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

Contraente

ASST PAVIA

Viale Repubblica, 34

27100 – Pavia (PV)

P.IVA 02613080189

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

SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles con sede in:
18 rue Edouard Rochet – 69372 LYON CEDEX 08 - Francia
Mutua assicuratrice a contributo fisso ai sensi del Code des Assurances
Iscrizione registro imprese francese di Lyon n. 779 860 881
partita I.V.A. (intracomunitaria): FR 79779860881
e con Sede Secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia in:
Via Carlo Imbonati n. 18 – 20159 MILANO
n. iscrizione registro imprese IVASS I.00128
Codice fiscale: 97843200581

DURATA DELLA COPERTURA:
dalle ore 24.00 del 31/12/2022 alle ore 24.00 del 31/12/2027

FRAZIONAMENTO:
Semestrale

INDICE:

1. OGGETTO 4
2. DEFINIZIONI 5
3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE 7
3.1 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI 7
Art.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA 7
Art.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE 7
Art.3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO 8
Art.4 TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI 8
Art.5 GESTIONE DELLA POLIZZA 8
Art.6 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE 9
Art.7 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO – BUONA FEDE - DIMINUZIONE DEL RISCHIO 9
Art.8 REVISIONE DEI PREZZI E DI CONDIZIONI CONTRATTUALI 10
Art.9 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA 10
Art.10 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI 10
Art.11 ONERI FISCALI 10
Art.12 FORO COMPETENTE 10
Art.13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 10
Art.14 TRATTAMENTO DEI DATI 11
Art.15 COASSICURAZIONE E DELEGA 11
Art.16 CONTEGGIO DEL PREMIO 11
3.2 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO 11
Art.17 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO 11
Art.18 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI E PERITALI 12
Art.19 ACQUISIZIONE POLIZZE 13
Art.20 LEGITTIMAZIONE 13
Art.21 PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO 13
Art.22 RECESSO IN CASO DI SINISTRO 14
Art.23 DIRITTO DI RIVALSA 14
Art.24 RENDICONTO 14
4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS) 15
5. ATTIVITA' E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO 15

6. MASSIMALI ASSICURATI 16
7. SELF INSURED RETENTION (SIR) 16
8. RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGREGATI 16
9. RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA 17
Art.1 DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ 17
Art.2 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCT) 17
Art.3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA (RCO) 17
Art.4 MALATTIE PROFESSIONALI 17
Art.5 RIVALSA INPS 18
Art.6 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA 18
Art.7 SINISTRO IN SERIE 19
Art.8 ESCLUSIONI 19
Art.9 NOVERO DI TERZI 20
Art.10 RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E PERSONALE DEI DIPENDENTI E NON 21
Art.11 ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE DEL PERSONALE DIPENDENTE E NON 21
Art.12 RESPONSABILITÀ COME DA D.LGS. N. 81/2008 21
Art.13 DETENZIONE ED USO DI FONTI RADIOATTIVE 22
Art.14 COMMITTENZA GENERICA INCLUSA GUIDA DEI VEICOLI 22
Art.15 DISTRIBUZIONE ED UTILIZZAZIONE DEL SANGUE E DEI SUOI PREPARATI O DERIVATI 22
Art.16 DANNI DA INCENDIO 22
Art.17 DANNI DA INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ 22
Art.18 INQUINAMENTO ACCIDENTALE 23
Art.19 PROPRIETÀ, CONDUZIONE E LOCAZIONE DEI FABBRICATI E IMPIANTI 23
ART.20 PROPRIETÀ ED USO MACCHINARI 23
Art.21 COSE IN AMBITO LAVORI 23
Art.22 DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO 23
Art.23 LEGGE SULLA PRIVACY 23
Art.24 SPERIMENTAZIONE CLINICA 24
Art.25 COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA 25
Art.26 RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO 25
Art.27 VALIDITÀ TERRITORIALE 25
10. LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO 26
PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI SOPRA SIR E DEI SINISTRI C.D. "BORDER LINE" E PER LA GESTIONE DELLA MEDIAZIONE. 27

CLAUSOLE VESSATORIE 36

1. OGGETTO

Il presente documento costituisce il contratto di assicurazione per il servizio di copertura assicurativa dei rischi di Responsabilità Civile verso Terzi e verso Prestatori d'Opera.

Resta inteso tra le Parti che all'eventuale modifica dell'assetto aziendale facente capo alla Contraente, a seguito di eventuali nuove riforme socio sanitaria del Sistema Regionale Lombardo che ne alterino l'attuale assetto, conseguirà l'impegno della Società, anche in deroga dell'articolo 7 che segue (DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – MODIFICHE DEL RISCHIO – BUONA FEDE – DIMINUZIONE DEL RISCHIO) di rappresentare, entro i 30 giorni successivi alla ricezione delle necessarie informazioni sulla modifica del rischio nei medesimi termini utilizzati in fase di indizione della procedura di gara oggetto della presente polizza, i parametri ritenuti necessari alla modifica del perimetro di operatività della garanzia così come necessaria a seguito del riassetto di cui sopra. In assenza di un riscontro da parte della Società nel termine di 30 giorni dal ricevimento della documentazione così come più sopra definita, resta inteso tra le Parti che la garanzia si intenderà estesa anche al nuovo assetto ferma la facoltà di riparametrare le condizioni economiche vigenti. Al ricevimento dei nuovi termini resta ferma la facoltà della Contraente di manifestare propria accettazione che, se pervenuta alla Società entro i 15 giorni successivi dall'invio dell'offerta da parte di quest'ultima, produrrà i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui la Contraente ha avanzato richiesta di estensione della garanzia. Ove, altresì, la Contraente non ritenesse di accettare i termini proposti la stessa avrà facoltà di non accettarli e mantenere la validità della garanzia nei termini ed alle condizioni di cui all'aggiudicazione della procedura di gara.

