

Allegato n.5



PROCEDURA APERTA  
PER L'AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO ASSICURATIVO DELLA  
AZIENDA OSPEDALIERA "SAN PIO" DI BENEVENTO

"Polizza / Capitolato"

## **RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E DIPENDENTI**

Contraente:  
AZ. OSPEDALIERA "SAN PIO" BENEVENTO  
Via dell'Angelo 1  
82100 Benevento  
P. iva 01009760628

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN PIO**

Via dell'Angelo, 1- Benevento C.F. 01009760628

1

### DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato, pertanto, nel testo che segue devono intendersi per:

<b>Assicurati</b>	L'Azienda contraente e le persone fisiche o giuridiche nell'interesse della quale è prestata garanzia;
<b>Assicurazione</b>	Il contratto di assicurazione;
<b>Broker</b>	Il Broker affidatario del servizio di cui si avvale l'Azienda Contraente ASSIDEA Srl;
<b>Comitato Valutazione Sinistri (CVS)</b>	Il gruppo di lavoro istituito dall'Azienda Contraente che ha l'incarico di istruire, analizzare e valutare le richieste di risarcimento
<b>Azienda</b>	L' Azienda che stipula il presente contratto assicurativo, nell'interesse proprio e/o di altri;
<b>Franchigia</b>	L'importo pattuito per ciascun sinistro che l'assicurato tiene a proprio carico;
<b>Franchigia Aggregata Annuale</b>	L'ammontare fino a concorrenza del quale il Contraente assume a suo carico, il pagamento di tutte le somme liquidate, nei termini previsti dal presente contratto, per il risarcimento dei danni relativi a sinistri rientranti in ciascun periodo, escluse le spese legali, peritali e quanto è sostenuto per resistere all'azione giudiziaria. Allorquando il totale dei risarcimenti pagati avrà esaurito la franchigia aggregata, la Società risponderà di tutte le ulteriori somme liquidate;
<b>Garanzia</b>	La copertura dei rischi prestata dal contratto di assicurazione;
<b>Polizza di assicurazione</b>	Il documento che prova e regola l'assicurazione stipulata dal Contraente con la Società;
<b>Premio</b>	La somma, comprensiva di imposte, dovuta dal Contraente alla Società per la prestazione di garanzia;
<b>Periodo assicurativo</b>	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza per il quale viene pagato il premio dal Contraente in forma anticipata;
<b>Prestatori di lavoro</b>	Il personale che presta servizio presso l'Azienda Contraente in una delle forme consentite dalla legislazione;
<b>Risarcimento</b>	La somma che la Società eroga agli aventi diritto in caso di sinistro;
<b>Richiesta di risarcimento</b>	Qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni inviata e/o notificata all'Assicurato e/o alla Società ove consentito dalle norme anche tramite un organismo di mediazione ex D.lgs. 28/10 e s.m.i.;

## **Schema di polizza "Responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera"**

<b>Rischio</b>	La possibilità che si verifichi l'evento dannoso e l'entità dei danni che possono derivarne;
<b>Sinistro</b>	<b>RCT</b> - La richiesta di risarcimento riferita ai danni per i quali è prestata l'assicurazione, nonché l'azione di rivalsa esperita da qualunque Ente; <b>RCO</b> - La formale notifica al Contraente e/o all'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; 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 aventi diritto;
<b>Sinistro in serie</b>	Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato e provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di eventi e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa, saranno considerate come un unico sinistro.
<b>Società</b>	L'impresa o il gruppo di imprese che prestano l'assicurazione.

**CONDIZIONI DI GARANZIA  
DELLA COPERTURA ASSICURATIVA  
DELLA RESPONSABILITA' CIVILE DERIVANTE  
DALL'ESERCIZIO DI ATTIVITA' ISTITUZIONALI**

**Art. 1 (Destinatari dell'Assicurazione)**

Destinatari dell'assicurazione prestata con il presente contratto, di seguito denominati Assicurati sono l'Azienda Contraente e tutti coloro i quali, persone fisiche o giuridiche, hanno un interesse alla garanzia assicurativa ai sensi delle previsioni di legge, degli usi, delle consuetudini e delle statuizioni giurisprudenziali vigenti e sopravvenute, compresi i soggetti previsti al successivo art. 2.1 b) ed art.18), con la precisazione che per tali soggetti l'Azienda non è considerata terza.

**Art. 2 (Oggetto dell'Assicurazione)**

**2.1 Responsabilità civile verso terzi (RCT)**

La Società aggiudicataria, di seguito denominata Società, si obbliga, alle condizioni e nei limiti dei massimali previsti dalla presente polizza a tenere indenni i soggetti assicurati di cui al precedente art. 1 di quanto questi debbano pagare a terzi, per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose/animali, per la responsabilità civile conseguente a richieste di risarcimento inerenti fatti, atti e/o omissioni verificatisi nel periodo di efficacia della garanzia sancito al successivo art. 9, derivanti:

a) all'Azienda, per effetto:

a.1) dell'esercizio di attività e competenze istituzionalmente previste o consentite o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, comprese le attività preliminari, accessorie, connesse, annesse, collegate e conseguenti, da chiunque e ovunque svolte nell'ambito territoriale previsto dal successivo art. 10 e quindi per effetto anche, a titolo esemplificativo e non limitativo:

a.1.1) della proprietà e/o conduzione a qualunque titolo di beni mobili ed attrezzature, immobili e loro pertinenze *anche ai sensi dell'art. 840 del c.c.;*

a.1.2) della sottrazione, distruzione e deterioramento delle cose e valori di proprietà degli utenti dei servizi erogati dall'Azienda, ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 bis e 1786 del codice civile;

a.1.3) della somministrazione e/o smercio di cibi e bevande, ivi compresi, per i generi di propria produzione, i danni dovuti a vizio originario del prodotto;

a.1.4) dell'uso e/o detenzione di fonti radioattive, unicamente per scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici;

a.2) degli obblighi di cui all'art. 2049 del codice civile. Si intendono compresi i danni arrecati, anche alle persone trasportate, da veicoli a motore non di proprietà o in uso alla stessa Azienda, utilizzati dai dipendenti o da altri soggetti (a ciò autorizzati), unicamente durante lo svolgimento di missioni o incarichi di servizio;

b) alle persone in rapporto di impiego e/o servizio con l'Azienda, compresi i soggetti di cui all'art.18 nei limiti ed alle condizioni ivi richiamate, oltre a coloro cui siano attribuiti gli incarichi e le mansioni di cui al D. Lgs. 81/2008 e s.m.i., nonché di cui a tutta la legislazione, anche previgente, a questi riconducibile in materia di salute e sicurezza durante il lavoro e/o sui luoghi di lavoro, per i danni da queste involontariamente cagionati a terzi nello svolgimento delle attività prestate anche in nome e per conto dell'Azienda.

## **Schema di polizza "Responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera"**

L'operatività dell'assicurazione si intende estesa, a titolo indicativo e non limitativo:

- ❑ All'attività intramuraria (intramoenia), ovunque svolta, purché debitamente autorizzata da parte dell'Azienda contraente, nonché alle prestazioni professionali occasionali eseguite per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita;
- ❑ all'attività professionale, formativa e di Specializzazione, svolta dal personale dipendente anche in "regime di Comando", per conto dell'Azienda, presso altre strutture incluse altre Aziende Ospedaliere/ASL, il tutto sia nella veste di formatore che di discente;
- ❑ alla responsabilità civile professionale del personale non alle dipendenze della Azienda Contraente, quando questi svolge la propria attività a qualsiasi titolo presso l'Azienda Contraente per conto della stessa, intendendosi compresa anche l'attività di formazione ed aggiornamento;
- ❑ ai rischi derivanti dall'esercizio di farmacie interne con vendita al pubblico. L'efficacia dell'assicurazione é subordinata al possesso da parte del titolare e delle persone addette alla farmacia dei requisiti richiesti dalla vigente normativa per l'esercizio dell'attività svolta. Per prodotti galenici di produzione propria somministrati o venduti nello stesso esercizio, l'assicurazione vale anche per i danni dovuti a difetto del prodotto;
- ❑ ai rischi derivanti dalla proprietà ed esercizio di piazzole eliporto, ad uso esclusivo sanitario;
- ❑ alla responsabilità civile derivante all'assicurato per danni cagionati a terzi conseguenti alla distribuzione o all'utilizzazione del sangue o dei suoi derivati di pronto impiego (compresi i danni da immunodeficienza acquisita e patologie correlate, da qualunque causa determinati) e da manipolazione di prodotti od organi umani e loro derivati quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, plasma, plasmaproteine, immunoglobine, cellule e tessuti; è pertanto inclusa la responsabilità civile dall'esercizio di centri di raccolta sangue o suoi derivati, banca dell'osso, banca del cordone ombelicale e biobanca. Le garanzie sono operanti a condizione che l'assicurato abbia ottemperato a tutti gli obblighi previsti in merito al controllo preventivo del sangue da leggi e/o circolari ministeriali specifiche sulla materia ed in vigore al momento del fatto;
- ❑ alla responsabilità civile derivante all'assicurato per tutte le attività didattiche, di formazione di aggiornamento, congressuali, (simposi, convegni, etc.) organizzate dallo stesso e da soggetti legalmente riconosciuti ed autorizzati, quali ad esempio Società, Istituti, Associazioni, soggetti deputati all'istruzione, divulgazione, all'aggiornamento e a tutto ciò che concerne le professioni attinenti le attività svolte dagli Assicurati. Sono comprese tutte le attività teoriche e pratiche che si dovessero svolgere prima, durante e dopo tali eventi, purché non in contrasto con l'oggetto dell'assicurazione;
- ❑ alla Responsabilità Civile derivante all'Azienda ed agli assicurati per i danni a cose dei dipendenti e figure assimilate in occasione di servizio, e per danni a cose di terzi detenute o possedute dagli Assicurati; ferma l'esclusione dei danni da furto e dei danni alle apparecchiature concesse in affitto/leasing all'Azienda;
- ❑ alla Responsabilità Civile derivante all'Azienda ed agli assicurati per danni alle cose e/o opere in costruzione ed a quelle si eseguono i lavori. La copertura si intende prestata intendendo esclusi i danni necessari per l'esecuzione dei lavori e quelli alle parti direttamente oggetto di lavorazione;
- ❑ alla Responsabilità Civile derivante all'Azienda ed agli assicurati per danni a cose di terzi rimorchiate, trasportate, sollevate, caricate/scaricate e movimentate intendendo esclusi i danni da mancato uso delle cose danneggiate;
- ❑ alla Responsabilità Civile derivante all'Assicurato per i danni causati a terzi dalle imprese, loro dipendenti e/o persone a cui l'Azienda può appaltare, subappaltare lavori di manutenzione dei locali, lavori e/o prestazioni in genere e/o lavori e/o prestazioni attinenti l'attività svolta dall'Assicurato; si conviene che gli stessi sono inoltre considerati terzi tra loro e che la Società eserciterà il diritto di rivalsa nei confronti dell'appaltatore, solo se autorizzata dall'Assicurato.
- ❑ alla Responsabilità Civile in capo all'Assicurato per danni derivanti dal conferimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi. Si intendono compresi i danni derivanti dal trasporto di materiale radioattivo prelevato e trasportato esclusivamente con mezzi speciali previsti per legge, con esclusione dei rischi per i quali in conformità al D.Lgs. 209/2005 è obbligatoria l'assicurazione;
- ❑ alla Responsabilità Civile in capo all'Assicurato per danni derivanti dalle operazioni di smaltimento di rifiuti speciali, infetti, tossici o nocivi svolte da Società terze, sempreché siano regolarmente autorizzate e abilitate ai sensi della normativa vigente in materia.

### 2.2 Responsabilità civile verso prestatori di lavoro (RCO)

La Società si impegna a tenere indenni gli Assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare, quali civilmente responsabili sia direttamente che ai sensi dell'art. 2049 del codice civile, per infortuni sul lavoro sofferti dai propri dipendenti che siano conseguenza di fatti colposi, in riferimento:

- 1.1) ad eventuali azioni di regresso esperite dall'INAIL ai sensi del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 nonché per gli effetti del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38 e/o dall'INPS ai sensi della legge 12 giugno 1984 n. 222;
- 1.2) all'erogazione di somme che l'Azienda sia condannata a pagare in sede di giudizio all'infortunato o agli aventi diritto, in quanto non tutelato dall'assicurazione di legge;
- 1.3) all'erogazione all'infortunato o agli aventi diritto di somme che l'Azienda sia condannata a pagare in sede di giudizio a titolo di risarcimento di danni per importi eccedenti quanto disciplinato dal DPR 30 giugno 1965 n. 1124 e s.m.i. e/o dal D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, o non rientranti nella disciplina di cui ai medesimi decreti.

Si intendono equiparati ai dipendenti e quindi compresi in garanzia anche:

- a) tutte le persone fisiche di cui l'Assicurato si avvalga, nell'esercizio delle proprie attività, nel rispetto della vigente legislazione in materia di rapporto o prestazione di lavoro, comprese le persone temporaneamente distaccate presso altre aziende (anche per attività diverse da quelle indicate in polizza), nonché le persone il cui obbligo di corrispondere il premio assicurativo all'INAIL non ricada, ai sensi di legge, sull'Assicurato;
- b) i medici a rapporto convenzionale, compreso il personale di A.S.L./A.O. convenzionate con l'Azienda contraente;
- c) i medici, compresi quelli della continuità assistenziale, ed i soggetti operanti presso altri enti/strutture sulla base di specifiche convenzioni;
- d) i soggetti che esercitino attività intra-moenia;
- e) gli specializzandi, i borsisti, i tirocinanti, gli allievi iscritti alle Scuole per Professioni Sanitarie, OTA ed altri corsi attinenti la materia, i volontari, i collaboratori, il tutto quando operano sotto la diretta responsabilità dell'Azienda assicurata.

### 2. 2.1 Malattie professionali

L'assicurazione della responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (RCO) è estesa al rischio delle malattie professionali. L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino per la prima volta nel periodo di durata del contratto e siano denunciate entro 12 (dodici) mesi dalla data di cessazione della polizza o dalla data di cessazione del rapporto di lavoro.

Per malattie professionali si intendono sia quelle contemplate dal D.P.R. n. 1124/1965 e s.m.i. ed interpretazioni, sia le malattie riconosciute come professionali (o *dovute a causa di servizio*) dalla magistratura.

La presente estensione non si applica per le malattie provocate da ritenuti soprusi o comportamenti vessatori in genere quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: discriminazioni, demansionamenti, molestie di varia natura (*ivi incluse quelle a sfondo sessuale*) posti in essere da colleghi e/o superiori al fine di emarginare e/o allontanare singole persone o gruppi di esse dall'ambiente di lavoro (c.d. "mobbing", "bossing").

## **2. 2.2 Precisazione**

L'assicurazione (RCT – RCO) vale altresì:

- ❑ per le richieste di risarcimento, regresso, rivalsa e/o surroga esperite dall'INAIL, dall'INPS (anche ai sensi dell'art. 14 della legge 12.06.84 n. 222) e/o da enti previdenziali (o similari) in genere;
- ❑ per i danni derivanti da fatti colposi e dolosi di persone delle quali l'Assicurato debba rispondere, comprese le persone non in rapporto di dipendenza e della cui opera l'Assicurato si avvalga nell'esercizio della sua attività.

### **Art. 3 (Rischi esclusi dall'Assicurazione)**

La Società non risarcisce i danni:

**Relativamente alla responsabilità civile verso terzi:**

- a) ascrivibili ai rischi di Responsabilità Civile per i quali, in conformità alla D.Lgs, n. 209/2005, ed eventuali successive variazioni ed integrazioni, l'Assicurato sia tenuto all'assicurazione obbligatoria, nonché derivanti da impiego di natanti ed aeromobili;
- b) salvo quanto previsto all'art. 6, comma 3, derivanti o causati da inquinamento graduale dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere;
- c) da furto, ad eccezione dei casi in cui l'assicurato sia responsabile ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785 e 1786 del codice civile;
- d) di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica, con l'eccezione dei danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie. Devono ritenersi inclusi in garanzia i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento, con esclusione delle pretese derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'Assicurato.

