

brokeraggio aziendale, lo ha prorogato in capo al precedente gestore del servizio ATI MARSH S.P.A.-GPA Assiparos SPA fino al 31.12.2010 ed ha poi assunto direttamente la gestione delle polizze assicurative aziendali, senza il supporto di un servizio di brokeraggio;

Considerato che:

- la polizza assicurativa RCT/RCO con AM TRUST EUROPE LIMITED n°ITOMM1000281 prevede l'attivazione di una franchigia aggregata annua di € 1.350.000,00 ed una franchigia individuale per sinistro di € 20.000,00;
- tali franchigie costituiscono l'importo massimo predeterminato che rimarrà a carico del Contraente ASL n.3 Genovese a fronte dei risarcimenti pagati dagli assicuratori ai danneggiati per i sinistri denunciati nel corso di polizza ed, in buona sostanza, sono configurabili come una sorta di "fondo" da versare alla compagnia assicuratrice ad integrazione del premio annuo pagato inizialmente, fondo che verrà utilizzato solamente nel caso si verifichino sinistri e nella misura in cui gli stessi verranno pagati dagli assicuratori agli aventi diritto;
- sul piano operativo la suddetta polizza prevede che gli importi pagati dalla Compagnia Assicuratrice vengano rimborsati con cadenza semestrale, dietro presentazione di adeguata documentazione da parte della Compagnia stessa, tenendo conto della franchigia individuale per sinistro e, comunque, oltre la stessa, sino al raggiungimento dell'importo della franchigia aggregata annua, restando ovviamente a carico della Compagnia la parte eccedente dei risarcimenti corrisposti sino al limite annuo di risarcimento previsto in polizza di € 30.000.000,00
- la polizza, nelle premesse, prevede: " GESTIONE DEI SINISTRI E DELLE FRANCHIGIE..... la trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente denunciato alla Società, è condotta dalla stessa, con la cooperazione degli uffici competenti della Contraente. Fermo restando ciò, gli Assicuratori avranno sempre il diritto esclusivo di determinare gli importi posti a riserva, le strategie di difesa e le proposte di offerte alla controparte. Resta inteso tra le parti che gli Assicuratori sono tenuti ad acquisire....il preventivo consenso della stessa prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo superiore ad € 3.000,00 " ed ancora:"La Società s'impegna a risarcire ai danneggiati il danno intero al lordo d'ogni franchigia o scoperto eventualmente previsti in polizza, chiedendo preventiva autorizzazione..... per la definizione di ciascun sinistro d'importo superiore ad € 3.000,00=, restando inteso che la Contraente stessa avrà facoltà di

richiedere alla Società, che si impegna a fornirla, la documentazione inerente le proprie valutazioni medico-legali relative a detti sinistri";

- quest'ultimo aspetto garantisce il pieno controllo sulla appropriata e congrua liquidazione dei sinistri sia in termini di "an debeatur " sia in termini di "quantum ", anche attraverso la partecipazione, per l'Azienda, all'attività di valutazione delle proposte di liquidazione dell'ufficio legale assicurativo aziendale (Gestione Contratti e Convenzioni settore assicurativo), per gli aspetti legali assicurativi e della Medicina Legale aziendale, per gli aspetti medico-legali;
- ormai da tempo il mercato assicurativo internazionale, a fronte di andamenti decisamente negativi dei rischi sanitari, richiede sistematicamente la previsione della franchigia aggregata annua e della franchigia individuale per sinistro per la sottoscrizione delle polizze RCT/RCO delle Aziende Sanitarie, ciò allo scopo principale di coinvolgere in grado massimo le Aziende assicurate nell'attività di prevenzione e gestione dei rischi;
- con relazione del 18.6.2010 il broker aziendale a seguito di analisi dello storico della sinistrosità aziendale ha definito l'importo ottimale della franchigia individuale aziendale in €20.000,00 e, con note del 11.10.2010 (ns prot. n.169790 del 12.10.2010) e del 18.10.2010 (ns prot. n.175089 del 20.10.2010), attraverso un'analisi comparativa della quotazione emersa a seguito della gara di affidamento della polizza RCT/RCO di questa Azienda con il mercato assicurativo, ha confermato la conformità allo stesso dei risultati della gara esperita;

Ritenuto che, in assenza di tale franchigia aggregata annua ed individuale per sinistro, le Aziende Sanitarie assicurate si troverebbero a fronteggiare rilevanti negatività, quali:

- estrema difficoltà, se non impossibilità, di piazzamento della polizza poiché la generalità del mercato assicurativo pretende l'inserimento di dette franchigie
- maggiorazione del premio annuo totale richiesto, sia poiché, come detto, i mercati assicurativi e riassicurativi non sono disponibili a stipulare polizze senza franchigie , sia poiché, in questa ipotesi, si avrebbe un minore coinvolgimento del Contraente Assicurato
- sul maggior premio imponibile che verrebbe richiesto graverebbe anche l'imposta di legge, attualmente stabilita nella misura del 22,25%;

Considerato altresì che, in sede di collocamento sul mercato della polizza assicurativa

RCT/RCO di questa ASL , l'importo massimo della franchigia aggregata annua e della franchigia individuale per sinistro è stato determinato, a seguito delle sopra citate analisi dei broker aziendali dei dati storici di sinistrosità dell'Azienda, tenendo conto di tutti gli aspetti sopra descritti e l'elemento "economico" di valutazione delle offerte è stato appunto individuato quale somma del premio annuo lordo richiesto e dell'importo della franchigia aggregata annua offerta e del controvalore annuo presunto delle franchigie individuali per sinistro;

Ritenuto, pertanto, che, sulla base di quanto sopra evidenziato:

- le franchigie previste nella polizza AM TRUST EUROPE LIMITED RCT/RCO n°ITOMM1000281 possono essere essenzialmente considerate quale quota-parte aleatoria (relativamente aleatoria in quanto determinata nell'importo massimo) e differita (in quanto pagata soltanto al momento della liquidazione del danno) del premio annuo, da corrispondere alla Compagnia dopo il pagamento dei sinistri ai danneggiati e, pertanto, non si ritiene necessaria la segnalazione alla Corte dei Conti delle somme rimborsate a detta Società a questo titolo, salvo – ovviamente – che, dall'esame del sinistro in sede di valutazione del CVS aziendale o secondo le modalità previste dalla deliberazione n°1477 del 27.10.2009, si evidenzino profili di responsabilità tali da poter configurare sussistenza di "colpa grave" a carico dei dipendenti interessati o, comunque, sopravvengano specifiche contrarie indicazioni da parte della suddetta Corte;
- la segnalazione alla Corte dei Conti dei soli sinistri rientranti in franchigia verrebbe, inoltre, infatti, a creare una disparità di trattamento tra gli Assicurati coinvolti in questo tipo di sinistri e quelli coinvolti in eventi risarciti dalla Compagnia dopo l'erosione di dette franchigie, per cui non verrebbe effettuata la segnalazione alla Corte (salvo anche per questi eventi che sia chiaramente configurabile la sussistenza di "colpa grave");
- analoga valutazione può continuare ad essere applicata, per i sinistri ricadenti sotto le rispettive coperture, alla gestione delle franchigie aggregate annue previste rispettivamente dalla polizza RCT/RCO n°548130693 stipulata dall'ex A.O.Villa Scassi, incorporata a decorrere dall'1.7.2008 nell'ASL n.3 Genovese, con CARIGE ASSICURAZIONI e scaduta il 31.3.2009, dalla polizza RCT/RCO n°1703683 stipulata dall'ASL n°3 Genovese con i LLOYD'S e scaduta il 31.3.2009, nonché dalla polizza RCT/RCO n°504227 stipulata dall'ASL n°3 Genovese con ASSIMOCO e cessata alle ore 24 del 28.10.2010;



Preso atto che:

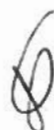
- alle controversie inerenti il risarcimento del danno derivante da “responsabilità medica” oggetto della copertura assicurativa RCT/RCO di cui trattasi si applicano le disposizioni del D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, con esclusione di obbligatorietà, ivi prevista, dei casi di cui all’art.5, comma 4 del citato Dlgs (azione civile esercitata nel processo penale), per cui nell’esecuzione del contratto assicurativo l’Azienda sarà tenuta ad assumere ogni iniziativa necessaria all’adempimento, entro i termini sanciti, degli oneri posti a carico dell’Assicurato dalle norme di legge e dal regolamento dell’Organismo prescelto per lo svolgimento del procedimento di mediazione, eventualmente di concerto con la Compagnia Assicuratrice

- La domanda di mediazione può essere proposta dal terzo reclamante ed anche dall’Azienda, su istanza della Società, o spontaneamente, anche nelle ipotesi di non obbligatorietà, per una più conveniente definizione transattiva del sinistro

- il Contratto 6.5.2010 dell’area della Dirigenza del SSN integrativo del CCNL 17.10.2008, all’art.17.3, prevede espressamente:” al fine di individuare modalità di gestione e di ricomposizione dei conflitti, le Aziende ricercano mediazioni stragiudiziali e potenziano la trattazione del contenzioso, mediante lo sviluppo di specifiche competenze legali e medico-legali, nonché l’istituzione, senza oneri aggiuntivi, di appositi Comitati per la Valutazione dei rischi”

- In accordo con il regolamento dell’Organismo prescelto per l’espletamento della mediazione, l’Azienda dovrà pertanto garantire la propria partecipazione a detta eventuale attività di mediazione e sarà rappresentata ed assistita per la stessa, tramite specifico mandato, dagli avvocati dell’ufficio legale assicurativo aziendale (S.C.Gestione Contratti e Convenzioni-settore assicurativo), iscritti all’albo speciale del foro di Genova, avv. Giovanna Depetro ed avv. Viviana Genovese;

Considerato che, al fine di regolamentare la gestione operativa della polizza RCT/RCO con AM TRUST EUROPE LIMITED n°ITOMM1000281, sotto tutti i suddetti profili la Direzione Aziendale ha sottoscritto un protocollo operativo che regolamenta i rapporti nascenti da detta polizza



sia con la Compagnia Assicuratrice sia con il Loss Adjuster sia con i broker aziendali, che supportavano l'Azienda all'avvio del nuovo rapporto contrattuale per la copertura RCT/RCO, che si allega alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale sub A;

Ritenuto opportuno prendere atto di detto protocollo operativo, dando mandato alle strutture aziendali competenti di provvedere agli adempimenti gestionali connessi;

Ritenuto, in particolare, di formalizzare la composizione della Commissione Valutazione Sinistri di cui al suddetto protocollo operativo come segue:

- Loss Adjuster e suoi fiduciari per la Società Assicuratrice
- Broker aziendale (qualora venga riaffidato un servizio di brokeraggio aziendale)
- Avv.Giovanna Depetro, dell'ufficio legale assicurativo (S.C.Gestione Contratti e Convenzioni settore assicurativo) e coordinatore tecnico dell'Unità di Gestione del Rischio (U.G.R.) aziendale o suo delegato dell'ufficio legale assicurativo aziendale
- Coordinatore organizzativo-gestionale area clinica Nucleo Operativo dell'U.G.R. aziendale o suo delegato
- Medici Legali ed eventuali altri fiduciari dell'Azienda in relazione al caso di specie
- un dipendente dell'Azienda con funzioni di segreteria;

e di regolamentarne l'attività secondo le modalità di cui al regolamento allegato sub B alla presente deliberazione;

Visto il D.L.vo 30/12/1992, n° 502 e successive modificazioni;

Vista la L.R. 8/2/1995 n°10 e successive modificazioni;

Vista la L.R. 07/12/2006, n° 41;

Su parere conforme del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;



DELIBERA

- 1) di dare atto che la regolamentazione degli adempimenti nascenti dalla polizza RCT/RCO con AM TRUST EUROPE LIMITED n°ITOMM1000281, di cui in parte motiva, in capo sia all'Azienda ed alle strutture della stessa competenti in materia sia alla AM TRUST EUROPE LIMITED sia al Loss Adjuster sia ai broker aziendali (qualora venga riaffidato un servizio di brokeraggio aziendale), è quella di cui al protocollo operativo che si allega alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale sub A;
- 2) di dare altresì atto che alle controversie inerenti il risarcimento del danno derivante da "responsabilità medica" oggetto della copertura assicurativa RCT/RCO di cui trattasi si applicano le disposizioni del D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, per cui nell'esecuzione del contratto assicurativo l'Azienda dovrà garantire la propria partecipazione a detta eventuale attività di mediazione, come previsto anche nella polizza assicurativa RCT/RCO di cui al punto 1 e sarà rappresentata ed assistita per la stessa, tramite specifico mandato, dagli avvocati dell'ufficio legale assicurativo aziendale (S.C.Gestione Contratti e Convenzioni-settore assicurativo), iscritti all'albo speciale del foro di Genova, avv.Giovanna Depetro ed avv.Viviana Genovese;
- 3) di formalizzare la composizione della Commissione Valutazione Sinistri di cui al suddetto protocollo operativo come segue:
 - Loss Adjuster e suoi fiduciari per la Società Assicuratrice
 - Broker aziendale (qualora venga riaffidato un servizio di brokeraggio aziendale)
 - Avv.Giovanna Depetro, dell'ufficio legale assicurativo (S.C.Gestione Contratti e Convenzioni settore assicurativo) e coordinatore tecnico dell'Unità di Gestione del Rischio (U.G.R.) aziendale o suo delegato dell'ufficio legale assicurativo aziendale
 - Coordinatore organizzativo-gestionale area clinica Nucleo Operativo dell'U.G.R. aziendale o suo delegato
 - Medici Legali ed eventuali altri fiduciari dell'Azienda in relazione al caso di specie
 - un dipendente dell'Azienda con funzioni di segreteria;
- 4) di approvare il regolamento della Commissione Valutazione sinistri di cui al punto 3 allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale sub B;

- 5) di dare atto in particolare che la franchigia aggregata annua e la franchigia individuale per sinistro previste nella polizza RCT/RCO con AM TRUST EUROPE LIMITED n°ITOMM1000281, nonché le franchigie aggregate annue previste, per i sinistri ricadenti sotto le rispettive coperture, dalle polizze RCT/RCO n°548130693 stipulata dall'ex A.O.Villa Scassi con CARIGE ASSICURAZIONI e scaduta il 31.3.2009, n°1703683 stipulata dall'ASL n°3 Genovese con i LLOYD'S e scaduta il 31.3.2009 e n° 504227 stipulata dall'ASL n°3 Genovese con ASSIMOCO e cessata alle ore 24 del 28.10.2010, vengono considerate quale quota-parte aleatoria e differita del premio annuo, da corrispondere alla Compagnia dopo il pagamento dei sinistri ai danneggiati e, pertanto, non si ritiene necessaria la segnalazione alla Corte dei Conti delle somme rimborsate agli assicuratori a questo titolo, salvo -ovviamente- che, per la polizza RCT/RCO AM TRUST EUROPE LIMITED, dall'esame del singolo sinistro da parte della Commissione Valutazione Sinistri di cui al protocollo allegato alla presente deliberazione sub A e/o per le sopra citate polizze RCT/RCO ASSIMOCO, CARIGE ASSICURAZIONI e LLOYD'S, dall'esame della pratica effettuato e/o dalle valutazioni epletate secondo le modalità previste dalla deliberazione n°1477 del 27.10.2009, si evidenzino profili di responsabilità tali da poter configurare sussistenza di "colpa grave" a carico dei dipendenti interessati o, comunque, sopravvengano specifiche contrarie indicazioni da parte della suddetta Corte;
- 6) di dare infine atto che la presente deliberazione è composta di n. 8 pagine e dall'allegato A di n.19 pagine e dall'allegato B di n.6 pagine, per complessive n.33 pagine.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dottoressa Renata CANINI)

Renata Canini

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dottor Marco DAMONTE PRIOLI)

Marco Damonte Prioli

IL DIRETTORE SANITARIO

(Dottor Giovanni BRUNO)