2. DEFINIZIONI

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

Assicurato/i	Il Contraente e qualsiasi altro soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione disciplinata dal presente documento.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Broker	L'eventuale Broker, se presente, al quale, per incarico conferito dal Contraente, può essere affidata la gestione dell'assicurazione.
Claims Made	Formula di operatività temporale dell'Assicurazione per cui le garanzie assicurative sono efficaci solo con riferimento alle Richieste di Risarcimento ricevute dall'Assicurato per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione, anche se conseguenti a fatti ed eventi pregressi, purché accaduti successivamente alla Data di Retroattività indicata al successivo art. 6 – Inizio e termine della garanzia
Contraente	L'Ente che stipulerà il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Cose	Sia i beni materiali, compresi i veicoli iscritti al PRA, sia gli animali.
CVS	Il Comitato Valutazione Sinistri costituito in conformità con quanto previsto dalla DGSanità di Regione Lombardia con la Circolare 46/SAN del 27.12.2004 e successive linee guida e disposizioni.
Danno	Il pregiudizio di natura patrimoniale e non patrimoniale addebitato all'assicurato in conseguenza di un fatto che abbia cagionato la morte, lesioni personali (intendendosi come tali anche la lesione del diritto alla salute ed all'integrità psico-fisica) o danni a cose.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Massimale	La massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualsiasi sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione e che sarà stipulata dall'Ente.
Premio	La somma annua dovuta dal Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate ai termini dell'assicurazione, pari ad un quinto del valore quinquennale al lordo delle imposte governative dichiarato dalla Compagnia aggiudicataria.
Prestatori d'opera	I soggetti retribuiti dal Contraente e dallo stesso obbligatoriamente assicurati presso l'I.N.A.I.L., anche durante lo svolgimento di attività libero professionale "INTRAMURARIA".
Periodo di decorrenza	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di scadenza della Polizza.

Periodo di assicurazione	Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza annuale.
Periodo di efficacia	Il periodo compreso tra la data di retroattività (se prevista) e la data di cessazione della Assicurazione.
Richiesta di risarcimento	Si intende: • qualsiasi comunicazione scritta inviata all'Assicurato che attribuisce allo stesso la responsabilità per un danno; • qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni inviata anche tramite un organismo di mediazione ex D. Lgs. 4 marzo 2010 n° 28 ss.mm.ii e/o tramite l'invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (DL 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione; • qualsiasi citazione in giudizio, compresi i provvedimenti di Accertamento Tecnico Preventivo non Ripetibile ex art. 360 del c.p.p., e/o Accertamento tecnico preventivo ex artt. 696 e 696 bis c.p.p.. E' parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di indagine da parte delle Autorità competenti, anche nei confronti di ignoti, in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui l'Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta e/o qualsiasi atto introduttivo in un procedimento giudiziario.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto	La percentuale del danno a carico esclusivo dell'Assicurato.
Self Insured Retention - SIR	L'importo che l'assicurato tiene a proprio carico per ciascun sinistro, anche in termini di gestione ove il sinistro rientri integralmente in tale importo, e che non interessa in alcun modo la garanzia assicurativa.
Sinistro RCT	La ricezione di una richiesta di risarcimento da chiunque avanzata nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente.
Sinistro RCO	La formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale; la formale notifica al Contraente e/o ad un Assicurato dell'apertura di un procedimento penale; la ricezione di una richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS; la ricezione da parte del Contraente e/o di un Assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.
Sinistro in serie	Più richieste di risarcimento pervenute all'Assicurato provenienti da soggetti terzi in conseguenza di una pluralità di danni e riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, od a più atti, errori od omissioni tutti riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica, le quali tutte saranno considerate come un unico sinistro.

Società	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che si impegna ad assumere l'assicurazione disciplinata dal presente documento.

3. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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

3.1 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI

Art.1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - PROROGA - DISDETTA

La polizza che verrà stipulata dall'Ente a seguito della presente procedura di gara ha una durata di **60 (sessanta)** mesi a partire dalle ore 24.00 della data di decorrenza, con scadenza anniversaria prevista ogni 12 (dodici) mesi. Alla data di scadenza della polizza quest'ultima si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È comunque nella facoltà delle Parti di disdettare l'assicurazione alla scadenza anniversaria, mediante disdetta da inviare tramite Raccomandata A/R, spedita almeno **180 (centoottanta)** giorni prima della scadenza anniversaria.

Alla scadenza della polizza stipulata dall'Ente è facoltà del Contraente richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo **180 (centoottanta)** giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore ed il relativo rateo di premio calcolato per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

E' facoltà del Contraente, nell'eventualità dovessero intervenire disposizioni normative e/o regolamentari che alterino sostanzialmente il rischio così come rappresentato in fase di gara e/o impongano la necessità di aderire ad altre soluzioni diverse dalla presente, recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di **180 (centottanta giorni)**, indipendentemente dalla scadenza annuale di cui sopra, fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art.2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo rateo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro le ore 24.00 dell'ultimo giorno del trimestre successivo, cd. *termine di mora,* calcolato a partire dall'ultimo giorno del mese in cui ha effetto la polizza (es. Effetto polizza: ore 24.00 del 31.12.2022 ➔ Mora pagamento premio: ore 24.00 del 31.03.2023; Effetto polizza: ore 24.00 del 22.01.2023 ➔ Mora pagamento premio: ore 24.00 del 30.04.2023).