**Relativamente alla responsabilità civile verso terzi e responsabilità civile verso prestatori di lavoro:**

- e) derivanti da presenza, uso, contaminazione, manipolazione, lavorazione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;
- f) derivanti da silicosi limitatamente alla copertura di responsabilità civile verso prestatori di lavoro;
- g) derivanti o causati da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o a radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, qualora ciò non sia riferibile agli scopi scientifici e/o diagnostico-terapeutici di cui al precedente art. 2;
- h) conseguenti ad atti di terrorismo, atti di sabotaggio ed atti di guerra in genere;
- i) da detenzione od impiego di esplosivi.

### **Art. 4 (Persone non considerate "terzi")**

Non sono considerate "terzi" ai fini della garanzia "Responsabilità civile verso terzi - RCT" unicamente:

- a) il legale rappresentante, che comunque è considerato terzo per le eventuali lesioni personali subite;
- b) i prestatori di lavoro allorquando subiscano il danno in occasione di lavoro o servizio e sia operante la garanzia RCO di cui ad art. 2.2;

Le persone di cui alle precedenti lettere a), e b) sono comunque considerate terze, quando subiscano il danno per causa diversa da quella di lavoro o servizio, compreso il loro ricorso a prestazioni e/o servizi erogati dall'Azienda, o in caso di danno a cose di loro proprietà o da loro detenute.

**Art. 5 (Massimali di garanzia)**

I massimali di garanzia opereranno come segue:

1. **Massimale per sinistro: Euro 10.000.000,00**, con il sottolimito del massimale per sinistro operante per ciascuna persona danneggiata relativamente alla garanzia "Responsabilità civile verso prestatori d'opera – RCO" di cui all'art. 2.2.: Euro 5.000.000,00.
2. **Massimale per sinistro in serie: Euro 20.000.000,00.**
3. **Massimale aggregato Annuo**, inteso quale cumulo delle somme che l'assicuratore risarcirà per tutti i sinistri denunciati nel medesimo periodo assicurativo annuo: **Euro 30.000.000.00.**

**Art. 6 (Garanzie, Limiti e sottolimiti di indennizzo)**

Ferma restando la massima esposizione della Società entro i limiti stabiliti all'art. 5 e salvi gli ulteriori e diversi casi previsti dalla legge, esclusivamente in riferimento alle garanzie sotto elencate i risarcimenti dovuti dalla Società si intendono liquidati entro i seguenti limiti:

1. danni derivanti da interruzione o sospensione di attività di terzi (*totali o parziali*) conseguenti a sinistro risarcibile a termini di polizza. La copertura si intende prestata, per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo, sino alla concorrenza di **€ 1.000.000,00**;
2. danni derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute. La copertura si intende prestata, per sinistro e ciascun periodo assicurativo annuo, sino alla concorrenza di **€ 1.500.000,00**;
3. danni da inquinamento accidentale. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di **€ 1.000.000,00** per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo;
4. danni ad impianti e condutture sotterranei. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di **€ 1.000.000,00** per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo;
5. danni a fabbricati ed a cose in genere dovuti a cedimento o franamento del terreno, da assestamento o vibrazioni del terreno da qualsiasi causa determinati. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di **€ 1.000.000,00** per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo. Dalla garanzia si intendono esclusi i lavori che implicino sottomurature o altre attività tecniche sostitutive;
6. danni derivanti dalla distribuzione ed utilizzazione di sangue, suoi componenti, suoi preparati e/o derivati, relativi all'insorgenza o aggravamento della malattia di Sindrome di immunodeficienza acquisita, nonché dall'utilizzo e/o trattamento di prodotti od organi di origine umana, nonché di ogni prodotto biosintetico o di ogni prodotto derivato da tali materiali o sostanze. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di **€ 2.000.000,00** per sinistro/periodo assicurativo annuo e per sinistro in serie;
7. danni cagionati a terzi da implantologia di prodotti/impianti che prevedono l'utilizzo di silicone in forma liquida o gelatinosa. La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza per sinistro e ciascun periodo assicurativo annuo di **€ 3.000.000,00**;
8. a parziale deroga alle previsioni di cui 2. Sub 2.1 – RCT - danni cagionati a terzi anche se non determinanti lesioni fisicamente constatabili ivi compresi quelli determinati da involontaria inosservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 196/2003 e s.m.i., esclusi i danni derivanti dal trattamento di dati con finalità commerciali; La copertura si intende prestata, sino alla concorrenza di **€ 1.000.000,00** per sinistro e per ciascun periodo assicurativo annuo;



**Art. 7 (Estensioni di garanzia)**

La copertura assicurativa si intende, altresì, estesa:

**1. Comitato Etico**

Alla responsabilità Civile personale dei soggetti componenti il Comitato Etico Campania Nord istituito secondo le norme nazionali e regionali la cui nomina rinvia dall'Azienda Contraente per i danni cagionati ai soggetti sottoposti alla sperimentazione e/o a studi osservazionali e/o a studi per il miglioramento della pratica clinica e derivanti dalle funzioni istituzionali svolte per conto del Comitato Etico secondo le norme vigenti.

L'assicurazione è altresì estesa alla responsabilità Civile personale:

- dei soggetti componenti la Segreteria Tecnico-Scientifica, in ottemperanza alla vigente normativa;
- dell'organo di amministrazione che istituisce il comitato etico.

**2. RC sperimentazione**

Alla responsabilità civile derivante all'Assicurato in qualità di soggetto autorizzato ai sensi di legge, a promuovere e/o svolgere attività di sperimentazione clinica, 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, in ogni fase e grado, anche avvalendosi del Fondo della ricerca Indipendente per i protocolli interni e/o sponsorizzati da terzi.

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

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

La copertura assicurativa opera per la diretta ed esclusiva responsabilità dell'Assicurato e del personale, anche in Convenzione, del quale si avvalga per la sperimentazione e ricerca, di cui ai sensi di legge debba rispondere e non comprende la responsabilità che ricada sul produttore dei farmaci, sullo sponsor, sia per la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione che per il mancato raggiungimento dell'obiettivo della sperimentazione.

La copertura assicurativa non è operante per le "Sperimentazioni cliniche dei medicinali finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria e non ai fini industriali" rientranti nella disciplina entrata in vigore con D.M. 14 luglio 2009 – Sperimentazioni non profit – e per le quali l'Azienda provvede mediante altra copertura assicurativa.

Questa copertura assicurativa opererà in Differenza di Limiti e di Condizioni rispetto alle polizze sottoscritte obbligatoriamente per i protocolli ed in caso di inesistenza e/o inoperatività della garanzia obbligatoriamente sottoscritta per il singolo protocollo la presente polizza opererà previa applicazione di una franchigia pari ai massimali previsti dal richiamato D.M. e s.m.i.

La garanzia viene prestata nell'ambito dei massimali di polizza con un **sottolimito di € 2.000.000,00 per sinistro/anno assicurativo.**

**Art. 8 (Durata del contratto)**

L'appalto è per la durata complessiva di mesi 36 (trentasei).

Il presente contratto decorre dalle ore 24.00 del \_\_\_\_\_ con scadenza alle ore 24.00 del \_\_\_\_\_, e cesserà automaticamente alla scadenza di cui sopra senza necessità di disdetta.

L'Azienda Contraente si riserva la facoltà (opzione n.1) di rinnovare alla scadenza il contratto, per un ulteriore periodo di n.12 (dodici) mesi, alle medesime condizioni per la predetta Azienda.

La facoltà di rinnovo del contratto potrà essere esercitata dalla medesima Azienda, mediante comunicazione scritta all'appaltatore da inviarsi via PEC almeno n.1 (uno) mese prima della scadenza del contratto.

