederà, nel più breve tempo possibile, a trasmettere copia della richiesta di risarcimento alla Compagnia assicuratrice e per conoscenza al Broker. In tal caso troverà applicazione quanto previsto alla lettera B nel seguito esplicitata, in tema di gestione dei sinistri oltre SIR.

5.2. FASE ISTRUTTORIA

Indipendentemente dal valore della potenziale esposizione risarcitoria, l'ASST provvede, nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento, all'acquisizione della documentazione che, in funzione della specifica tipologia di sinistro, risulta necessaria per la compiuta istruttoria della pratica e che è così identificabile:

- documentazione sanitaria;
- cartella clinica;
- nominativi di tutti i sanitari interessati ed eventuale loro relazioni sul caso;
- relazione sul caso del Direttore di Struttura/Unità Operativa;
- relazione sullo stato dei luoghi (descrizione, rappresentazioni fotografiche, indicazioni sulla conformità alla normativa vigente);

- f. relazioni in merito alla manutenzione del luogo del sinistro nonché indicazioni sulla relativa competenza (se dell'ASST o se di una Ditta esterna);
- g. in caso di caduta di pazienti ricoverati presso l'ASST relazione sulle eventuali prescrizioni particolari riferite agli stessi;
- h. eventuali dichiarazioni testimoniali;
- i. eventuali procedure o protocolli per la gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali);
- j. ogni ulteriore utile documentazione ai fini di una compiuta istruttoria del caso.

Si precisa che le richieste di cui alle lettere c. e d. dell'elenco soprariportato saranno rivolte, ove compatibile con l'organizzazione aziendale, per il tramite della Direzione Medica di Presidio al Direttore di S.C./U.O. interessata del caso, che avrà l'onere di coinvolgere il personale sanitario intervenuto.

Contestualmente l'ASST invia alla parte istante:

- comunicazione interlocutoria con cui si rende noto che la richiesta di risarcimento è stata ricevuta e che sono in corso le attività necessarie all'istruttoria della pratica;
- modulo che la parte istante dovrà rendere firmato per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (D. Lgs. 196/2003 e ss. mm. ii.), che contempli tra i soggetti autorizzati anche il Broker, la Compagnia assicurativa, l'eventuale Loss Adjuster, nonché tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano la necessità di trattare tali dati;
- la richiesta di produzione di copia integrale della documentazione sanitaria (anche se relativa a prestazioni ricevute da altre strutture) e dell'eventuale relazione medico-legale redatta dal proprio fiduciario, nonché della documentazione comprovante le spese sostenute;
- la richiesta di quantificazione economica del danno lamentato.

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

- A) qualora il potenziale risarcimento del danno risulti verosimilmente inferiore alla soglia SIR, l'ASST procederà con la gestione diretta ed autonoma del sinistro (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Compagnia assicuratrice degli esiti conclusivi. Resta inteso che, ove nel corso della gestione e del sinistro, dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo della SIR, sarà obbligo dell'ASST darne immediata comunicazione alla Compagnia assicuratrice. Per il prosieguo della gestione, si procederà nei termini stabiliti dalla successiva lettera B e dalle disposizioni di polizza.
- B) qualora il potenziale risarcimento del danno sia pari o superiore alla soglia SIR, l'ASST trasmetterà alla Compagnia assicuratrice copia della denuncia di sinistro e la documentazione utile alla relativa istruttoria come indicata al precedente paragrafo "Fase istruttoria"; la Compagnia assicuratrice procederà all'apertura del sinistro, confermandone all'ASST la presa in carico. Il sinistro sarà gestito dalla Compagnia assicuratrice nei termini contrattuali previsti.

6) COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI

6.1 COMPOSIZIONE

Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) è un organismo a composizione multidisciplinare, formato da membri interni ed esterni all'Azienda. Tale organismo è di norma composto dal Direttore Responsabile della S.C./U.O. Affari Generali e Legali, dal Risk Manager, da un Dirigente Medico designato dalla Direzione Sanitaria aziendale, dal Medico Legale interno od esterno, dal rappresentante della Società Loss Adjuster, qualora prevista, dal rappresentante della Compagnia assicurativa e del Broker Assicurativo. È discrezione di ogni singola Azienda integrare la composizione del CVS con competenze specialistiche inerenti i sinistri in esame.

6.2 FUNZIONI

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

In particolare, all'interno del CVS, vengono:

1. raccolte le informazioni indispensabili alla gestione dei sinistri;
2. determinate le eventuali responsabilità in capo ai diversi soggetti coinvolti nel sinistro;
3. valutate le tipologie e l'entità dei danni arrecati a terzi;
4. valutate le possibilità di soluzione stragiudiziale della vertenza.