Le **rate semestrali** di premio devono essere pagate rispettivamente:

- entro l'ultimo giorno del trimestre successivo calcolato a partire dall'ultimo giorno del mese in cui ha effetto il periodo assicurativo annuo della polizza (es. Effetto periodo assicurativo annuo della polizza: ore 24.00 del 31.12.2022 ➔ Mora pagamento premio: ore 24.00 del 31.03.2023; Effetto periodo assicurativo annuo della polizza: ore 24.00 del 22.01.2023 ➔ Mora pagamento premio: ore 24.00 del 30.04.2023;
- entro l'ultimo giorno del trimestre successivo calcolato a partire dall'ultimo giorno del mese in cui scade la rata della seconda semestralità della polizza (es. Scadenza rata della seconda semestralità della polizza: ore

24.00 del 30.06.2023 ➔ Mora pagamento premio: ore 24.00 del 30.09.2023; Scadenza rata della seconda semestralità della polizza: ore 24.00 del 31.12.2023 ➔ Mora pagamento premio: ore 24.00 del 31.03.2024).

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

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

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

Art.3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

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

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

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

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

Art.4 TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI

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

Art.5 GESTIONE DELLA POLIZZA

Premesso che il presente contratto ha una durata di **60 (sessanta)** mesi dalla relativa data di decorrenza, il Contraente ha affidato la gestione del presente contratto ad AON Spa in qualità di broker.

La remunerazione del broker è prevista nella misura del 1,74% sul premio imponibile.

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

Resta inteso tra le Parti che al Broker cui il Contraente ha assegnato tale incarico è affidata la gestione e l'esecuzione della relativa polizza stipulata.

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

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

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

Art.6 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

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

Trascorso infruttuosamente tale termine senza che la Società abbia adempiuto al proprio impegno sarà facoltà della Contraente concedere ulteriori 30 giorni o recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di **180 (centottanta giorni),** fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Nel caso in cui, altresì, le nuove condizioni proposte dalla Società non dovessero essere ritenute adeguate dalla Contraente in funzione del nuovo stato di rischio e non sia stato possibile trovare un accordo condiviso entro il termine dei 60 giorni di cui sopra eventualmente integrato con gli ulteriori successivi 30 giorni, sarà facoltà della Contraente recedere dal presente contratto mediante lettera raccomandata da inviare con preavviso di **180 (centottanta giorni),** fermo il diritto al rimborso del premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Art.8 REVISIONE DEI PREZZI E DI CONDIZIONI CONTRATTUALI

Ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettera a), DL 27 gennaio 2022 n. 4, in caso di un aggravamento di rischio, in ossequio al sopra riportato articolo 7, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo sulla base di dati oggettivi, la stessa potrà segnalare alla Contraente tale circostanza presentando la necessaria documentazione e richiedere motivatamente la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali, limitatamente a SIR/franchigie, scoperti, limiti e sottolimiti di risarcimento.

La Contraente, entro **30 (trenta)** giorni dalla ricezione della proposta di revisione, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, riscontra quanto sopra formulando, eventualmente, una propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvederà alla modifica del contratto a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva, in mancanza, la Società può recedere dal contratto con le modalità previste all'art.1 che precede.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di **180 giorni**.

Il Contraente contestualmente provvede come previsto all'articolo 1 che precede.

Art.9 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

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

Art.10 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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

Art.11 ONERI FISCALI

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

Art.12 FORO COMPETENTE

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

Resta fermo che per il tentativo obbligatorio di conciliazione di cui al D.Lgs. 28 del 2010 e s.m.i. per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente un Organismo che

- abilitato a norma di legge a svolgere la mediazione ed istituito presso il tribunale e/o i consigli degli ordini professionali e/o la camera di commercio - abbia sede, a scelta del Contraente, esclusivamente, nella medesima provincia dello Stesso".

Art.13 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art.14 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e del D. Lgs 196/03 e s.m.i. le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali, come meglio precisato al pertinente paragrafo del Disciplinare di gara.

Art.15 COASSICURAZIONE E DELEGA

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

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

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

Art.16 CONTEGGIO DEL PREMIO

Il premio annuo lordo, imposte governative incluse, che rimarrà fisso ed invariato per ogni annualità di durata della polizza e non sarà comunque soggetto ad alcuna regolazione del premio, è 1.342.305,00 €[1], pari ad un quinto del valore quinquennale al lordo delle imposte governative offerto dalla Società.

3.2 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art.17 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO – DENUNCIA DEL SINISTRO

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

Il Contraente e/o l'Assicurato ha l'obbligo di avviso, entro il termine di cui sopra, sia per quanto riguarda la garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) che la garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'Opera (R.C.O.).

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

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura inferiore alla Self Insured Retention (SIR), sarà obbligo di quest'ultimo fornire mensilmente alla Società un file in

[1] Inserito conformemente all'Offerta economica presentata in sede di gara

formato elettronico Microsoft Excel, o altro supporto informatico purché editabile, riassuntivo dei nuovi sinistri ricevuti con indicazione delle seguenti informazioni:

1. Cognome e Nome della Controparte;
2. Data dell'Evento;
3. Data della Richiesta;
4. Unità di Rischio in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
5. Descrizione dell'Evento con indicazione della dinamica dell'evento, della potenziale lesione e della menomazione/danno;
6. Prima Stima Economica.

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

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

La procedura per la gestione dei sinistri sopra SIR e dei sinistri c.d. "border line" e per la gestione della mediazione di cui sopra, a seguito di offerta migliorativa, segue quanto indicato al successivo capitolo "Procedura per la gestione dei sinistri sopra SIR e dei sinistri c.d. "Borderline" e per la gestione della mediazione"[2].