Giovanni Bruno

Visto

IL DIRETTORE

Per conformità agli obiettivi dipartimentali

S.C. GESTIONE CONTRATTI E CONVENZIONI

IL DIRETTORE del DIPARTIMENTO GIURIDICO

(Avvocato Giovanna DEPETRO)

(Dottor Davide AMODEO)

Davide Amodèo

Pubblicata all'Albo dal 18 MAR. 2011

sino al 31 APR. 2011

Il Responsabile

[Signature]

PROTOCOLLO SINISTRI

POLIZZA RCT/O
n. ITOMM1000281
AM TRUST EUROPE LIMITED
c/o
MCM MEDMAL CLAIMS MANAGEMENT SRL

CONTRAENTE	ASL 3 GENOVESE
CF / P.IVA	03399650104
INDIRIZZO	Via Bertani, 4 16125 - Genova

EFFETTO:
SCADENZA:

ore 24.00 del 28/10/2010
ore 24.00 del 31/12/2013



**POLIZZA RCT/O N. ITOMM1000281 – AM TRUST
EUROPE LIMITED DELLA TRUST RISK GROUP
S.P.A.**

PROTOCOLLO D'INTESA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI

DEFINIZIONI

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è tutelato dall'Assicurazione e pertanto:

- L'Azienda Contraente stessa;
- Il Direttore Generale Legale Rappresentante dell'Azienda, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore dei Servizi Sociali, i dipendenti e tutti i soggetti che partecipano alle attività svolte dalla Contraente, a qualunque titolo.

ASSICURAZIONE: il contratto d'Assicurazione.

BROKER: Il mandatario incaricato dal Contraente dell'assistenza nella gestione ed esecuzione del contratto, ai sensi del D.Lgs. n. 209 del 7/9/2005 e s.m.i..

CONTRAENTE: L'**Azienda Sanitaria Locale n. 3 Genovese** che stipula il contratto.

COSE: sia gli oggetti materiali, sia gli animali.

DANNI MATERIALI: ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa.

DANNO CORPORALE: il pregiudizio di natura patrimoniale e non patrimoniale conseguente a lesioni o morte di persone.

FATTI/CIRCOSTANZE NOTI: eventi dannosi di cui l'U.O. competente nella gestione dei contratti assicurativi ha ricevuto comunicazione scritta proveniente da qualsivoglia fonte esterna alla Contraente in data anteriore alla decorrenza della polizza.

FRANCHIGIA PER SINISTRO: la parte di danno risarcibile al danneggiato che per ogni e ciascun sinistro non concorre a formare l'indennizzo e resta a carico dell'Assicurato anche se è anticipata dalla Società.

FRANCHIGIA ANNUA AGGREGATA: l'ammontare (conteggiato pro rata annuale) di tutti gli indennizzi fino a concorrenza del quale la Contraente assume a suo carico l'onere di tutte le somme liquidabili nei termini previsti dal presente contratto per tutti i sinistri che colpiscono l'Assicurazione nel corso di ciascun periodo assicurativo di operatività della presente polizza, ed è pertanto ritenuta convenzionalmente in autoassicurazione dal Contraente.

MASSIMALE PER SINISTRO E/O PER ANNO: la massima esposizione della Società in base ai termini ed alle condizioni tutte di polizza rispettivamente per ciascun sinistro e per ciascuna annualità assicurativa.

ANNUALITA' ASSICURATIVA: ciascun periodo pari a 12 mesi.

POLIZZA: il documento che prova l'Assicurazione.

PREMIO: la somma dovuta dalla Contraente alla Società.

RETRIBUZIONI/MERCEDI: ammontare delle retribuzioni lorde, al netto delle ritenute per oneri previdenziali a carico della Contraente, corrisposte al personale iscritto nei libri paga della stessa inclusi i cosiddetti lavoratori parasubordinati, sia esso o meno assicurato all'Inail, nonché i compensi erogati al personale dipendente in relazione allo svolgimento dell'attività svolta in intramoenia, le somme riconosciute ai "Soggetti somministratori" per prestazioni professionali e di manodopera di lavoratori interinali.



RICHIESTA DI RISARCIMENTO: Quella che per prima fra le seguenti circostanze viene a conoscenza dell'Assicurato :

- Qualsiasi citazione in giudizio o altra comunicazione scritta di richiesta danni ricevuta dalla Contraente e/o agli Assicurati;
- Ogni inchiesta giudiziaria o notifica ricevuta dalla Contraente e/o dagli Assicurati in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione;

Nei predette casi, la richiesta di risarcimento assume rilievo ai sensi di polizza nel momento in cui l'U.O. competente nella gestione dei contratti assicurativi ne viene per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

RISCHIO: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.

SCOPERTO: la parte percentuale di danno che la Contraente tiene a suo carico.

SINISTRO: ciò che determina l'insorgenza della prestazione di garanzia della Società e pertanto la ricezione in forma scritta della richiesta di risarcimento di danni per i quali è prestata l'assicurazione.

SINISTRO IN SERIE: più richieste di risarcimento provenienti da soggetti diversi in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione od a più atti riconducibili ad una medesima causa le quali tutte saranno considerate come unico sinistro.

SOCIETÀ: l'Impresa Assicuratrice e le eventuali Coassicuratrici.

Contraente	AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 3 GENOVESE Via Bertani, 4 – 16125 Genova
P.IVA	03399650104
Effetto	28 Ottobre ore 24.00
Scadenza	31 Dicembre 2013 ore 24.00
Frazionamento premio	1° rata: dal 28 Ottobre 2010 al 31 dicembre 2010 Rate successive annuali

PREMESSA

L'*Azienda*, il *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*), e la *Compagnia* convengono di adottare il presente **Protocollo d'intesa per la gestione dei Sinistri**, cui le parti sono tenute ad attenersi e che devono rispettare.

Tale Protocollo delinea ed inquadra operativamente i profili gestionali da adottare nella trattazione e definizione dei *Sinistri*.

La copertura è prestata con una Franchigia Annuale Aggregata per tutti i *Sinistri* che colpiscano la *Polizza* nel corso di ciascun periodo annuo di assicurazione pari ad **€ 1.350.000,00**.

Per il periodo assicurativo dal 28/10/2010 al 31/12/2010 la Franchigia aggregata ammonta ad € 237.362,00.

E' prevista altresì una franchigia individuale per sinistro di € 20.000,00.

Resta inteso che la *Compagnia* cura direttamente la gestione di tutti i *Sinistri* e corrisponde direttamente ai danneggiati i *Risarcimenti* dovuti, salvo i casi in cui l'*Azienda* abbia richiesto alla *Compagnia* il pagamento a proprio favore in forma liberatoria.

Il costo della gestione dei sinistri siano essi contenuti per intero od in parte nella franchigia di polizza è posto a totale carico della Società in ogni caso.

Nell'ipotesi in cui venga applicata una franchigia per sinistro, ogni pagamento eccedente l'importo di detta franchigia per sinistro andrà a ridurre l'ammontare residuo della franchigia annua aggregata pertinente.

La *Compagnia* si impegna a risarcire ai danneggiati il danno intero al lordo di ogni franchigia o scoperto eventualmente previsti in *Polizza*, chiedendo preventiva autorizzazione all'*Azienda* per la definizione di ciascun *Sinistro* di importo superiore ad **€ 3.000,00**.

L'*Azienda* ha facoltà di richiedere alla *Compagnia*, che si impegna a fornirla, la documentazione inerente le proprie valutazioni peritali e/o medico-legali relative a detti *Sinistri*. La *Compagnia* si riserva di rendere disponibile tale documentazione tramite collegamento internet dedicato.

L'*Azienda* ha comunque facoltà di richiedere ed ottenere la documentazione di cui sopra ed eventuali altre informazioni inerenti i *Sinistri*, anche dopo l'esaurimento della Franchigia Annuale Aggregata e la scadenza della polizza assicurativa, per proprie esigenze di valutazione del rischio clinico, avendo implementato una specifica attività in tal senso, per la miglior realizzazione della quale l'*Azienda* può avvalersi della collaborazione della *Compagnia*.