6.3 OBIETTIVI

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

1. vagliare tempestivamente le richieste di risarcimento dei danni, coinvolgendo tutti i componenti nell'analisi del sinistro, al fine di consentire l'identificazione delle cause e delle responsabilità nonché di permettere una corretta quantificazione del danno;
2. favorire la sollecita definizione delle pratiche al fine di evitare il contenzioso giudiziario;
3. individuare una strategia condivisa di gestione del sinistro;
4. ottimizzare il rapporto tra rischi e premi assicurativi, fungendo da punto di riferimento per la definizione delle politiche di copertura assicurativa aziendale.

6.4 RIUNIONI

Il CVS si riunisce con cadenza periodica e di ogni seduta deve essere redatto apposito verbale.

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

6.5 COMPETENZE

Di seguito vengono indicate le singole competenze all'interno del Comitato:

- la tenuta dei rapporti con i danneggiati e con i loro difensori sarà di competenza della componente legale interna all'Azienda; saranno, invece, di competenza della Compagnia assicuratrice e del Broker nelle circostanze in cui si tratti di sinistri oltre la soglia SIR;
- la valutazione degli aspetti clinico-sanitari spetta principalmente al Dirigente Medico designato dalla Direzione Sanitaria aziendale;
- la valutazione delle implicazioni medico-legali sarà effettuata dal medico legale interno od esterno all'Azienda con la collaborazione della componente legale, del Loss Adjuster e del Broker Assicurativo per quanto concerne la quantificazione del danno.

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

6.6 DECISIONI

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

- di tentare una composizione stragiudiziale della vertenza, indicando l'importo massimo da riconoscere, con una negoziazione diretta da parte della componente legale (sotto soglia SIR) o della Compagnia Assicurativa (sopra soglia SIR);
- di respingere la domanda risarcitoria nelle ipotesi in cui non venga riscontrata la responsabilità dell'Azienda Ospedaliera.

A seguito delle valutazioni effettuate, il CVS sottopone alla Direzione Strategica le proposte di liquidazione per l'adesione al processo valutativo /decisionale e per l'adozione dei successivi provvedimenti deliberativi.

7) TRATTATIVE

Per quanto concerne i sinistri sotto la soglia SIR, sarà la componente legale a condurre le relazioni con controparte sia in sede di approccio iniziale, sia a seguito delle risultanze dell'analisi del sinistro in sede di CVS. Nelle ipotesi di sinistri sopra soglia SIR, le contrattazioni saranno guidate dalla Compagnia assicuratrice. Ad ogni modo, chi condurrà la negoziazione dovrà riportarsi a quanto stabilito dal CVS ed avallato dalla Direzione Strategica.

Per quanto concerne le sopravvenute variazioni di competenza nella gestione dei diversi sinistri si rinvia a quanto previsto nella polizza assicurativa.

8) LIQUIDAZIONE STRAGIUDIZIALE

A seguito del buon esito della trattativa, si procederà alla liquidazione del sinistro, secondo le procedure adottate dalle singole Aziende Ospedaliere.

La liquidazione, così come le trattative, dovrà avvenire secondo le indicazioni ed i limiti indicati dal CVS e dalla Direzione Strategica.

Nell'ipotesi di liquidazione stragiudiziale di un sinistro sotto soglia SIR, la componente legale procederà alla redazione dell'atto di transazione/quietanza che dovrà essere sottoscritto dalle parti; verrà, poi, adottata la deliberazione di recepimento dell'intervenuta soluzione bonaria della vertenza, seguita dalla liquidazione del sinistro.

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

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

MEDIAZIONE CONCILIAZIONE - EX DLgs 28/2010

Per i sinistri che hanno una quantificazione economica inferiore alla soglia SIR, l'Azienda valuta autonomamente l'opportunità di aderire o meno alle pervenute Istanze di Mediazione e Conciliazione ex D.Lgs. 28/2010.

Per i sinistri che hanno una quantificazione economica maggiore alla SIR, le pervenute Istanze di Mediazione vengono trasmesse tempestivamente alla Compagnia di Assicurazione, che secondo quanto pattuito nella vigente polizza RCT/O, valuta se aderire o meno alla stessa con oneri economici a suo carico, tenuto conto che l'ASST ritiene opportuno aderire e partecipare alle Istanze in commento.

In caso di adesione, sia per i sinistri sotto SIR che sopra SIR, le eventuali determinazioni (an e quantum) in ordine all'opportunità di sottoscrivere la proposta di conciliazione dovranno essere sottoposte a parere valutativo del Comitato Valutazione Sinistri Aziendale.

Nel caso in cui si ritenga di non partecipare alla mediazione, sussistendone giustificati motivi, viene inviata formale comunicazione all'Organismo di Mediazione.

9) ACCESSO AL PATROCINIO LEGALE

L'ASST garantisce ai propri dipendenti l'ammissione al patrocinio legale alle condizioni previste dalle disposizioni dei vigenti CCNL di riferimento e dall'eventuale regolamento attuativo aziendale.