Art.18 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO – SPESE LEGALI E PERITALI

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

Al ricevimento di una eventuale domanda di mediazione, il Contraente è tenuto ad informare tempestivamente la Società ed a fornire nei tempi più rapidi la documentazione necessaria per consentire la corretta ed esaustiva istruzione del sinistro utile alla condivisione tra le Parti circa l'opportunità o meno di aderire alla domanda. Le Parti saranno tenute, per quanto di propria pertinenza, ad adottare - entro i termini utili ad evitare pregiudizi - ogni iniziativa necessaria all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione.

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

Resta convenuto tra le Parti che nei casi in cui, in base alla polizza, il Contraente e/o l'Assicurato abbiano diritto all'assistenza legale e peritale, la Società è tenuta a fornire al Contraente e/o Assicurato, mediante comunicazione

[2] Inserito conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara

scritta ed entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa, gli estremi del legale incaricato per la gestione della vertenza nonché, ove necessario, di eventuali tecnici (periti/medici legali).

La Società si impegna a condividere con la Contraente la nomina della rosa di professionisti (legali e medico-legali), con esperienza nel settore sanitario, fra i quali l'Ente, nei casi in cui in base alla polizza vi è il diritto all'assistenza legale e peritale, può scegliere un legale ed un perito di fiducia da designare (facoltà di nomina da parte dell'Ente della propria rosa di professionisti) [3].

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

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

La Società non risponde di multe o ammende.

Art.19 ACQUISIZIONE POLIZZE

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

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

Art.20 LEGITTIMAZIONE

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

Art.21 PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO

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

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

[3] Inserito conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara

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

Art.22 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

L'articolo non si applica alla presente polizza.

Art.23 DIRITTO DI RIVALSA

La Società conserva il diritto di rivalsa previsto ai sensi della vigente normativa:

- per i soli casi di dolo e di colpa grave accertata con sentenza passata in giudicato dell'Autorità competente, nei confronti del personale dipendente, ivi compreso il personale ad essi equiparato, per i quali esistano disposizioni/regolamenti tali per cui il Contraente non possa garantire, con oneri a proprio carico, la copertura assicurativa di tali eventi;
- per i soli casi di dolo, a meno che tale diritto non venga esercitato dal Contraente, nei confronti di altro personale non a rapporto di dipendenza e diverso da quello di cui sopra, del quale il Contraente si avvale o che collabori con lo stesso per lo svolgimento della propria attività.

Art.24 RENDICONTO

La Società si obbliga a fornire alla Contraente, alle scadenze del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre, di ogni anno, il dettaglio dei sinistri in formato elettronico Microsoft Excel, o altro supporto informatico purché editabile, così impostato:

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

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

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

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

4. COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI (CVS)

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

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

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

In seno al CVS il Contraente potrà informare la Società sullo stato del contenzioso rientrante nella SIR e gestito in autonomia dalla Contraente stessa. Alle sopra citate riunioni, a semplice richiesta del Contraente, la Società si impegna a garantire la presenza del proprio fiduciario medico legale.

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

Ove il Contraente ritenga necessaria la partecipazione al Comitato di 2 professionisti di sua scelta, quali ad esempio un legale e/o di un medico legale di propria fiducia, la Società si impegna a tenere a proprio carico le spese relative all'attività svolta da tali professionisti pari, per ciascun anno di durata della presente polizza, ad **€ 10.000,00 (diecimila/00) lordi, inclusi Iva e Cpa ove applicabile, pro-capite.**

Fermo il limite massimo di spesa di cui sopra, la Società si rende inoltre disponibile a tenere a proprio carico le spese relative a consulenze esterne di altri diversi professionisti purché il ruolo e l'attività del professionista siano documentati e preventivamente comunicati e condivisi dalla Compagnia.

La modalità di corresponsione di tali importi avverrà tramite richiesta da parte della Contraente oppure da parte del singolo professionista incaricato dalla stessa.

5. ATTIVITA' E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

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

6. MASSIMALI ASSICURATI [4]

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

Qualora la garanzia venga prestata per una pluralità di Assicurati, il massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda di risarcimento resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro.

7. SELF INSURED RETENTION (SIR)

Resta convenuto tra le Parti che la garanzia prestata dalla presente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento sia pari o superiore all'importo della Self Insured Retention (SIR), **valore SIR €250.000,00[5],** ad esclusione dei sinistri relativi alla garanzia Responsabilità Civile verso Prestatori d'opera (R.C.O.) nonché ai sinistri di cui alla garanzia disciplinata dai successivi art. 24 "Sperimentazione clinica" e art. 25 "Comitato Etico e Commissione Tecnico Scientifica".

I sinistri che non superino il sopra citato importo saranno direttamente gestiti dal Contraente che non avrà alcun obbligo di comunicazione nei confronti della Società; resta, tuttavia, convenuto tra le Parti che, a semplice richiesta e con un preavviso di n. **10 (dieci)** giorni lavorativi, è facoltà della Società effettuare un audit presso il Contraente al fine di analizzare le posizioni di sinistro non denunciate da quest'ultima in quanto ritenute potenzialmente contenute nell'importo della SIR.

Nel caso in cui la Società ritenga che il valore di uno o più sinistri possa superare l'importo della SIR, la stessa si riserva di chiedere una valutazione al CVS al fine di ottenere l'affidamento di tali posizioni. In tal caso il Contraente si impegna, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della richiesta, a denunciarli con le modalità stabilite nei precedenti articoli.