Relativamente ai *Risarcimenti* il cui importo rientri nella franchigia individuale per sinistro e/o nell'ammontare della Franchigia Annuale Aggregata, la *Compagnia*, con una frequenza **semestrale**, presenta l'elenco dei *Sinistri* liquidati, ognuno identificato con il numero del *Sinistro*, il nominativo di controparte, l'importo liquidato e corredato dalla fotocopia degli atti di quietanza sottoscritti dai danneggiati, oppure da copia degli assegni di liquidazione, o altra idonea documentazione, e l'*Azienda*, previa verifica della correttezza dei dati, provvede a corrispondere alla *Compagnia* gli importi dovuti, così come risultanti dalla documentazione probatoria prodotta, entro **45 giorni** dal ricevimento della documentazione suddetta.



La *Compagnia*, entro 30 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa, si impegna a fornire all'*Azienda* ed al *Broker* il dettaglio dei *Sinistri* così suddiviso.

- *Sinistri* denunciati;
- *Sinistri* riservati (con l'indicazione dei singoli importi posti a riserva);
- *Sinistri* liquidati (con l'indicazione dei singoli importi liquidati);
- *Sinistri* respinti e/o senza seguito.

Tutti i *Sinistri* devono essere corredati del numero di *Sinistri*, della data di apertura della pratica, della data di accadimento del *Sinistri* denunciato, della data di *Richiesta di Risarcimento* avanzata dal terzo reclamante e possibilmente del nominativo del medesimo e della data di definizione della pratica per liquidazione od altro motivo.

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

La documentazione di cui sopra deve essere fornita all'*Azienda* mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dall'*Azienda* stessa.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono all'*Azienda* di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate, anche successive alla scadenza del periodo di assicurazione, tenuto conto anche degli obblighi di trasmissione periodica di dati sui sinistri aziendali previsti dalla vigente normativa.

La garanzia opera esclusivamente per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato/Contraente e da questi ricevute per iscritto durante il periodo di decorrenza dell'Assicurazione e cioè dalle ore 24:00 del 28 Ottobre 2010 alle ore 24:00 del 31.12.2013 purché siano conseguenza di fatti avvenuti durante il periodo di assicurazione ed anche anteriormente a tale data, ma non prima delle ore 24 del:

- 11/06/2000, relativamente ai sinistri concernenti il P.O. Villa Scassi di Genova Sampierdarena (già Azienda Ospedaliera Villa Scassi).
- 31/05/2008, relativamente ai sinistri non concernenti il P.O. Villa Scassi di Genova Sampierdarena (già Azienda Ospedaliera Villa Scassi).

La gestione dei *Sinistri* è affidata al *Loss Adjuster* che agirà quale perito e liquidatore incaricato dalla *Compagnia*, in collaborazione, ove occorra, con l'*Azienda*, il *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*) ed il *CVS*.

LEGALI

Gli Assicuratori assumono fino a quando ne hanno interesse la gestione delle vertenze, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato sono a carico degli Assicuratori, fino a concorrenza di un importo pari al quarto del limite o sottolimito di indennizzo stabilito in polizza per il danno a cui si riferisce la richiesta di risarcimento. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto limite o sottolimito, le spese vengono ripartite fra gli Assicuratori e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (Art. 1917 comma 3 Cod. Civ.). Qualora



l'interesse degli Assicuratori alla gestione della lite cessi durante lo svolgimento del processo, le anzidette spese rimangono a carico degli stessi fino all'esaurimento del giudizio nel grado in cui esso si trova.

Gli Assicuratori non riconoscono spese sostenute dal Contraente o dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essi designati.

In nessun caso saranno applicabili franchigie e/o scoperti per i costi relativi alla difesa dell'Assicurato.

Per i procedimenti penali è data facoltà agli Assicurati di scegliere per la propria difesa uno dei due legali indicati nell'allegata rubrica con oneri a carico della *Compagnia*, che si avvale di essi per la gestione di tutte le vertenze giudiziali in sede penale.



La *Compagnia* si avvale per la gestione di tutte le vertenze giudiziali in sede civile dello **Studio Legale** indicato tempestivamente all'*Azienda* dal *Loss Adjuster* tra quelli concordati tra *Azienda* e *Compagnia* e di domiciliatari dallo stesso indicati. Le parti possono concordare in caso di domiciliazione su Genova di avvalersi per quest'ultima e/o per mandati congiunti di legali dell'*Azienda*.

L'*Azienda* e/o i suoi dipendenti con onere a proprio carico hanno facoltà di nominare un legale e/o un tecnico di fiducia il quale collaborerà con il legale e/o il tecnico nominato dalla *Compagnia* stessa.

MEDICINA LEGALE

L'*Azienda* mette a disposizione la propria **Unità Operativa Medicina Legale** per il parere medico-legale da accompagnare alle relazioni dei medici coinvolti e per le visite medico-legali.

Detta attività viene svolta normalmente istituzionalmente dall'Unità Operativa Medicina Legale dell'*Azienda* e/o eventualmente in regime libero professionale con oneri a carico della *Compagnia*, sulla base di tariffe preventivamente concordate.

Il *CVS* si avvale anche della collaborazione dell'Unità Operativa Medicina Legale dell'*Azienda* in regime istituzionale.

La Società si riserva di avvalersi di medici legali di propria fiducia in alternativa a quelli proposti dall'*Azienda*, o di raddoppiare o triplicare gli incarichi medico legali con consulenti esterni, per casi di particolare importanza od alto valore economico.

PROCEDURA

1. L'U.O. competente dell'*Azienda* riceve una richiesta di risarcimento.
2. L'U.O. competente dell'*Azienda* potrà, ai fini della formalizzazione della denuncia, consultare preventivamente il *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*) per una sommaria disamina del caso.
3. L'U.O. competente dell'*Azienda* provvede tempestivamente a **mezzo posta elettronica** (comunque non oltre **30 giorni**) ad inoltrare formale denuncia di *Sinistro* (es. **MODELLO A**) al *Loss Adjuster* ed al *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*), inviando al *Loss Adjuster* la relativa documentazione.

La denuncia deve contenere una chiara identificazione del danneggiato, una descrizione dettagliata degli eventi, se presente ed i nominativi degli eventuali sanitari coinvolti, se già identificati.

Alla denuncia di *Sinistro* deve essere allegata la seguente documentazione:

- Lettera di richiesta danni.
- Eventuale documentazione prodotta dal reclamante.

Verrà prodotta e trasmessa attraverso posta elettronica dalla struttura dell'*Azienda* competente alla gestione dei sinistri, previa acquisizione dell'autorizzazione al trattamento dei dati personali di cui al Dlgs 196/2003:

- Relazione del medico responsabile avallata o sottoscritta dal primario o di altro responsabile competente (unitamente alla relazione medico-legale se è già stata effettuata la visita medico-legale del reclamante);
 - Cartella Clinica completa di allegati e correlati;
 - Nominativo del personale coinvolto e loro qualifica o funzione:
 - Dirigenti;
 - Medici: dipendenti/non dipendenti;
 - Equipe;
 - Personale infermieristico;
 - Assistiti.
 - Indicazione eventuale copertura assicurativa diretta dei medici e di tutti i soggetti coinvolti;
 - Eventuale avviso di garanzia nel procedimento penale (qualora non già trasmesso in sede di denuncia del *Sinistro*);
 - Parere medico-legale dell'**Unità Operativa Medicina Legale** dell'*Azienda* da accompagnare alle relazioni dei medici coinvolti ed alla perizia (se è già stata effettuata la visita medico-legale del reclamante);
 - Autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003, acquisita dall'*Azienda* anche a favore della *Compagnia*, del *Loss Adjuster* e del *Broker*.
4. A tal fine la struttura competente alla gestione dei sinistri acquisisce dalle competenti strutture aziendali le necessarie informazioni, relazioni e documentazione e provvede a metterle a disposizione del medico legale aziendale competente ed a trasmetterle scansionate al *Loss*

Adjuster attraverso posta elettronica e/o collegamento internet dedicato messo a disposizione da quest'ultimo.