In ogni caso, salvo il caso in cui fosse stato esercitato il diritto di recesso per sinistro(art.14), la Società, su richiesta della Azienda Contraente, ai sensi dell'art.106 comma 11 del D.Lgs. n.50/2016 e s.m.i., è tenuta a concedere una proroga "tecnica" (opzione n.2) del contratto per un periodo di n. 6 (sei) mesi, decorrenti dalla scadenza ordinaria e/o dalla scadenza conseguente all'eventuale rinnovo

## **Schema di polizza "Responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera"**

annuale, ovvero per il tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione del nuovo contraente.

Resta inteso, altresì, che in caso di aggiudicazione da parte di So.Re.Sa. SpA di apposita gara centralizzata e di attivazione di uno o più contratti del medesimo oggetto, il contratto appaltato si intenderà risolto con effetto dalla semplice comunicazione dell'Azienda.

### **Art. 9 (Efficacia della garanzia)**

La presente polizza opera per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti degli Assicurati durante il periodo di efficacia dell'assicurazione, purché tali richieste siano conseguenza di eventi dannosi accaduti in data successiva al 31.12.2001.

La copertura non comprende le richieste di risarcimento formalmente note all'Azienda Contraente alla data di effetto del contratto.

### **Art. 10 (Estensione territoriale al fine della validità delle garanzie)**

- a) La garanzia "RCT" vale per danni che avvengono in tutto il mondo per i quali siano presentate richieste di risarcimento in tutto il mondo, con l'esclusione di U.S.A. e Canada.
- b) La garanzia "RCO" vale per i sinistri che avvengono nel mondo intero per i quali sia presentata una richiesta di risarcimento in Italia.

### **Art. 11 (Premessa – Adempimenti - Gestione dei sinistri - Gestione delle vertenze – Sinistri in serie)**

La presente polizza prevede l'applicazione di una franchigia aggregata annuale di **Euro 2.600.000,00 o come diversamente stabilito in sede di offerta tecnica** così come normata nelle definizioni e le cui peculiarità sono state illustrate al successivo art.16. Le attività di accertamento, gestione e liquidazione di tutti i **sinistri rientranti in polizza** sono disciplinate dalle specifiche disposizioni che seguono oltre che dalla Procedura per la Gestione dei Sinistri in calce al presente schema di polizza, parte integrante dello stesso e, pertanto, accettata dalle parti.

#### **α-1) Adempimenti a carico della Società**

1. La Società dovrà disporre di una struttura, anche esterna, preposta all'accertamento, gestione e liquidazione dei sinistri, specializzata nel settore, che fornisca prova di possedere capacità tecniche e organizzative tali da garantire un efficiente e comprovato svolgimento del servizio ed in grado di rispettare le procedure oggetto contenute nel presente capitolato; detta struttura si avvarrà di professionisti (legali, medici legali, consulenti ed eventuali studi peritali specializzati nelle aree interessate) individuati di comune accordo tra Società ed Azienda; verranno pertanto istituiti elenchi condivisi per ciascuna professionalità nei quali, all'interno di ognuno, verranno individuati dalla Società e dalla Contraente, tre professionisti per parte in possesso di requisiti di professionalità ed esperienza comprovata in sinistri da Medical Malpractice; L'assicuratore, all'insorgere del caso, provvederà ad assegnare l'incarico professionale secondo rotazione e fascia di gravità del sinistro, garantendo quindi una perfetta alternanza ed equilibrio in tutte le fasce, tra i professionisti individuati dalle parti;
2. La struttura preposta di cui al punto precedente dovrà essere competente nell'individuare ed accertare responsabilità e cause degli eventi dannosi, esprimere giudizi tecnici, effettuare le stime, provvedere alla gestione dei danni previa acquisizione di quietanza liberatoria dai soggetti danneggiati e designare ove occorre legali ai sensi dell'art. 11-b;

- α-2)** La Società dovrà redigere ed inviare all'Azienda, con cadenza trimestrale, la statistica dei sinistri verificatisi e ad essa denunciati in tale periodo e di quelli verificatisi antecedentemente e non ancora definiti, nella quale dovranno comunque essere contenute le seguenti informazioni:

- Nr. del sinistro
- Data e luogo dell'accadimento
- Data della richiesta di risarcimento
- Data dell'apertura del sinistro
- Cognome, nome o ragione sociale del danneggiato
- Ammontare del danno richiesto
- Importo liquidato e/o riservato e/o stimato
- Contenzioso (si/no)
- Rivalsa / Franchigia
- Stato della pratica

L'inosservanza degli impegni suindicati, alle scadenze convenute, costituirà inadempienza contrattuale.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto e declinato, in assenza di adeguate motivazioni peraltro derivanti da forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Azienda un importo pari ad € 200,00 per ogni giorno solare di ritardo fino alla somma massima di € 20.000,00.

Per gli adempimenti successivi alla data di scadenza del contratto, l'eventuale applicazione delle penali è garantita dalla fidejussione definitiva.

### **Ulteriori adempimenti a carico della Società - ORGANIZZAZIONE dell'UFFICIO INTERNO preposto alla GESTIONI SINISTRI – UGSA-**

La Società assicuratrice si obbliga nei confronti dell'Azienda a garantire un proprio contributo diretto nella gestione operativa di tutti i sinistri rientranti nel periodo di efficacia della presente polizza, garantendo il pagamento delle prestazioni fornite dalle professionalità partecipanti all'attività di Gestione dei Sinistri Aziendale, quali componenti dell'ufficio interno.

La Società consentirà, quindi, all'Azienda di organizzare un Team di lavoro per tutte le attività operative inerenti la gestione dei sinistri e del CVS, composto da non più di n.2 figure professionali, il cui costo annuo lordo per singola risorsa non sarà superiore ad Euro 40.000,00 e che l'Azienda individuerà, secondo le proprie esigenze, nell'ambito dei seguenti profili:

- Medico Legale;
- Avvocato;
- Professionista con competenze nella riservazione, quantificazione e negoziazione dei sinistri, con particolare attitudine verso i sinistri da medical malpractice , c.d. "Loss adjuster";

Resta inteso che i due profili, con comprovata esperienza nella gestione dei sinistri in ambito sanitario, dovranno essere di espresso gradimento dell'Azienda, posto che ciascuna figura dovrà rapportarsi con il Dirigente della Struttura Burocratica Legale o suoi delegati, che avranno funzioni di indirizzo e coordinamento interne all'Azienda, e che le attività saranno svolte presso la/e sede/i aziendale/i nei giorni ed orari d'ufficio.

### **α-3) Adempimenti a carico dell'Azienda**

1. I sinistri, per il tramite del broker di cui al successivo art. 15, devono essere denunciati alla Società per iscritto entro il termine di 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione scritta relativa a richieste di risarcimento presso l'ufficio del Protocollo generale ;
2. La denuncia di cui al punto precedente conterrà la data ed il luogo in cui si è verificato l'evento cui il reclamo scritto si riferisce, una sua descrizione circostanziata oltre a riferimenti testimoniali e, in genere, indicazioni che ne consentano una ricostruzione più ampia possibile.
3. Al fine di conseguire una gestione dei sinistri efficace, tempestiva ed omogenea su tutto il territorio di competenza, l'Azienda renderà operativa la "Procedura per la Gestione dei sinistri", allegata al presente capitolato;
4. L'Azienda, allo scopo di porre le strutture interessate in condizione di conoscere le disposizioni che disciplinano il procedimento di accertamento, gestione e di liquidazione dei danni, provvederà a fornire alle stesse ampia informativa sia del regolamento, sia di ogni altra notizia e adempimento a ciò finalizzato.

Le attività di accertamento e gestione dei sinistri, sia in sede stragiudiziale che giudiziale, di cui al presente articolo, sono regolamentate tra le parti mediante la Procedura di gestione dei sinistri allegata al presente capitolato, nell'ambito del Comitato di valutazione Sinistri dell'Azienda.

**b) Adempimenti in caso di vertenze legali**

**Il Contraente** - In caso di notifica di un atto di citazione, invierà gli atti alla Società, che valuterà l'opportunità di evitare e/o coltivare il contenzioso. All'incardinarsi del contenzioso, la Società, provvederà al rilascio del mandato alla lite in favore del legale designato dalla stessa tra quelli precedentemente concordati tra Società e Contraente (art.11. lett. a-1) 1..