Resta inteso tra le Parti che ove un sinistro si riferisca al medesimo soggetto danneggiato - ancorché derivante da più atti, errori od omissioni tutti consequenziali e dunque riconducibili ad una medesima causa eziopatogenetica – ma interessi la garanzia assicurativa prestata da più polizze aggiudicate a seguito della procedura avente ad oggetto anche il presente contratto, nonché tutte le precedenti edizioni della presente iniziativa sarà applicata una sola Self Insured Retention (SIR) essendo il sinistro considerato come riconducibile ad un unico evento dannoso.

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

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

8. RIPARAMETRAZIONE IMPORTI AGGREGATI

Ove alla data di scadenza la polizza continuasse ad esplicare i propri effetti a seguito di proroga o ripetizione del servizio, la massima esposizione della Società relativamente a tutte le richieste di risarcimento conseguenti a fatti

[4] Valori inseriti conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara.
[5] Valore inseriti conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara.

ricadenti nel periodo di retroattività sarà proporzionalmente riparametrata in funzione di 1/1.800 per ciascun giorno intercorrente tra la data di scadenza e la nuova scadenza della polizza.

9. RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI E VERSO PRESTATORI D'OPERA

Art.1 DISCIPLINA DELLA RESPONSABILITÀ

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

– dalla fonte giuridica invocata;

– dall'autorità ritenuta competente in conformità alla legge applicabile, sia quindi essa civile, amministrativa, penale e/o arbitrale.

Art.2 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (RCT)

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, di quanto questi sia tenuto a pagare, a titolo di risarcimento (Capitale, Interessi e Spese), quale civilmente responsabile ai sensi di legge, per i danni involontariamente cagionati a Terzi, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione all'attività svolta.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare al Contraente e/o Assicurato da fatto colposo e/o doloso di Persone delle quali o con le quali debba rispondere, anche ai sensi dell'art. 7, della Legge 8 marzo 2017, n. 24, che a qualunque titolo si trovano ad operare presso le strutture del Contraente.

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

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

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

L'Assicurazione R.C.O. è efficace alla condizione che, al momento del sinistro, l'Assicurato sia in regola con gli obblighi dell'assicurazione di legge.

L'Assicurazione conserva tuttavia la propria validità anche se l'Assicurato non è in regola con gli obblighi di cui sopra in quanto ciò derivi da inesatta od erronea interpretazione delle norme di legge vigenti in materia o da involontaria omissione della segnalazione preventiva di nuove posizioni I.N.A.I.L..

Art.4 MALATTIE PROFESSIONALI

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

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

La garanzia relativa alle malattie professionali non è operante:

1) per i Prestatori d'opera per i quali si sia manifestata ricaduta di malattia professionale precedentemente indennizzata o indennizzabile;

2) per le malattie professionali conseguenti:

– alla intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di legge, da parte del Legale Rappresentante della Contraente;

– alla intenzionale mancata prevenzione del danno, da parte del Legale Rappresentante della Contraente, per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni;

– alla lavorazione e/o esposizione all'amianto (asbestosi e silicosi) o di/a qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o natura l'amianto o, ancora, di/a campi elettromagnetici;

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

Art.5 RIVALSA INPS

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

Per i prestatori di lavoro soggetti alla legislazione di San Marino la garanzia vale anche per la rivalsa dell'I.S.S.

Art.6 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

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

- **alle ore 24.00 del 01.02.2002**[6] per tutte le strutture facenti capo all'Azienda Ospedaliera così come costituita fino al 31.12.2015 - data di effetto della Legge Regionale 23/2015 – a seguito della quale è stata costituita la Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza. Resta altresì inteso tra le Parti che, limitatamente ai fatti posti in essere in realtà/presidi che per effetto della citata Legge Regionale sono afferiti ad Aziende Socio Sanitarie Territoriali diverse dalla Contraente, la garanzia esplica la sua operatività solo ed esclusivamente per i fatti posti in essere nel periodo intercorrente tra la data di retroattività sopra richiamata ed il 31.12.2015;
- **alle ore 24 del 31.12.2015** per tutte le altre realtà/presidi afferite alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale Contraente della presente polizza da altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale per effetto della Legge Regionale 23/2015 e ss.mm.ii.;

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

[6] Inserito conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara

Resta inteso tra le Parti che, limitatamente ai soli sinistri originati da fatti posti in essere nei citati periodi antecedenti la data di effetto della presente polizza, l'esposizione massima della Società non potrà essere complessivamente superiore, per l'intera durata della presente polizza, ad **€ 35.000.000,00** (trentacinquemilioni/00)[7].

Art.7 SINISTRO IN SERIE

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

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

Per ogni "Sinistro in Serie" così come sopra inteso, la Società non sarà tenuta a rispondere per una somma maggiore per sinistro di **€ 35.000.000,00 (**trentacinquemilioni /00)[8] indipendentemente dal numero di persone coinvolte e del numero di periodi di assicurazione in cui le richieste di risarcimento siano pervenute.