5. In caso di ricevimento di **atti giudiziari** (es. citazione), l'*Azienda* provvede **tempestivamente a mezzo posta** ad inoltrare l'atto originale, con relativo mandato sottoscritto, direttamente allo **Studio Legale** indicato dal *Loss Adjuster* e per conoscenza al *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*).
Qualora l'atto giudiziario sia stato notificato anche ad uno o più medici, l'*Azienda* provvede a fornire agli stessi tutte le indicazioni necessarie per la loro costituzione in giudizio.



6. In caso di *Sinistro* che interessi la garanzia **RCO** deve essere allegata, se già disponibile, la seguente documentazione (che verrà, comunque, prodotta dalla struttura aziendale competente nella gestione dei sinistri, previa acquisizione dalla competenti strutture aziendali):
- Copia della denuncia inoltrata all'INAIL.
 - Indicazione della qualifica e/o della funzione del dipendente o collaboratore infortunato.
 - Indicazione della retribuzione del dipendente o collaboratore infortunato.
 - Verbale degli Ispettori dell'AUSL che abbiano accertato violazioni di norme antinfortunistiche.
 - Eventuale avviso di garanzia nel procedimento penale (qualora non già trasmesso in sede di denuncia del *Sinistro*).
 - Altre comunicazioni dell'INAIL.
7. Il *Loss Adjuster*, ricevuta la denuncia, provvede all'apertura di una posizione di *Sinistro*.
8. Il *Loss Adjuster* a stretto giro di posta elettronica (e comunque entro **30 giorni**) comunica all'*Azienda*, al *Broker* ed al reclamante il numero di *Sinistro* assegnato e l'Ufficio od il Liquidatore incaricato della gestione (n° di telefono, fax, etc.). Il *Loss Adjuster* comunica all'*Azienda* anche il medico legale incaricato ed in caso di vertenze il legale di fiducia incaricato, nel rispetto dei termini di legge e così da consentire comunque in ogni caso il pieno espletamento del diritto di difesa dell'*Azienda* e degli *Assicurati*.
Il *Loss Adjuster* richiede al reclamante la trasmissione della documentazione sanitaria e non sanitaria a supporto della propria richiesta e lo invita a prendere appuntamento ed a presentarsi a visita presso il medico legale indicato dall'*Azienda* o altro medico legale di propria fiducia. A tal fine il *Loss Adjuster* fornisce a stretto giro di posta elettronica al medico legale indicato dall'*Azienda* ed all'*Azienda* o altro medico legale di propria fiducia tutte le indicazioni necessarie per la convocazione a visita medico legale del reclamante. Il medico legale indicato dall'*Azienda* o altro medico legale di propria fiducia provvede a convocare a visita medico legale il reclamante, così da garantire, che il parere medico legale sia trasmesso al *Loss Adjuster* tramite la struttura dell'*Azienda* competente alla gestione dei sinistri (o direttamente al *Loss Adjuster* e per conoscenza all'*Azienda* in caso di medico legale di fiducia del *Loss Adjuster*), al quale provvede a metterlo a disposizione nella cartella aziendale condivisa, unitamente a tutta la documentazione in suo possesso, previa comunicazione attraverso posta elettronica.
Il *Loss Adjuster* rende disponibile tempestivamente all'*Azienda* ed al medico legale indicato dall'*Azienda* o di propria fiducia e per conoscenza all'*Azienda* la documentazione acquisita direttamente dallo stesso tramite posta elettronica e/o collegamento internet dedicato, così da garantire l'espletamento della visita medico-legale.
9. Nel caso in cui la documentazione necessaria all'istruzione del *Sinistro* risulti incompleta, il *Loss Adjuster* provvede a richiedere la documentazione mancante che dovrà essere fornita sempre **a mezzo posta elettronica** dall'*Azienda*.

10. ISTRUZIONE, TRATTAZIONE E VALUTAZIONE DEL SINISTRO

In questa fase tutta la documentazione acquisita/prodotta viene resa disponibile per l'*Azienda* ed il *Broker* tramite posta elettronica e/o collegamento internet dedicato.

I soggetti coinvolti sono i seguenti:

- *Azienda*;
 - *Loss Adjuster*;
 - *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*);
 - Assicurati;
 - Reclamante;
 - Fiduciari.
- A. Esame da parte del *Loss Adjuster* della documentazione prodotta e allegata alla denuncia di *Sinistro*.
- B. Prime attività istruttorie:
- valutazione da parte dell'*Azienda*, del *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*) e del *Loss Adjuster* circa l'esistenza di eventuali responsabilità di terzi;
 - in caso di procedimento penale l'*Azienda* provvede ad incaricare un legale per l'acquisizione degli atti disponibili e per seguire il procedimento, secondo le modalità previste nella *Polizza* e nel presente Protocollo.
- C. Analisi della garanzia assicurativa:
- valutazione a cura dell'*Azienda* e del *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*) dell'esistenza di altra polizza a copertura dello stesso rischio;
 - eventuale primo contatto, a cura del *Loss Adjuster*, con altro Assicuratore.
- D. Primo contatto del *Loss Adjuster* con il reclamante (o con gli aventi diritto):
- acquisisce l'ulteriore documentazione offerta dal reclamante o dagli aventi diritto.
- E. Il *Loss Adjuster*, in caso di lesioni:
- dispone visita medico-legale presso il medico legale di riferimento dell'*Azienda* o altro medico legale di propria fiducia per la valutazione delle cause, del nesso causale, delle causali di attribuzione di responsabilità al medico o alla struttura, dei postumi permanenti residuati. Il medico legale di riferimento dell'*Azienda* o altro di fiducia degli Assicuratori può presentare richiesta motivata al *Loss Adjuster* di supporto consulenziale specialistico, che deve essere preventivamente autorizzato dal *Loss Adjuster* e viene remunerato dallo stesso sulla base di tariffe preventivamente concordate.
- F. Il *Loss Adjuster*, in caso di morte:
- acquisisce stato di famiglia della vittima;
 - verifica l'esistenza di altri aventi diritto;
 - acquisisce documentazione attestante il reddito nel caso di danno patrimoniale.



G. Valutazione economica del danno:

- contatto informale a cura del *Loss Adjuster* e confronto con argomentazioni di controparte.



- H. Il *Loss Adjuster* prende contatti con altra/e Compagnia/e di Assicurazione per eventuale azione di regresso.
- I. Nel caso fosse impossibile la definizione del *Sinistro* in transazione:
- contatti con l'*Azienda* per le decisioni del caso;
 - reiezione del reclamo;
 - in caso di citazione:
 - Il *Loss Adjuster* comunica all'*Azienda* il legale di fiducia incaricato, nel rispetto dei termini di legge e così da consentire comunque in ogni caso il pieno espletamento del diritto di difesa dell'*Azienda* e degli *Assicurati*
 - incarico da parte dell'*Azienda* allo **Studio legale indicato dal *Loss Adjuster*** e, previ accordi, per le vertenze domiciliate su Genova congiuntamente e/o con domiciliazione presso legale dell'*Azienda* (e contestuale informativa all'*Assicurato*);
 - trasmissione **a mezzo posta** da parte dell'*Azienda* dell'atto originale, con relativo mandato sottoscritto, direttamente allo **Studio legale indicato dal *Loss Adjuster*** e per conoscenza al *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*);
 - ulteriore contatto del *Loss Adjuster* con l'*Azienda* e lo **Studio legale indicato dal primo** per le valutazioni successive all'acquisizione degli atti.

11. In caso di *Sinistro* riferibile alla garanzia **RCT**, nella fase istruttoria, di cui al precedente **punto 10**, possono essere coinvolti altri collaboratori (periti, accertatori, etc.) oltre il medico legale dell'*Azienda* o di fiducia degli Assicuratori incaricato della valutazione dei postumi. L'*Azienda* mette a disposizione del proprio medico legale competente la consulenza specialistica dei propri professionisti, che verrà svolta, di norma, in attività istituzionale e/o previa autorizzazione del *Loss Adjuster* quale attività libero professionale consulenziale, con oneri a carico di quest'ultimo sulla base di tariffe preventivamente concordate.

Per tali *Sinistri* l'*Azienda* ed il *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*) devono:

- valutare il coinvolgimento di terzi nella causazione dell'evento;
- verificare l'esistenza di adeguata copertura assicurativa;
- verificare l'esistenza di altra copertura assicurativa a garanzia del medesimo rischio;
- valutare le esclusioni di garanzia.