E' fatta salva, tuttavia, la facoltà di costituirsi in proprio nella vertenza a proprie spese, riservandosi la successiva chiamata in garanzia della Società.

**La Società** - La Società assume a nome dell'Assicurato la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale od amministrativa, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti allo stesso, designando ove occorra legali e/o tecnici, e/o medici secondo le modalità previste all'art.11. lett. a-1) 1.. nonché della Procedura di gestione sinistri, fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del danneggiato.

All'incardinarsi del giudizio, provvede alla costituzione per conto dell'Azienda convenuta a mezzo dei predetti legali. Nel prosieguo processuale, per mezzo dei legali costituiti, intrattiene periodicamente il Broker e la Contraente sugli sviluppi della vertenza, fornendo copia della documentazione processuale più rilevante (comparsa di costituzione, verbali di causa, CTU, memorie etc.) e valutando con essi ogni più utile iniziativa di definizione anticipata sopravveniente in corso di causa.

Con riferimento alle disposizioni del D.Lgs. 28/2010 e s.m.i. e più in particolare di quanto previsto all'art. 8, comma 5 ed all'art. 13, le parti si impegnano vicendevolmente a partecipare al procedimento di mediazione, adoperandosi, affinché, in ragione di validi e concreti presupposti, possa giungersi all'accordo di conciliazione.

Sono a carico della Società tutte le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'assicurato, entro il limite stabilito dall'art. 1917 Cod. Civ.

La Società non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

**Il Broker** - Assiste la Contraente e la Società in ogni fase della gestione della vertenza.

**Art. 12 (Costituzione e calcolo del premio)**

Il premio annuo di polizza, per tutta la sua durata e nei termini previsti al successivo art. 13, è determinato moltiplicando il tasso pro-mille convenuto in sede di gara per l'ammontare delle retribuzioni lorde erogate nel periodo annuo dall'Azienda Contraente.

Il premio annuo di assicurazione in acconto, sarà così determinato:

- Preventivo delle retribuzioni lorde erogate nell'Azienda nel periodo annuo: Euro 66.500.000,00;
- Aliquota imponibile convenuta (in funzione degli esiti della relativa procedura di gara):.....%°
- Premio imponibile annuo:€.....

Al termine del periodo di assicurazione l'Azienda provvederà ad effettuare la regolazione premio che potrà essere attiva, passiva o nulla. Questa verrà calcolata sui rispettivi dati consuntivi, in particolare le retribuzioni lorde effettivamente erogate e sulla medesima aliquota imponibile convenuta utilizzata per il calcolo del premio in acconto.

Ai fini della regolazione del premio del periodo di assicurazione, l'Azienda fornirà alla Società entro i 90 (novanta) giorni successivi alla scadenza del periodo assicurativo l'ammontare delle retribuzioni riferite a tale periodo.

Qualora l'Azienda abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte e/o incomplete la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

E' escluso dalla costituzione del premio e, quindi, non influirà nella fase di aggiudicazione della presente polizza, il premio che ciascun soggetto rientrante nelle categorie di cui all'art. 19 lett. b)1, b)2 e b)3, verserà a titolo di sottoscrizione ed acquisto dell'estensione della garanzia di rinuncia alla rivalsa per colpa grave salvo il caso di dolo di cui al successivo art. 19 d. 7)

**Art. 13 (Pagamento del premio – termini di rispetto)**

Il premio annuo dovrà essere pagato, per il tramite del broker di cui all'art.15, in rate semestrali anticipate.

L'Azienda pagherà al broker:

- a) entro 90 (novanta) giorni dall'efficacia del presente contratto, il premio del primo periodo fino al \_\_\_\_\_;
- b) entro 90 giorni dalla scadenza, le rate successive.
- c) entro 100 giorni successivi alla presentazione delle appendici di regolazione del premio l'eventuale conguaglio di cui al precedente art. 12.

Trascorsi infruttuosamente i termini sopra indicati ai punti a) e b), l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia dalle ore 24,00 del giorno di emissione del mandato di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Il pagamento del premio, effettuato nei confronti del Broker, ex art. 118 del D.Lgs. 209/05 ha effetto liberatorio per il Contraente/Assicurato.

I flussi finanziari inerenti il presente contratto (premi e franchigie), effettuati dall'Azienda al Broker e per esso alla Società, oltreché l'impiego delle somme stesse, verrà effettuato in conformità con quanto stabilito con la Legge n.136 del 13.08.2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari. Il mancato rispetto delle norme previste dalla predetta Legge, costituisce causa di risoluzione del contratto ex art.3 comma 9 bis.

**Art. 14 (Facoltà di recesso per sinistro)**

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 30° (trentesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti potranno recedere dal contratto previa comunicazione inviata dall'una all'altra parte mediante lettera raccomandata A.R. o PEC.

In tale caso, la garanzia prestata avrà valore per ulteriori 120 (centoventi) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso e, dopo tale periodo, la Società rimborserà all'Azienda il rateo di premio versato e non goduto escluse le imposte. La presente precisazione trova applicazione anche per le disposizioni dell'art. 18 del presente contratto.

**Art. 15 (Gestione del contratto)**

La Stazione Appaltante si è avvalsa per l'istruttoria tecnica della presente gara dell'opera del Broker Aziendale (Assidea S.r.l. – Corso Vittorio Emanuele II n. 60 – tel. 080 9641511 – fax 080.5721659 – email [info@assidea.it](mailto:info@assidea.it) – PEC [assidea@pec.assidea.it](mailto:assidea@pec.assidea.it)). A tal proposito, si precisa che la remunerazione del broker, è stabilita nel 7% dei premi imponibili derivanti dall'offerta formulata dall'aggiudicatario in sede di gara.

L'Azienda Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutte le comunicazioni, i rapporti amministrativi ed il versamento dei premi inerenti l'esecuzione del contratto possono trasmettersi dall'una all'altra parte per tramite del suddetto Broker.

Il pagamento del premio, effettuato nei confronti del Broker, ex art. 118 del D.Lgs. 209/05, ha effetto liberatorio per il Contraente/Assicurato.

La società assicuratrice s'impegna al rispetto della presente clausola di gestione del contratto riconoscendo al Broker all'uopo designato, iscritto alla sezione B del registro degli intermediari assicurativi il ruolo di cui al D.Lgs. n.209/2005 relativamente alla collaborazione ed assistenza sulla presente polizza.

I flussi finanziari inerenti il presente contratto (premi e franchigie), effettuati dall'Azienda tramite il Broker

AZIENDA OSPEDALIERA

SAN PIO

Via dell'Angelo, 1- Benevento C.F. 01009760628

13

## **Schema di polizza "Responsabilità civile verso terzi e prestatori d'opera"**

e da esso alla Società, oltreché l'impiego delle somme stesse, verrà effettuato in conformità con quanto stabilito con la Legge n.136 del 13.08.2010 sulla tracciabilità dei flussi finanziari. Il mancato rispetto delle norme previste dalla predetta Legge, costituisce causa di risoluzione del contratto ex art. 3 comma 9 bis.

### **Art. 16 (Riferimento alle norme di legge – Foro competente)**

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dal codice civile. Per le controversie riguardanti l'applicazione del presente contratto è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede l'Azienda.

Resta fermo che, per il tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28/2010 e s.m.i, in relazione alle controversie di cui all'applicazione del presente contratto è competente un Organismo abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il tribunale e/o consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio con sede competente per il luogo ove ha sede l'Azienda.

### **Art. 17 (Franchigia aggregata)**

**Il presente contratto ha una franchigia aggregata (vedasi definizione) di Euro 2.600.000,00, o come stabilito in sede di offerta tecnica per ogni periodo annuo assicurativo.**

La franchigia aggregata annua deve intendersi quale massimo importo di deduzione che, in caso di uno o più sinistri, nell'arco dell'intero periodo annuale assicurativo, resterà a carico dell'Azienda.