10) APPLICAZIONE DELL'ART. 1910 C.C.

In caso di sinistro che coinvolga un dipendente, lo stesso è tenuto a denunciare il fatto alla Compagnia attivando la propria polizza personale, se esistente, e a comunicare gli estremi della stessa al Settore Legale dell'ASST. La decisione in ordine al coinvolgimento del sanitario e della sua polizza personale sarà assunta in sede di CVS e verrà curata dal Settore Legale.

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

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

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

Analogamente si procederà nel caso in cui la polizza del sanitario non dovesse operare per qualsiasi motivo.

11) SEGNALAZIONE ALLA CORTE DEI CONTI

La liquidazione dei sinistri che comporti l'esborso di oneri a carico dell'ASST, sarà oggetto di segnalazione alla Procura Regionale della Corte dei Conti.

12) RISERVAZIONE E CONTABILIZZAZIONE DELL'ESPOSIZIONE

Nell'ambito della gestione dei sinistri sotto soglia SIR, così come di quelli che, ove nell'offerta risultata aggiudicataria del servizio sia prevista una *franchigia aggregata annua* che venga erosa dagli importi liquidati in eccesso alla SIR, concorreranno a costituire le voci di costo ulteriori rispetto al premio assicurativo, non può essere tralasciata la funzione svolta dalla S.C./U.O. Economico-Finanziaria che, opportunamente supportata dalla Struttura aziendale preposta alla gestione del contratto assicurativo e dei relativi sinistri, dovrà procedere con la quantificazione del necessario fondo da appostare sul bilancio per far fronte ai futuri risarcimenti che rimarranno a carico dell'Azienda. In adesione a quanto indicato sul tema dalla Direzione Generale Sanità di Regione Lombardia, con l'emanazione delle *Linee di Indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri* allegata alla Circolare regionale prot. HI 2012 0036178 del 17.12.2012, detta quantificazione dovrà essere calcolata applicando il principio contabile della "competenza" e non della "cassa". Risulta evidente che, trattandosi di un contratto per assunto "aleatorio", risulterà difficile quantificare aprioristicamente l'esatto importo, il quale non potrà che variare in funzione del numero di richieste di risarcimento ricevute nell'anno di riferimento nonché della relativa quantificazione economica e andrà, quindi, aggiornato periodicamente per renderlo il più attendibile possibile.

13) DISPOSIZIONI FINALI

In caso di discordanza tra la disciplina prevista dalla presente procedura e le condizioni contrattuali previste dalle singole polizze assicurative aziendali, prevalgono queste ultime.

La procedura verrà adeguata in conformità alle eventuali future revisioni o integrazioni delle Linee di Indirizzo regionali. Le disposizioni di cui alla presente procedura, nelle parti riferite alla gestione diretta dei sinistri sotto soglia SIR da parte dell'ASST, sono applicabili anche alla figura del Loss Adjuster, qualora presente, nel rispetto delle condizioni stabilite nel relativo disciplinare d'incarico.

Tenuto conto della Deliberazione n. 877 del 3 ottobre 2018, con la quale l'ASST LARIANA ha adottato il Regolamento Aziendale avente ad oggetto: "Procedura Aziendale Esecutiva Per l'Istruttoria e la Gestione Dei Sinistri in Materia di Responsabilità Sanitaria, In Relazione all'Evoluzione Normativa In materia ed alle Nuove Polizze Assicurative per Responsabilità Civile Verso Terzi ed Operatori (RCT/O)", le Parti prendono e danno atto che tale procedura, integra la "procedura di gestione dei sinistri" di cui alle pagg. 27-33 del contratto n. 164224, e conseguentemente è recepita nella polizza.

Polizza emessa con firma digitale a Milano, 29 dicembre 2020.

Il Contraente,

SHAM,

Clausole Vessatorie

Condizioni Generali di Assicurazione

- Art. 1) – Durata dell'Assicurazione- Proroga - Disdetta
- Art. 2) – Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione
- Art. 3) – Pagamenti per variazioni con incasso di premio
- Art. 5) – Gestione della Polizza
- Art. 11) – Foro competente
- Art. 16) – Obblighi della Contraente e/o dell'Assicurato – Denuncia del sinistro
- Art. 17) – Gestione delle vertenze di danno – spese legali e peritali
- Art. 21) – Recesso in caso di sinistro

Massimali Assicurati

Self Insured Retention (SIR)

Responsabilità Civile verso Terzi e verso prestatori d'opera

- Art. 6) – Inizio e termine della Garanzia
- Art. 7) – Sinistro in serie
- Art. 8) – Esclusioni
- Art. 27) – Validità Territoriale

Limiti di indennizzo

Procedura Migliorativa per la gestione dei sinistri

Il Contraente,

SHAM,