Se il danno è stato causato da attrezzature utilizzate nelle attività mediche, l'*Azienda* acquisisce informazioni sull'anno di costruzione della macchina, il produttore ed il difetto da cui è dipeso l'evento, al fine di poter eventualmente coinvolgere la copertura assicurativa della responsabilità del produttore.

12. Nell'ambito della fase di istruzione, trattazione e valutazione del *Sinistro*, di cui al precedente **punto 10**, si riunisce periodicamente il *CVS*, con i seguenti scopi:
- valutazione dei *Sinistri*;
 - quantificazione dei danni;
 - esame della sussistenza o meno della responsabilità dell'*Azienda*;

- esame della documentazione relativa all'eventuale visita medico-legale;
- valutazione di profili di *risk management*.

Il CVS propone e definisce le linee guida per la gestione dell'iter liquidativo (transazione, resistenza, reiezione), che vengono approvate e formalizzate per iscritto dal Legale Rappresentante dell'Azienda.

Il CVS dovrà comunque non derogare le previsioni di polizza che prevedono che *"la trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente alla Società, è condotta dalla stessa, con la cooperazione degli Uffici competenti della Contraente. Fermo restando ciò, gli Assicuratori avranno sempre il diritto esclusivo di determinare gli importi posti a riserva, le strategie di difesa e le proposte di offerta alla controparte. Resta inteso che gli assicuratori sono tenuti ad acquisire... il preventivo consenso della Contraente prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo superiore a €.3000,00"*.

L'offerta alla controparte per la definizione della vertenza viene effettuata da parte del *Loss Adjuster*, fornendone la relativa documentazione per conoscenza anche all'*Azienda* ed al *Broker*, con specifica delle modalità di costruzione dell'offerta transattiva.

Il CVS di norma viene convocato ogni 60 giorni, salvo richiesta di anticipata convocazione per specifici casi urgenti.

13. In conclusione il Legale Rappresentante dell'*Azienda* formalizza **ufficiale autorizzazione**
- alla **reiezione**, qualora non sia ravvisabile alcuna responsabilità della struttura sanitaria,
- oppure
- alla **definizione** di ciascun sinistro, qualora l'importo della liquidazione superi l'importo di **€ 3.000,00**.
14. Ricevuta l'**ufficiale autorizzazione** alla liquidazione del *Sinistro* da parte dell'*Azienda*, il *Loss Adjuster* provvede ad inviare l'atto di quietanza debitamente firmato al reclamante o al suo procuratore, fornendone sempre la relativa documentazione per conoscenza anche all'*Azienda* ed al *Broker* (qualora il relativo servizio sia riaffidato dall'*Azienda*). Le parti concordano che, salvi i casi d'urgenza evidenziati dal *Loss Adjuster*, per i quali si provvederà con specifiche convocazioni, le proposte autorizzative dello stesso verranno discusse nel primo *CVS* in calendario, successivo alla richiesta del *Loss Adjuster* di autorizzazione alla liquidazione del sinistro (ove verrà precisato che l'autorizzazione alla liquidazione e, pertanto, l'autorizzazione/non autorizzazione alla liquidazione dovrà essere trasmessa dall'*Azienda* solo dopo la valutazione del suddetto *CVS*, e ciò **anche se sono decorsi 30 giorni dalla richiesta di autorizzazione** alla liquidazione da parte del *Loss Adjuster*, senza che ciò determini delega implicita al *Loss Adjuster* alla transazione nei termini prospettati).



TIPOLOGIE DI SINISTRO E RELATIVA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

Oltre a quanto indicato ai **punti 3 e 5**, viene raccolta anche la seguente documentazione, se reperibile, per le rispettive tipologie di *Sinistro*:

➤ **MEDICAL MALPRACTICE:**

- Relazione del capo reparto e/o Direttore Sanitario.
- Relazione della struttura coinvolta.
- Relazione di tutti gli operatori sanitari che hanno prestato cure al reclamante.
- Estremi dell'eventuale polizza personale di responsabilità civile professionale dei sanitari coinvolti e/o del personale coinvolto
- Verifica dell'adesione o meno all'Estensione facoltativa RC da colpa grave (Art. 28).

➤ **EVENTO RIFERIBILE A RCT:**

- Relazione sullo stato dei luoghi con descrizione, fotografie, conformità alla normativa vigente.
- Relazione della struttura coinvolta.
- Eventuali dichiarazioni testimoniali, con l'indicazione dei nominativi degli eventuali testimoni.
- Verifica dell'eventuale manutenzione effettuata dall'*Azienda*.
- Verifica dell'eventuale manutenzione effettuata da una ditta esterna (con copia del relativo capitolato di appalto).

- In caso di *Sinistro* riconducibile a "randagismo":
 - regolamentazione del Servizio Veterinario dell'*Azienda* con il Comune in cui si è verificato il *Sinistro*;
 - eventuali accordi in essere tra l'*Azienda* ed il Comune in cui si è verificato il *Sinistro*;
 - eventuali segnalazioni pervenute al Servizio Veterinario dell'*Azienda* circa la presenza di randagi.

- In caso di *Sinistro* che abbia coinvolto un veicolo:
 - relazione del reclamante se dipendente;
 - verifica della custodia del parcheggio;
 - verifica della regolarità del parcheggio.

- In caso di *Sinistro* che abbia coinvolto oggetti dei pazienti (es. protesi dentarie):
 - relazione del capo reparto;
 - protocollo di gestione dei beni in consegna.

Letto, approvato e sottoscritto.

Genova,.....

L'Azienda

La Compagnia



RUBRICA

ASL 3 Genovese Via Bertani, 4 – 16125 – Genova				
REF.	TEL	FAX	CELL	E-MAIL
Direttore U.O. Gestione Contratti e Convenzioni (ASL 3 Genovese)				
Avv. Giovanna Depetro	010.6447.636	010.6447.635	-	giovanna.depetro@asl3.liguria.it
Settore Assicurativo (ASL 3 Genovese)				
E mail Segreteria.contratticonvenzioni@asl3.liguria.it Fax. 0106447635				
REF.	TEL	FAX	CELL	E-MAIL
U.O. Medicina Legale (ASL 3 Genovese)				
Dr.ssa Tiberia Boccardo (area Ponente e Levante) Via Monterotondo 50 - GENOVA	010.6449139	010.6448753	3204347549	tiberia.boccardo@asl3.liguria.it
Dr.ssa Sonia Della Rocca (area Nord) Piazza Ospedale Patorino 2 – 16162 GENOVA	010.6448960	010.6449623	3280473186	sonia.dellarocca@asl3.liguria.it

AM TRUST EUROPE LIMITED DELLA TRUST RISK GROUP S.p.A.c/o c/o MCM MEDMAL CLAIMS MANAGEMENT SRL, Via A.Albricci, 9, 20122 Milano MI				
REF.	TEL	FAX	WEB	E-MAIL
Marina Crivellari	02 36596710	0236596719	www.mcmmedmal.com	marina.crivellari@mcmmedmal.com
Luis Gavino	02 36596710	0236596719	www.mcmmedmal.com	luis.gavino@mcmmedmal.com
Michela Gava	02 36596710	0236596719	www.mcmmedmal.com	michela.gava@mcmmedmal.com
Paolo Toriani (Claims Manager- Coordinamento CVS)	02 36596710	0236596719	www.mcmmedmal.com	paolo.toriani@mcmmedmal.com
Pasquale Vanacore (Managing Director)	02 36596710	0236596719	www.mcmmedmal.com	pasquale.vanacore@mcmmedmal.com

Studio legale civile				
REF.	TEL	FAX	CELL	E-MAIL
avv.Paolo Vinci Piazza della Conciliazione 5 – 20123 Milano	02 45471110	02 02 45471108	3402740188	paolovinci@virgilio.it
Studio Domiciliatario				
Studio Legale Avv. Giovanna Vernarecci di Fossombrone Via Garibaldi 3 -16124 Genova	010 2770070	010 2770091	-	g.vernarecci@studiovernarecci.it