In caso di sinistro, indennizzabile a termini delle condizioni di polizza, la Società dopo la definizione del sinistro, provvederà a comunicare all'Azienda l'importo del danno da liquidare a favore dell'avente diritto, e l'Azienda provvederà al predetto pagamento entro 45 gg. dalla comunicazione da parte della Società.

La società redigerà regolare rendiconto dettagliato che riporti quanto pagato a titolo franchigie, obbligatoriamente accompagnato dal documento inerente la Statistica Sinistri prevista all'art.11.a -2. Una volta erosa l'intera franchigia aggregata per il periodo, la liquidazione dei sinistri rimarrà ad esclusivo carico della Società.

Si precisa che se il periodo assicurativo considerato è inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata è ridotto in proporzione alla durata del periodo. Parimenti, in caso di proroga temporanea per un periodo inferiore all'anno intero, l'importo della franchigia aggregata sarà ridotto in proporzione alla durata della proroga, con applicazione delle modalità che precedono. La facoltà di recesso disciplinata dall'articolo 14 è valevole anche in caso di sinistro che interessi la franchigia aggregata; in tal caso, l'aggregato che resterà a carico dell'Assicurato per il periodo assicurativo interrotto dal recesso, sarà ricalcolato prorata temporis rispetto a quello previsto per l'annualità completa.

### **Art. 18 (Responsabilità civile personale – Rivalsa – Rinuncia)**

La copertura assicurativa si intende estesa:

- a) alla responsabilità civile personale dei soggetti a rapporto convenzionale con l'Azienda stessa, ai sensi dell'art. 48 della Legge n. 833/1978, per i quali gli Accordi Collettivi Nazionali e quelli Integrativi Regionali, prevedono la copertura assicurativa per i corrispondenti rapporti di impiego/servizio;
- b) alla responsabilità civile personale, per tutte le attività destinarie di garanzia assicurativa ai sensi delle condizioni tutte di polizza:
  - b.1) dei dipendenti appartenenti all'area "dirigenza sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa" e dell'Area "dirigenza medica e veterinaria" nonché dei dipendenti universitari in servizio presso l'Azienda, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria;
  - b.2) dei dipendenti non dirigenti di cui al Comparto del Personale del Servizio Sanitario Nazionale;
  - b.3) degli iscritti a Scuole di specializzazione titolari del "Contratto di Formazione Specialistica";

**AZIENDA OSPEDALIERA  
SAN PIO**

Via dell'Angelo, 1- Benevento C.F. 01009760628

14

- b.4) di altri soggetti che a qualunque altro titolo (es. volontari, anche medici, ed Associazioni di volontariato, L.S.U., assegnisti, borsisti, tirocinanti, studenti, medici liberi professionisti, personale universitario convenzionato, ecc.) svolgano attività in favore dell'Azienda;
- b.5) dei soggetti componenti il Comitato Etico Campania Nord la cui nomina rinviene dall' Azienda Contraente per le eventuali conseguenze derivanti dalle funzioni istituzionali svolte per conto dello stesso Comitato;

Relativamente alle estensioni di cui alle lettere a) e b), si conviene, inoltre, che l'Azienda non è considerata terza, mentre sono terzi tutti i soggetti di cui alle precedenti lettere a) e b) così come gli stessi tra loro.

La copertura assicurativa è prestata per i massimali previsti dal precedente art. 5, mentre relativamente ai soggetti di cui alla lettera a) del presente articolo, per i quali gli AA. CC. NN. prevedono la misura del massimale, la copertura assicurativa è prestata in conformità con tali norme.

In caso di sinistro, gli Assicuratori, mallevando l'Azienda di quanto debba pagare a terzi, sono surrogati, ai sensi dell'art. 1916 c.c., nei diritti di rivalsa spettanti all'Azienda Contraente nei confronti dei terzi in generale, così come nei confronti di ogni soggetto o persona, dipendente o non dipendente, che collabori nello svolgimento delle attività esercitate dall'Azienda Contraente e indicate in questa polizza e che abbiano causato il danno solo per il fatto commesso con dolo o colpa grave.

Gli assicuratori rinunciano al predetto diritto di surrogazione, salvo il caso di dolo e sempreché l'Azienda Contraente stessa non eserciti la rivalsa, nei confronti dei soggetti di seguito elencati:

- d.1) I componenti del Comitato Etico, della Segreteria Tecnico-Scientifica e del personale dell'organo di amministrazione che istituisce il comitato etico per le attività svolte in questa loro qualità;
- d.2) Associazioni, patronati ed enti in genere senza scopi di lucro, che possano collaborare con l'Assicurato per le attività indicate in questa polizza;
- d.3) Altre categorie di personale non dipendente dal Contraente, nei confronti delle quali sussista per legge l'obbligo della copertura assicurativa con oneri a carico del Contraente;
- d.4) Soggetti diversamente abili, inseriti temporaneamente nella struttura per finalità di recupero;
- d.5) Persone assistite nell'ambito dei programmi di inserimento educativo, socializzante, riabilitativo, terapeutico;
- d.6) Minori in affidamento o comunque posti dalla Magistratura competente sotto la tutela o la Sorveglianza dell'Assicurato;
- d.7) I soggetti di cui alle precedenti lettere a), b)1, b)2 e b)3, anche in occasione dello svolgimento di libera professione intramuraria presso le sedi della Azienda e/o presso altre sedi autorizzate e/o convenzionate.

Per tutte le categorie citate nel presente paragrafo d.7), l'efficacia della garanzia sarà subordinata al pagamento, da parte di ciascun aderente, mediante trattenuta pro-capite mensile, di una somma contrattualizzata entro i limiti sanciti dai CC.NN.LL..

La presente estensione è operante nei limiti ed in base alle norme contrattuali previste dalla polizza di cui forma parte integrante.

Si conviene tra le parti che la presente estensione è prestata senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Entro 120 giorni dall'inizio di validità del presente contratto, oltre che dall'inizio delle annualità successive, l'Azienda Contraente fornirà alla Società l'elenco nominativo dei soggetti che avranno comunicato la volontà di assicurarsi con decorrenza dalla data di efficacia della polizza ovvero dall'inizio delle annualità successive;

Annualmente, la società prenderà atto con appendice "senza incasso premio" dell'elenco nominativo di cui sopra.

Per quanto riguarda tutte le eventuali nuove adesioni effettuate in corso d'anno, si conviene che, la copertura avrà decorrenza dalla data di inclusione, fissata alle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui il dipendente avrà notificato alla Contraente la propria scheda di adesione.

I nominativi degli assicurati aderenti alla presente estensione di garanzia che cesseranno il rapporto di lavoro con l'Azienda Contraente in corso di polizza verranno comunicati dalla contraente stessa alla Società ai fini dell'esclusione dal conteggio del premio per l'annualità assicurativa successiva. Nell'ipotesi di cessazione del rapporto di lavoro e quindi della garanzia assicurativa, nulla sarà dovuto dalla Società a titolo di rimborso del premio anticipato e pertanto la relativa copertura sarà valida fino al termine del periodo annuo di assicurazione.

Le inclusioni e le esclusioni in corso d'anno verranno comunicate cumulativamente con cadenza trimestrale.

Alla fine di ogni periodo annuo di assicurazione la Società provvederà ad emettere apposita appendice di riepilogo ed incasso del premio complessivo risultante dall'appendice di inizio anno oltre che dalle inclusioni ed esclusioni intervenute in corso d'anno.

Per conteggiare le inclusioni avvenute in corso d'anno, queste verranno calcolate conteggiando pro rata temporis mensile per ogni assicurato.

Il premio complessivo di cui sopra dovrà essere versato entro 60 giorni dalla ricezione del documento contrattuale.

La presente estensione è stipulata dall'Azienda ex art. 1891 del codice civile per conto degli assicurati.