Art.8 ESCLUSIONI

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

a) conseguenti a detenzione e/o impiego di esplosivi;

b) conseguenti ad atti di terrorismo e sabotaggio, nonché per i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, atti vandalici, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare ed invasione;

c) conseguenti a detenzione e/o impiego o comunque connessi con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche provocata artificialmente, ad eccezione, però, dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico, terapeutico e scientifico;

d) derivanti da campi elettromagnetici ad eccezione, però, dei danni derivanti dall'impiego di apparecchiature specifiche a scopo analitico, diagnostico e terapeutico;

e) derivanti direttamente o indirettamente, anche se parzialmente, da asbesto e qualsiasi sostanza contenente asbesto, nonché da amianto o da una qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'amianto;

f) derivanti da utilizzo o contaminazione con organismi geneticamente modificati"; devono altresì ritenersi garantiti i danni derivanti dall'applicazione di Terapie Avanzate che prevedano l'utilizzo di organismi geneticamente modificati che abbiano ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione da parte dell'EMA e tali da poter essere utilizzate nell'ambito delle attività istituzionali della struttura sanitaria;

g) conseguenti ad intenzionale violazione di legge, errori, omissioni o ritardi nel compimento di atti amministrativi, salvo che dagli stessi non derivino morte, lesioni personali e/o danni a cose;

h) conseguenti a richieste di carattere penale quali multe, ammende o sanzioni di natura punitiva, incluso "punitive and exemplary damages";

[7] Inserito conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara
[8] Inserito conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara

i) conseguenti a trabocco o rigurgito di fognature, salvo quelli conseguenti a rottura improvvisa e accidentale di tubazioni e/o condutture, nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio, muffe e, in genere, da insalubrità dei locali.

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

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

k) per i quali è obbligatoria l'assicurazione Responsabilità Civile Autoveicoli ai sensi del Decreto Legislativo n. 209 del 7 settembre 2005 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione;

l) derivanti dall'impiego di aeromobili, nonché di navigazione di natanti a motore;

m) da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona non abilitata a norma delle disposizioni in vigore e che, comunque, non abbia compiuto il 16° anno di età;

n) alle opere in costruzione e a quelle sulle quali si eseguono i lavori;

o) alle cose trasportate su mezzi di trasporto;

p) da implantologia di protesi all'anca "metal on metal" qualora il danno lamentato sia riconducibile ad un vizio intrinseco del prodotto; la presente esclusione non esplica i suoi effetti per i danni riconducibili, in tutto o in parte, alla responsabilità del Contraente/Assicurato e direttamente imputabili alla prestazione dallo stesso erogata;

q) derivanti da inquinamento dell'acqua, dell'aria, del suolo e dell'ambiente in genere che non siano diretta conseguenza di rottura accidentale di impianti e condutture di pertinenza dell'Assicurato, causata da evento improvviso, repentino ed accidentale;

r) danni di natura estetica e fisionomica, conseguenti a interventi di chirurgia estetica. Devono invece ritenersi inclusi in garanzia:

– i danni di natura estetica determinati da errore tecnico nell'intervento, qualora non derivanti dalla mancata rispondenza dell'intervento con l'impegno di risultato assunto dall'Assicurato,

– i danni di natura estetica conseguenti ad interventi di chirurgia ricostruttiva, nonché quelli di chirurgia riparatrice di lesioni funzionali infortunistiche o restauratrice di cicatrici postoperatorie;

s) In deroga a qualsiasi previsione esplicitamente o implicitamente contraria contenuta nella presente polizza, la Società non presta alcuna copertura assicurativa o riconosce alcun pagamento o fornisce alcuna prestazione o beneficio correlati all'assicurazione a favore di qualsiasi Contraente, assicurato, beneficiario o di terzi qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività di tali soggetti violasse una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile in materia di sanzioni economiche e commerciali previste da risoluzioni delle Nazioni Unite, o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea.

Art.9 NOVERO DI TERZI

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

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

Art.10 RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E PERSONALE DEI DIPENDENTI E NON

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

– tutti i dipendenti e del personale ad essi equiparato, ai sensi delle normative vigenti, esercenti la professione sanitaria e non, del Contraente, anche qualora svolgano la propria attività professionale presso altre strutture, in forza di accordi o convenzioni stipulate dal Contraente stessa nonché attraverso la telemedicina;

– esercenti la professione sanitaria o altro personale non a rapporto di dipendenza, qualora sussista per legge l'obbligo di copertura con oneri a carico del Contraente;

– volontari, appartenenti o non, ad Associazioni di volontariato, e/o soggetti terzi appositamente incaricati dal Contraente per le attività di natura assistenziale non rientrando, tra le stesse, le attività di natura sanitaria;

– esercenti la professione sanitaria e non o altro personale non a rapporto di dipendenza che prestino a qualsiasi titolo la propria opera in nome e per conto del Contraente, quand'anche a titolo gratuito, tra cui a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, medici in formazione specialista, medici specialisti ambulatoriali, assegnatari di borse di studio, tirocinanti, specializzandi, etc.; la presente garanzia non dovrà ritenersi tuttavia operante in funzione della applicabilità di norme di legge in vigore e/o in funzione di specifici accordi, ferma in ogni caso l'operatività della polizza per la responsabilità in capo al Contraente.

Resta comunque inteso che qualunque attività clinica e/o chirurgica svolta da esercenti la professione sanitaria o altro personale non a rapporto di dipendenza dovrà essere preventivamente autorizzata dal Contraente. Per l'individuazione degli Assicurati e la loro entrata o cessazione dalla garanzia, che avverrà comunque senza necessità di preventiva comunicazione alla Società, si farà riferimento alla formale evidenza interna (atti, registrazioni e contratti) di cui il Contraente s'impegna a fornire copia a semplice richiesta della Società. Si conviene inoltre tra le Parti che la garanzia sarà operante ancorché, al momento in cui emerga il sinistro, gli Assicurati di cui sopra non prestino più la propria attività in favore del Contraente.

La garanzia in esame sarà operante anche per i danni cagionati a Terzi dai Pazienti incapaci di intendere e di volere, anche di fatto ed anche in forma temporanea, annoverando nella qualifica di Terzi anche il personale che sia direttamente incaricato della loro sorveglianza.