ALTRI LEGALI DA CONCORDARSI TRA COMPAGNIA ED AZIENDA

Studi legali penale				
REF.	TEL	FAX	CELL	E-MAIL
avv. Ersilio Gavino Via Maragliano 10/6 – 16121 GENOVA	010.592425	010.584243	-	ersiliogavinoavv@virgilio.it
avv. Stefano Savi P.zza Dante 8/8 – 16121 GENOVA	010.532039 010.541841	010.541841	-	stefanosavi@studiolegalesavi.it

ALTRI LEGALI DA CONCORDARSI TRA COMPAGNIA ED AZIENDA

Z:Istruttoria/gestione polizze/gara 2010



www.asl3.liguria.it

DIPARTIMENTO GIURIDICO
Struttura Complessa
Gestione Contratti e Convenzioni

Il Direttore: Avvocato Giovanna DEPETRO
 Via Bertani, 4
 16125 GENOVA
 Tel.: Tel. 010/6447636
 Fax 010/6447635
 Cod. Fisc./P. IVA 03399650104

Settore Assicurazioni
 Il Responsabile del Procedimento
 Dott.
 (Tel.010644.....)
 e-mail: segreteria.contratticonvenzioni@asl3.liguria.it

AM TRUST EUROPE LIMITED (TRUST RISK
 GROUP S.p.A.)
 c/o MCM MEDMAL CLAIMS MANAGEMENT SRL
 Via A.Albricci, 9
 20122 Milano MI
 c.a. marina.crivellari@mcmmedmal.com
luis.gavino@mcmmedmal.com
michela.gava@mcmmedmal.com

Genova, li

e, p.c. Sig.
 Via
 Cap.

Prot. °
 Rif.

OGGETTO: Richiesta risarcimento danni Sig./ra. Evento del .

Con la presente si trasmette, per quanto di competenza, copia della richiesta di risarcimento danni inviata dal/dalla sig. _____ il _____ (ns. prot. n° _____ del _____), in merito ai postumi del sinistro occorsole conseguentemente a _____ subito presso il Reparto di _____ dell'Ospedale _____ in data _____.

Si comunica al/alla Sig./ra _____, che legge per conoscenza, che ai sensi della polizza afferente la responsabilità verso terzi la gestione delle azioni dei danneggiati spetta esclusivamente alla Società in indirizzo la quale agisce in qualsiasi sede o modo in nome dell'Assicurato: pertanto ulteriori segnalazioni ed informazioni potranno essere rivolte direttamente alla MCM MEDMAL CLAIMS MANAGEMENT SRL, per conto di detta Società, ai recapiti che la stessa provvederà a comunicarle all'atto dell'apertura del sinistro.

Al fine di consentirci una più completa e veloce gestione della pratica in questione, si chiede al/alla sig. _____ di restituire, entro e non oltre 15 giorni dal ricevimento della presente, alla scrivente Struttura Complessa l'allegato modulo compilato e sottoscritto, completo dei relativi documenti di identità, con il quale (ricevuta l'informativa di cui agli art. 13 e 79 del Dlgs 30/06/03 n°196 e s.m.i) si autorizza il trattamento dei dati sensibili dell'interessata/o ai fini assicurativi. Si fa presente che la mancata restituzione di tale modulo non permette di dare seguito alla pratica, che verrà definitivamente archiviata.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE
 (Avvocato Giovanna DEPETRO)



ALL.B

REGOLAMENTO DELLA COMMISSIONE VALUTAZIONE SINISTRI AZIENDALE

ART.1

Istituzione ed obiettivo

L'Asl n°3 Genovese, in attuazione delle previsioni contrattuali della polizza RCT/RCO in essere, con deliberazione n° _____ del _____ ha costituito una Commissione Valutazione Sinistri, con funzioni, per i sinistri di importo presunto superiore ad €3.000,00, di :

- minimizzazione dell'impatto economico e deflazione del contenzioso giudiziario;
- quantificazione dei danni;
- definizione di linee guida per la gestione dell'iter liquidativo (transazione, resistenza, reiezione), che vengono approvate e formalizzate per iscritto dal Direttore generale
- esame della documentazione relativa all'eventuale visita medico-legale;
- valutazione di profili di risk management.

ART.2

Composizione

1. La CVS Aziendale è composta da:

- Loss Adjuster e suoi fiduciari per la Società Assicuratrice
- Broker aziendale (qualora venga riaffidato un servizio di brokeraggio aziendale)
- Avv.Giovanna Depetro, Direttore responsabile dell'ufficio legale assicurativo (S.C.Gestione Contratti e Convenzioni settore assicurativo) e coordinatore tecnico dell'Unità di Gestione del Rischio (U.G.R.) aziendale o suo delegato dell'ufficio legale assicurativo aziendale
- Coordinatore organizzativo-gestionale area clinica Nucleo Operativo dell'U.G.R. aziendale o suo delegato
- Medici Legali ed eventuali altri fiduciari dell'Azienda in relazione al caso di specie



-un dipendente dell'Azienda con funzioni di segreteria;

2. I suddetti componenti della CVS sono stati nominati dal Direttore Generale, con specifico provvedimento deliberativo e possono essere sostituiti per indisponibilità, eventuali incompatibilità, palese inottemperanza al mandato affidato, mancata partecipazione, senza giustificato motivo, alle riunioni.
3. L'Azienda provvederà ad adottare specifico provvedimento deliberativo dal quale risulti l'intervenuta sostituzione e la decorrenza della stessa.
4. La CVS potrà avvalersi, comunque, ove lo ritenga necessario, della consulenza e/o collaborazione di tutti i professionisti operanti all'interno dell'Azienda e l'attività svolta da detta Commissione non solleva, comunque, dalle specifiche responsabilità le funzioni formalmente preposte, ma si coordinerà con esse per la migliore realizzazione degli obiettivi individuati.
5. Potranno partecipare alle sedute ulteriori fiduciari sia del Loss Adjuster sia dell'Azienda in relazione al caso di specie. Gli stessi non verranno computati per la validità delle sedute né potranno esercitare diritto di voto.
6. La CVS si riunisce, di norma, una volta a bimestre o, comunque, su richiesta del Direttore responsabile S.C.Gestione Contratti e Convenzioni e/o del Loss Adjuster, previa convocazione scritta ai suoi componenti, nella quale viene fissato l'ordine del giorno della seduta.
7. Le riunioni della CVS sono valide, a fini deliberativi, se è presente almeno la maggioranza semplice dei componenti, a condizione che sia presente il Direttore responsabile S.C.Gestione Contratti e Convenzioni dell'Azienda o suo delegato dell'ufficio legale assicurativo aziendale ed un fiduciario dell'Azienda.
Le assenze devono essere giustificate.
8. Le deliberazioni possono essere assunte con i voti favorevoli della maggioranza semplice dei componenti della CVS presenti. In caso di parità prevale il voto del presidente.
9. La presidenza delle sedute è assunta dal Direttore responsabile S.C.Gestione Contratti e Convenzioni dell'Azienda o suo delegato dell'ufficio legale assicurativo aziendale.
10. Le eventuali modifiche del presente regolamento devono essere approvate con la maggioranza di almeno due terzi dei componenti della CVS.
11. La CVS può chiedere, per lo svolgimento dei compiti ad essa assegnati, la partecipazione a titolo gratuito alle sue riunioni di eventuali esperti interni od esterni all'Azienda, la cui consulenza possa essere opportuna per affrontare questioni specifiche.
12. Per la trattazione di particolari problematiche la CVS può costituire gruppi di lavoro temporanei, definendone, al riguardo la composizione, l'assegnazione delle professionalità nonché gli specifici obiettivi e tempi di realizzazione.



13. L'analisi dei singoli sinistri da parte della CVS tiene conto di eventuali profili di gestione del rischio aziendale, anche al fine di proporre eventuali azioni correttive e/o di miglioramento organizzativo e/o informativo all'U.G.R. aziendale.
14. Di ciascuna delle sedute della CVS verrà redatto, a cura della segreteria, specifico verbale, sottoscritto dal segretario verbalizzante, che verrà trasmesso a tutti i componenti e, per gli aspetti di competenza, all'U.G.R. aziendale.