**Art. 19 (Coassicurazione e Delega)**

**IL PRESENTE ARTICOLO E' DA INSERIRE ESCLUSIVAMENTE NEL CASO IN CUI L'AGGIUDICATARIO AVESSE DICHIARATO NELLA DOCUMENTAZIONE DI GARA DI PARTECIPARE NELLA FORMA SUINDICATA**

In funzione degli esiti della relativa procedura di gara l'assicurazione è eventualmente ripartita in quote di partecipazione fra le Società appresso elencate, successivamente indicate come Coassicuratrici:

Società	Ruolo	Quota di partecipazione
1.	Coass.ce Delegataria	
2.	Coassicuratrice	
2+n.	Coassicuratrice	

In tal caso:

- a) Tutte le comunicazioni inerenti la presente polizza saranno effettuate tra le parti contraenti, anche per il tramite del broker, per mezzo della Società all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Qualsiasi comunicazione, anche sostanziale, s'intende inoltrata e ricevuta dalla Delegataria prescelta in nome e per conto di tutte le Coassicuratrici, compreso in caso di sinistro ogni comunicazione relativa alla interruzione della prescrizione che, inviata alla Delegataria, avrà pieno ed integrale effetto ai sensi di legge anche nei confronti delle Società coassicuratrici senza necessità di ulteriori comunicazioni.
- b) La Coassicuratrice Delegataria è tenuta al pagamento dell'intero indennizzo nei confronti del Terzo, salva la rivalsa nei confronti delle altre coassicuratrici per la rispettiva quota di partecipazione.
- c) Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna Coassicuratrice solo dopo la firma dell'atto relativo.
- d) La Delegataria è incaricata dalle Coassicuratrici per l'esazione dei premi o di importi comunque dovuti dall'Azienda in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza.
- e) La Delegataria può sostituire quietanze eventualmente mancanti delle Coassicuratrici con altre proprie rilasciate in loro nome.
- f) l'azione promossa contro la sola delegataria spiegherà i suoi effetti anche nei confronti delle coassicuratrici deleganti;
- g) alla Delegataria è attribuita la rappresentanza processuale delle altre compagnie mandanti;
- h) si deroga al disposto dell'art.1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.



**Art. 20 Imposte**

Le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli oneri stabiliti dalla legge presenti e futuri, relativi al premio, agli accessori, agli indennizzi alle polizze ed agli atti da esse dipendenti, sono a carico della Azienda Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

**Art. 21 Altre assicurazioni**

L'Azienda Contraente e l'Assicurato sono esonerati dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, l'Assicurato deve comunicare il sinistro a tutti gli assicuratori ai sensi dell'art. 1910 del codice civile.

**Art. 22 Dichiarazione inerenti le circostanze del rischio**

L'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte dell'Azienda Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempre che tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dell'Azienda Contraente. L'Azienda Contraente è comunque esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società circostanze aggravanti il rischio quando le stesse siano conseguenti a provvedimenti od a disposizioni di legge o di Enti pubblici, compreso regolamenti ed atti amministrativi, nonché quando si verificano per fatti altrui, rientrando pertanto il nuovo rischio automaticamente in garanzia. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

**Art. 23 Interpretazione del contratto**

Si conviene fra le Parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Azienda Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

**Art. 24 Forma delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte in forma scritta mezzo posta elettronica certificata o altro mezzo ritenuto idoneo. E' tuttavia consentito, specie per informazioni di particolare urgenza, l'uso del telefax o della posta elettronica. In quest'ultime evenienze il ricevente dovrà dare un riscontro di conferma per telefax o posta elettronica al mittente. Le comunicazioni potranno avvenire anche per il tramite del Broker (ove esistente).

**Art. 25 Garanzia definitiva**

A garanzia delle obbligazioni contrattuali assunte con la stipula della presente polizza, la Società aggiudicataria ha prodotto documentazione in originale (*fidejussione n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_*), attestante una garanzia fidejussoria, pari al \_\_\_% dell'importo complessivo contrattuale, costituita nel rispetto di quanto prescritto dall'art.103 D.Lgs. n.50/2016 e s.m.i. Per quanto non previsto dal presente articolo si rinvia espressamente all'art.5 del Capitolato Speciale, il cui contenuto s'intende qui riportato.

**Art. 26 Direzione dell'Esecuzione del Contratto**

L'Amministrazione Contraente, giusta Deliberazione/Determinazione Dirigenziale n. \_\_\_ del \_\_\_\_\_, ha nominato quale Direttore dell'Esecuzione del Contratto il Dr. \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_. Per quanto non previsto dal presente articolo, si rinvia espressamente all'art.6 del Capitolato Speciale il cui contenuto s'intende qui riportato.

**Art. 27 Penali**

Fermo restando quanto disposto all'art.11 della presente Polizza Contratto, Il contenuto del presente articolo è disciplinato dall'omonimo art.7 del Capitolato Speciale cui espressamente si rinvia e che qui s'intende integralmente riportato.

L'AZIENDA

LA SOCIETA'

Agli effetti dell'art. 1341 del codice civile la Società e l'Azienda dichiarano di approvare espressamente le seguenti clausole contrattuali:

- Art. 8 (Durata del contratto)
- Art. 9 (Efficacia della garanzia)
- Art. 11 (Procedure per la gestione dei sinistri, Osservazione del bilancio tecnico, Gestione delle vertenze)
- Art. 12 (Costituzione del premio)
- Art. 13 (Pagamento del premio – termini di rispetto)
- Art. 14 (Facoltà di recesso per il sinistro)
- Art. 15 (Gestione del Contratto)
- Art. 18 (Responsabilità Civile Personale)
- Art. 19 (Coassicurazione e Delega)
- Art. 27 (Penali)

L'AZIENDA

LA SOCIETA'

**CALCOLO DEL PREMIO**

<b>Riferimento</b>	<b>Ammontare Retribuzioni annue presunte</b>	<b>Tasso per mille imponibile</b>	<b>Premio Annuo Imponibile</b>
<u>Azienda Ospedaliera "San Pio"</u>	<b>66.500.000,00 (euro)</b>		

**COSTITUZIONE DEL PREMIO ANNUO LOTTO UNICO**

<i>Imponibile</i>	<i>Imposte</i>	<i>premio lordo</i>
<hr/> <p align="center"><i>premio annuo lordo - in lettere</i></p>		

luogo e data

In fede

(Firma del/i legale/i rappresentante//i o procuratore/i)

## **PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI RCT/O**

### **1. Premessa**

Ferme restando tutte le condizioni contrattuali cui si rimanda integralmente e che si intendono assunte a premessa, principale finalità della presente procedura è quella di giungere attraverso forme di reciproca collaborazione e cogestione dell'Azienda con la Società Assicuratrice, nel più breve tempo possibile, alla corretta liquidazione dei danni tanto se rientranti nell'aggregato annuo, il cui onere ricade sull'Azienda, quanto se in tutto o in parte eccedessero l'aggregato annuo, risultando quindi di competenza dell'Assicuratore.

### **2. Denuncia del Sinistro**

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

Tutte le comunicazioni tra le parti contraenti devono essere effettuate, per essere valide, per iscritto con lettera raccomandata a/r, PEC o altro mezzo ritenuto idoneo, tramite il Broker.

### **3. Adempimenti della Società Assicuratrice.**

La Società, secondo le modalità previste all'art.11 della polizza, assume la gestione delle richieste di risarcimento.

La Società provvederà, entro i 3 giorni successivi, a comunicare al Broker l'apertura del sinistro, la presa in carica dello stesso, il numero della pratica e la documentazione necessaria per l'istruzione del sinistro. Le comunicazioni dell'Assicuratore all'Azienda verranno effettuate tramite Broker.

La Società è tenuta a contestare al Contraente, le eccezioni sull'operatività della garanzia, tempestivamente, al fine di non pregiudicare i diritti di difesa e/o di manleva della Contraente. La Società si impegna, altresì, a partecipare attivamente al Comitato di Valutazione dei Sinistri riconoscendone piena validità per l'operato, oltre ad individuare congiuntamente all'Azienda un metodo per la gestione e valutazioni dei sinistri.

### **4. Documentazione**

L'Azienda potrà trasmettere alla Società, tramite il Broker, la relazione riassuntiva con tutta la documentazione raccolta per l'istruttoria, oltre all'eventuale relazione redatta dal dipartimento di Medicina Legale, se coinvolto.