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

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

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile professionale e personale, ancorché tali soggetti non siano più in organico al Contraente al momento in cui emerga il sinistro, di tutto il personale dipendente del Contraente che, in forza della vigente normativa ed eventuali modifiche ed integrazioni, svolga l'attività libero professionale intra-moenia anche allargata.

La garanzia opera anche a favore del personale non dipendenti a ciò debitamente autorizzati.

Art.12 RESPONSABILITÀ COME DA D.LGS. N. 81/2008

L'Assicurazione comprende la responsabilità civile derivante dell'Assicurato per fatto del personale dipendente, nonché quella personale in capo al personale dipendente stesso nello svolgimento delle loro mansioni contrattuali, comprese quelle previste ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81.

Art.13 DETENZIONE ED USO DI FONTI RADIOATTIVE

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

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

Art.14 COMMITTENZA GENERICA INCLUSA GUIDA DEI VEICOLI

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

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

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

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

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

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

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.16 DANNI DA INCENDIO

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

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

La Società indennizzerà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.17 DANNI DA INTERRUZIONE DI ATTIVITÀ

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo - Oggetto dell'assicurazione Responsabilità Civile Verso Terzi (RCT) e verso Prestatori d'Opera (RCO), l'Assicurazione comprende i danni derivanti da interruzione o sospensione, parziale o

totale, di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi purché conseguenti a sinistro indennizzabile a termini di polizza.

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

Art.18 INQUINAMENTO ACCIDENTALE

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

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

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

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

Art.19 PROPRIETÀ, CONDUZIONE E LOCAZIONE DEI FABBRICATI E IMPIANTI

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

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

ART.20 PROPRIETÀ ED USO MACCHINARI

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

Art.21 COSE IN AMBITO LAVORI

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

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

Art.22 DANNI A MEZZI SOTTO CARICO E SCARICO

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

Art.23 LEGGE SULLA PRIVACY

A parziale deroga di quanto previsto all'Articolo - Oggetto Dell'assicurazione Responsabilità Civile Verso Terzi (R.C.T.) e verso Prestatori d'Opera (R.C.O.), la Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a

pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, anche per perdite patrimoniali (intese, queste ultime, come il pregiudizio economico che non sia conseguenza di lesioni personali o morte o danneggiamenti a cose) involontariamente cagionate ai Terzi in conseguenza di una non intenzionale violazione degli obblighi di legge in relazione al trattamento dei dati personali nonché da inosservanza del Regolamento UE n. 679/2016, siano essi comuni che sensibili. La garanzia è operativa a condizione che il trattamento di tali dati sia strettamente strumentale allo svolgimento delle attività istituzionali del Contraente. La presente estensione non vale:

– per il trattamento di dati aventi finalità commerciali;

– per la volontaria diffusione e il trasferimento dei dati personali ad altri soggetti in violazione alle disposizioni di legge;

– per le multe e le ammende inflitte direttamente alla Contraente od alle persone del cui operato la stessa debba rispondere.

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

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 4.000.000,00 (quattromilioni/00)**[9]per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.24 SPERIMENTAZIONE CLINICA

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

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

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

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

Resta comunque esclusa la mancata rispondenza terapeutica della sperimentazione.

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con il massimo indennizzo di **€ 4.500.000,00 (quattromilionicinquecentomila/00** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

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

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

[9] Inserito conformemente all'Offerta tecnica presentata in sede di gara

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

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

Art.25 COMITATO ETICO E COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA

La copertura assicurativa è estesa alla responsabilità civile personale dei soggetti componenti il Comitato Etico Interaziendale così come previsti dal Decreto DG Salute Regione Lombardia n. 5493 del 25.06.2013 "Riorganizzazione dei Comitati Etici della Regione Lombardia – Approvazione delle linee guida per l'Istituzione e funzionamento" e s.m.i., per danni cagionati ai soggetti sottoposti a sperimentazione, terapia di medicina complementare, studi osservazionali, studi per il miglioramento della pratica, protocolli nei quali vi sia una terapia compassionevole per uso terapeutico purché l'attività sia svolta secondo le normative, leggi, regolamenti o disposizioni tecniche vigenti.

La garanzia non comprende i danni imputabili alla responsabilità degli Sperimentatori e dei Promotori delle sperimentazioni ed i danni imputabili a vizio del consenso, esclusivamente qualora il consenso informato sia considerato non "validamente prestato" ai sensi della vigente normativa.

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

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

La Società risarcirà tali danni nel limite del massimale assicurato e comunque con un limite di indennizzo pari a **€ 5.000.000,00 (cinquemilioni/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione.

Art.26 RITARDATO E/O OMESSO SOCCORSO

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

Art.27 VALIDITÀ TERRITORIALE

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

L'assicurazione RCO è operante per i danni che avvengano nel Mondo intero.

10. LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO

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

RCT/O	**Limiti indennizzo**
Massimale per Sinistro	€ 20.00.000,00
Massimale Aggregato	€ 40.000.000,00
Massimale Aggregato per retroattività	€ 35.000.000,00
Massimale per Sinistro in serie	€ 35.000.000,00
Distribuzione ed utilizzazione del sangue	€ 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da incendio	€ 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da interruzione di attività	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Danni da inquinamento accidentale	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Cose in ambito lavori	€ 3.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Legge sulla privacy	€ 4.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Sperimentazione Clinica	€ 4.500.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione
Comitato Etico	€ 5.000.000,00 per uno o più sinistri verificatisi nel periodo di assicurazione

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI SINISTRI SOPRA SIR E DEI SINISTRI C.D. "BORDER LINE" E PER LA GESTIONE DELLA MEDIAZIONE.