ART.3 **Procedura**

1. Il Loss Adjuster, con il supporto dei suoi fiduciari, valuta l'opportunità di avviare trattative con il richiedente un risarcimento danni, di ammontare presunto superiore ad €.3000,00, per la definizione transattiva dello stesso ed, eventualmente acquisisce elementi per la quantificazione dell'accordo transattivo e la disponibilità della controparte ad aderirvi.
2. Il Loss Adjuster trasmette all'Azienda l'eventuale richiesta di autorizzazione alla transazione del sinistro (rientrante nella franchigia aggregata annua e/o nella franchigia individuale per sinistro), completa di quantificazione dell'importo massimo proposto in transazione (comprensivo di eventuali spese legali e tecniche) e della documentazione di supporto (perizie, documentazione medico-legale, valutazioni dei liquidatori, etc.), eventualmente messa a disposizione su supporto informatico dedicato, nei termini e con le modalità di cui al protocollo d'intesa intervenuto tra l'Azienda e la Società assicuratrice per la polizza di copertura RCT/RCO. Analogamente, in caso di proposta di resistenza e/o reiezione, trasmette all'Azienda la relativa comunicazione, supportata da analoga documentazione.
3. La S.C.Gestione Contratti e Convenzioni dell'Azienda inserisce la richiesta autorizzatoria e/o la proposta di resistenza e/o reiezione all'ordine del giorno della prima CVS utile e predispone, a cura della segreteria, un fascicolo con la documentazione afferente il caso, acquisita sia dall'Azienda e suoi fiduciari sia dal Loss Adjuster e suoi fiduciari.
4. La CVS esprime il proprio parere in merito alla proposta del Loss Adjuster, valorizzando anche l'eventuale importo massimo di autorizzazione alla transazione, le relative motivazioni ed evidenziando l'emergere di eventuali profili di colpa grave che richiedano la segnalazione alla Corte dei Conti.
5. La S.C.Gestione Contratti e Convenzioni dell'Azienda trasmette al Direttore generale il parere del CVS in merito alla proposta del Loss Adjuster.
6. Il Direttore generale dell'Azienda formalizza ufficiale autorizzazione:
 - alla reiezione
 - alla resistenzaoppure

- alla definizione transattiva del sinistro, con quantificazione dell'importo massimo da liquidare.
7. Ricevuta l'ufficiale autorizzazione alla liquidazione del Sinistro da parte dell'Azienda, il Loss Adjuster provvede alla definizione della transazione e ad inviare l'atto di quietanza debitamente firmato al reclamante o al suo procuratore, fornendone sempre la relativa documentazione per conoscenza anche all'Azienda ed al Broker (qualora venga riattivato un servizio di brokeraggio aziendale), a definizione della pratica (con quantificazione definitiva dell'importo liquidato ed attestazione dell'accettazione dello stesso a definizione della pratica da parte del reclamante).
 8. In caso di successivo rifiuto dell'accordo transattivo da parte del reclamante il Loss Adjuster ne dà immediata comunicazione all'Azienda ed al Broker (qualora venga riattivato un servizio di brokeraggio aziendale) ed avvia, qualora ne ravvisi l'opportunità, ulteriori trattative, formulando nuova motivata proposta autorizzativa all'Azienda da sottoporre alla CVS.
 9. In caso di partecipazione dell'Azienda a mediazioni in applicazione alle disposizioni del D.Lgs. 4 marzo 2010 n. 28, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali, potrà essere utilizzata, in quanto compatibile, analoga procedura di coinvolgimento preventivo della CVS aziendale, per le valutazioni afferenti l'adesione o meno alla proposta di mediazione.

ART.4

Segnalazione alla Corte dei Conti

1. Come stabilito con deliberazione aziendale, la franchigia aggregata annua e la franchigia individuale per sinistro prevista dalla polizza a copertura RCT/RCO costituisce l'importo massimo predeterminato che rimarrà a carico del Contraente ASL 3 a fronte dei risarcimenti pagati dagli assicuratori ai danneggiati per i sinistri denunciati nel corso di copertura assicurativa ed, in buona sostanza, è configurabile come una sorta di "fondo" da versare alla Società assicuratrice ad integrazione del premio annuo pagato inizialmente, fondo che verrà utilizzato solamente nel caso si verificano sinistri e nella misura in cui gli stessi verranno pagati dagli assicuratori agli aventi diritto. La polizza a copertura RCT/RCO aziendale, infatti, nelle premesse prevede: " GESTIONE DEI SINISTRI E DELLE FRANCHIGIE..... la trattazione e definizione di ogni sinistro, debitamente denunciato alla Società, è condotta dalla stessa, con la cooperazione degli Uffici competenti della Contraente. Fermo restando ciò, gli Assicuratori avranno sempre il diritto esclusivo di determinare gli importi posti a riserva, le strategie di difesa e le proposte di offerte alla controparte. Resta inteso tra le Parti che gli Assicuratori sono tenuti ad acquisire, ove ciò sia richiesto da parte della Contraente, il preventivo consenso della stessa prima di provvedere alla definizione di qualsiasi indennizzo superiore ad €. 3.000,00 " ed ancora:" La Società s'impegna a risarcire ai danneggiati il danno intero al lordo d'ogni franchigia o scoperto eventualmente previsti in polizza, chiedendo preventiva autorizzazione..... per la definizione di ciascun sinistro d'importo superiore ad € 3.000,00=, restando inteso che la Contraente stessa avrà facoltà di richiedere alla



Società, che si impegna a fornirla, la documentazione inerente le proprie valutazioni medico-legali relative a detti sinistri".

2. Pertanto la franchigia annua e la franchigia individuale per sinistro previste nella polizza a copertura RCT/RCO aziendale può essere essenzialmente considerata quale quota-parte aleatoria (relativamente aleatoria in quanto determinata nell'importo massimo) e differita (in quanto pagata soltanto al momento della liquidazione del danno) del premio annuo, da corrispondere alla Società assicuratrice dopo il pagamento dei sinistri ai danneggiati e, quindi, non comporta la segnalazione alla Corte dei Conti delle somme rimborsate a detta Società a questo titolo, salvo - ovviamente - che dall'esame del sinistro non si evidenzino profili di responsabilità tali da poter configurare sussistenza di "colpa grave" a carico dei dipendenti interessati e, comunque, non sopravvengano specifiche contrarie indicazioni da parte della suddetta Corte.

La segnalazione alla Corte dei Conti dei soli sinistri rientranti nella franchigia annua aggregata e nella franchigia individuale per sinistro verrebbe, infatti, a creare, tra l'altro, una disparità di trattamento tra gli Assicurati coinvolti in questo tipo di sinistri e quelli coinvolti in eventi risarciti dalla Società assicuratrice dopo l'erosione di detta franchigia, per cui non verrebbe effettuata la segnalazione alla Corte (salvo anche per questi eventi che non sia chiaramente configurabile la sussistenza di "colpa grave").

3. Qualora invece dalla valutazione della CVS emergano elementi di responsabilità tali da poter configurare la sussistenza di "colpa grave" a carico dei dipendenti interessati, ne verrà dato atto formalmente nel verbale della seduta, motivandone e documentandone le risultanze, che verranno trasmesse alla Direzione generale ed alla S.C. Affari del Personale per gli adempimenti di competenza in merito alla segnalazione alla Corte dei Conti.

ART.5 Autonomia

1. La CVS ha piena autonomia e formula per iscritto proposte alla Direzione Generale.
2. Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario possono partecipare alle riunioni della CVS, assentandosi tuttavia nella fase decisionale per garantire l'autonomia della stessa.
3. I componenti della CVS sono tenuti al segreto sulle notizie di cui siano venuti in possesso in occasione dell'espletamento di detta funzione e che siano da ritenersi segrete o riservate ai sensi delle leggi vigenti.

ART.6 Gratuità degli incarichi

1. Gli incarichi di presidente, componente e segretario della CVS sono gratuiti.





2. Per i componenti dipendenti dell'Azienda la partecipazione alla CVS rientra fra gli obblighi di servizio.

GD/gd
Assicurativo/Risk Management/regol CVS 22.12.2010