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

L'Assicuratore, previa acquisizione dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali, inoltra una richiesta di documentazione anche al danneggiato (tramite l'avvocato qualora il danneggiato abbia conferito mandato ad un legale per la richiesta di risarcimento), inviandone copia per conoscenza anche al Broker.

### **6. Comitato di Valutazione dei sinistro (CVS)**

L'Azienda, di comune accordo con la Società Assicuratrice, al fine di rendere operativa la seguente procedura, si avvarrà dell'ausilio di apposito Comitato di Valutazione dei sinistri, per gestione ed il monitoraggio dei sinistri.

La principale area tematica di trattazione e gestione del CVS, sarà quella dei **sinistri derivanti dalla Medical Malpractice**. Il CVS è, quindi, interessato a valutare la fondatezza delle richieste di risarcimento ricevute dall'Azienda, ad esprimere pareri sugli importi posti a riserva ed a rappresentare le eventuali tesi e strategie difensive. Tale attività non è vincolante per la Società, che avrà sempre il diritto di gestire il sinistro e gli importi posti a riserva.

I componenti del CVS, nominato dall'Azienda, saranno rappresentativi delle seguenti aree interne ed esterne all'Azienda:

- Broker
- Ufficio interno preposto alla Gestione dei Sinistri Aziendale (UGSA);
- Direzione Sanitaria;
- Medicina Legale / U.O. Rischio Clinico,
- Ufficio Legale,
- Società di Assicurazione,

Resta inteso che, tutte le volte in cui si renda necessario, in ragione di casi specifici e di particolari esigenze, potranno prevedersi integrazioni con altre professionalità con apposite e specifiche competenze. Il CVS si avvale della collaborazione di tutte le strutture aziendali in base alle necessità degli argomenti trattati.

Il CVS, si riunisce con cadenza periodica, salvi i casi di particolare necessità e valuta congiuntamente:

- l'istruzione e lo stato delle pratiche aperte;
- l'istruzione e la trattazione del sinistro;
- le proposte di gestione della vertenza, sia in sede giudiziale che stragiudiziale, indicando anche il massimo ammontare dell'offerta formulabile;
- l'ammontare del preventivo tecnico di liquidazione e/o riservazione dei sinistri, previa definizione congiunta dei criteri di quantificazione e, conseguentemente, l'aggiornamento degli importi riservati,
- le proposte di offerte transattive e/o di reiezione alla controparte;
- le eventuali problematiche emerse nella procedura, al fine di individuare le possibili soluzioni.

Il coordinamento del CVS sarà in capo ad un Responsabile indicato dall'Azienda che avrà cura e responsabilità di implementare il monitoraggio sull'andamento dei sinistri, avvalendosi del supporto e della collaborazione dell'UGSA, congiuntamente tra l'Assicuratore, l'Azienda ed il Broker stesso.

La Società si impegna, altresì, a creare e mantenere, apportando i necessari aggiornamenti, una banca dati sinistri relativa a tutte le posizioni di sinistro, di tutte le aree tematiche (Medical Malpractice, Conduzione, RCO) denunciate e ciò sino alla definizione dell'ultimo sinistro ancora pendente, anche dopo la cessazione dell'assicurazione stessa.

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

Tale partecipazione avrà luogo fino a quando non verranno definiti tutti i sinistri di competenza della Società e per i quali l'Assicurato riterrà necessario il confronto congiunto con essa.

### **7. Modalità di gestione delle richieste di risarcimento e delle vertenze**

Acquisita la documentazione istruttoria propedeutica alla gestione della vertenza da parte di tutti i soggetti coinvolti nella procedura, si intraprenderà l'esame e la valutazione delle vertenze, a seconda della tipologia.

Secondo quanto previsto in polizza all'art.11 lett. a-1) 1. si provvederà ad assegnare a professionisti condivisi le operazioni di valutazione dei danni; per quanto concerne l'attività medicolegale, essendovi una reale esigenza di acquisire, per singolo sinistro, anche fino a tre pareri medicolegali, sarà garantita l'alternanza e l'equilibrio sanciti al predetto articolo 11.

Acquisita compiutamente la documentazione istruttoria propedeutica alla gestione della vertenza, al CVS sarà presentata una *Relazione informativa* che dovrà contenere:

- copia della/e relazione/i medico legale/i con tutte le specifiche (a seguito di visita, che verrà sempre eseguita salva l'oggettiva impossibilità);

- le:
  - motivazioni di opportunità della eventuale transazione proposta;
  - motivazioni di opportunità della eventuale assenza di responsabilità individuata;
  - motivazioni di opportunità della eventuale reiezione proposta;
  - l'eventuale giurisprudenza attinente con il caso oggetto di esame;
- Importo minimo e massimo entro il quale ipotizzare la proposta definizione;
- Soluzioni eventualmente ipotizzabili in caso di mancata adesione alla prospettata transazione

Premessa l'operatività del CVS, la Società assume, con oneri a proprio carico, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, in nome dell'Assicurato, designando, con le modalità della "rotazione" previsti all'art.11-b) i legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti od azioni spettanti all'Assicurato stesso e ciò fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della completa tacitazione del/i danneggiato/i.

Nel caso in cui una delle parti Contraenti non ritenesse opportuno limitarsi alla nomina di un solo Legale, questi, attingendo dall'elenco condiviso, potrà indicarne uno di suo gradimento che opererà con mandato "congiunto" con il legale individuato secondo il criterio della rotazione. Saranno a carico dell'Assicuratore le spese legali e peritali per entrambi i legali e per i rispettivi professionisti a cui l'Azienda avrà fornito mandato.

In caso di vertenza giudiziaria i soggetti interessati alla procedura dovranno essere contestualmente informati circa lo svolgimento degli atti e delle procedure legali da parte dei legali incaricati:

- Ogni atto processuale ed ogni verbale d'udienza dovrà essere trasmesso, entro 15 giorni dalla scadenza del relativo termine processuale;
- Annualmente, relazionare sull'andamento delle controversie affidate, probabilità di soccombenza e valore petitum.

#### **8. Liquidazione, pagamento e rimborso**

Resta fermo che, la Società non potrà impegnare la Contraente ad alcun pagamento senza il consenso della Contraente stessa o a pagamenti per somme eccedenti quelle approvate.

Al fine di non vanificare l'efficacia della possibile transazione, l'Azienda dovrà inviare entro 40 giorni lavorativi dal ricevimento della proposta transattiva da parte degli Assicuratori, proprie considerazioni di merito, in assenza delle quali la Società dovrà ritenersi delegata alla transazione nei termini prospettati. La proposta di transazione potrà ritenersi valutabile e pertanto l'Azienda non avrà facoltà di esimersi se supportata da valutazioni medicolegali consone alla gravità del sinistro. A termini di polizza saranno ammessi sino a tre pareri medicolegali e in caso di disaccordo prevarrà il parere a maggioranza.

Acquisito il benessere da parte della Contraente, gli Assicuratori provvederanno alla definizione del sinistro e comunicheranno all'Azienda il pagamento da effettuare. Qualora l'Azienda comunichi la volontà di non definire il sinistro nei termini prospettati dagli Assicuratori, nel caso in cui il sinistro venga definito successivamente per un importo maggiore, la differenza resterà a carico dell'Azienda non intaccando l'aggregato di franchigia.

Relativamente alla parte di danno che, rientrando nella franchigia per sinistro, sarà di competenza dell'Azienda, gli Assicuratori comunicheranno al Contraente i singoli pagamenti da effettuare di volta in volta, tenendo anche conto di eventuali altre assicurazioni che possano concorrere al risarcimento dei danni. Ogni pagamento dovrà essere effettuato dall'Azienda quanto prima possibile, e comunque non oltre i 30 (trenta) giorni successivi alla presentazione della quietanza o altro documento di accettazione sottoscritto dal percipiente. Secondo le condizioni di polizza, fino alla definitiva chiusura di tutti i sinistri denunciati dalla presente polizza, la Società invierà alla Contraente il riepilogo dei sinistri liquidati nel periodo di riferimento.

L'AZIENDA CONTRAENTE

---

LA SOCIETA'

---