Art. 1 Oggetto e Scopo

Oggetto del presente documento è la definizione di una procedura per la Gestione dei Sinistri, in coerenza con le strategie aziendali adottate in ordine alla gestione ed al trasferimento del rischio nonché con gli indirizzi individuati in materia da Regione Lombardia, unitamente alla identificazione delle professionalità coinvolte e degli strumenti operativi a disposizione.

Art. 2 Definizione e Gestione dei Flussi Interni

Posto che il testo normativo recepisce le indicazioni regionali fornite dalla DG Welfare, si evidenzia che per "Sinistro" deve intendersi il ricevimento da parte della Contraente o dell'Assicurato di una "Richiesta di risarcimento", intendendosi con tale termine:

- qualsiasi comunicazione scritta inviata all'Assicurato che attribuisce allo stesso la responsabilità per un danno;
- qualsiasi comunicazione scritta di richiesta danni inviata anche tramite un organismo di mediazione ex D. Lgs. 28/2010 ss.mm.ii e/o tramite l'invito a stipulare la convenzione di negoziazione assistita (D.L. 132/2014 convertito dalla Legge 162/2014), in relazione a danni per i quali è prestata l'Assicurazione;
- qualsiasi citazione in giudizio, compresi i provvedimenti di Accertamento Tecnico Preventivo non Ripetibile ex art. 360 del C.P.P., e/o Accertamento tecnico preventivo ex artt. 696 e 696 bis C.P.P..

È parificata alla richiesta di risarcimento la formale notifica dell'avvio di indagine da parte delle Autorità competenti, anche nei confronti di ignoti, in relazione a danni per i quali è prestata l'assicurazione nel momento in cui l'Assicurato ne venga per la prima volta a conoscenza con comunicazione scritta e/o qualsiasi atto introduttivo in un procedimento giudiziario.

Alla luce di quanto sopra, così come riportato nella sezione "DEFINIZIONI", deve intendersi per:

SINISTRO RCT:

- *la formale richiesta di risarcimento (vds. definizione sopra riportata) da chiunque avanzata, nonché di azione di rivalsa esperita da qualunque Ente;*

SINISTRO RCO:

- *la formale notifica all'Azienda e/o ad un Assicurato dell'apertura di una inchiesta giudiziaria/amministrativa per un infortunio sul lavoro o per insorgenza di malattia professionale;*
- *la formale notifica all'Azienda e/o ad un Assicurato dell'apertura di un procedimento penale;*
- *la formale richiesta di risarcimento da parte di Enti di Previdenza/Assistenza quali l'INAIL e/o l'INPS;*

- la formale notifica all'Azienda e/o ad un Assicurato di una richiesta di risarcimento da parte del danneggiato o suoi legali e/o suoi aventi diritto.

La garanzia assicurativa esplica la sua operatività per tutte le richieste di risarcimento presentate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di efficacia della presente assicurazione in relazione a fatti colposi posti in essere durante il periodo di validità della stessa nonché per fatti colposi posti in essere in data non antecedente alle ore 24.00 del 01.02.2002.

Posto che la garanzia prestata della vigente polizza opera solo ed esclusivamente per i sinistri il cui risarcimento superi l'importo della Self Insured Retention (SIR) di € 250.000,00 (ad esclusione dei sinistri R.C.O. e quelli di cui alla garanzia "Comitato Etico e Commissione Tecnico Scientifica"), i sinistri che non superino tale importo saranno direttamente gestiti a proprie spese dalla Azienda che, fatto salvo quanto più avanti riportato nella presente procedura, avrà il solo obbligo di comunicazione nei confronti della Società disciplinato all'Articolo "Obblighi della Contraente e/o dell'assicurato – Denuncia del Sinistro" che precede.

Art. 3 Soggetti Interessati (di seguito Parti)

ASST Pavia (di seguito Azienda) costituita dalle strutture facenti capo alla stessa.

AON, il Broker al quale, per incarico conferito dall'Azienda, è affidata la gestione dell'assicurazione.

La Compagnia SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles, alla quale è stata aggiudicata la polizza, di seguito Società.

Art. 4 Fase di Apertura del Sinistro

Anche ai sensi dei vigenti CCNL la Società e la Azienda si adoperano per attivare modalità e sistemi di assistenza legale e medico-legale idonei a garantire, al verificarsi di un sinistro, il necessario supporto all'operatore interessato che dovrà collaborare attivamente alla valutazione delle cause oggetto del danno lamentato.

Al ricevimento della richiesta di risarcimento, così come individuata nella sezione "DEFINIZIONI" della presente polizza, l'Azienda ne valuta il contenuto e provvede, nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza (fatti salvi i termini di prescrizione), a trasmetterne copia alla Società, mettendo in conoscenza il Broker, oltre a tutti i sinistri inerenti alle garanzia R.C.O. e "Comitato Etico e Commissione Tecnico Scientifica", solo nel caso in cui (fatta salva diversa pattuizione tra le Parti) la richiesta di risarcimento non riguardi:

- danni materiali del valore inferiore o uguale ad € 250.000,00;
- lesioni personali espressamente quantificate da controparte in un importo inferiore o uguale ad € 250.000,00 (o diverso inferiore importo convenuto tra le Parti).

Nei casi ricadenti nelle due fattispecie sopra riportate, troverà immediata applicazione quanto previsto alla lettera A nel seguito esplicitata.

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

- Cognome e Nome della Controparte;

- Data dell'Evento;
- Data della Richiesta;
- Unità di Rischio in cui si verificato l'evento oggetto della richiesta di risarcimento;
- Descrizione dell'Evento con indicazione della dinamica dell'evento, della potenziale lesione e della menomazione/danno;
- Prima Stima Economica.

Sarà poi impegno del Contraente rappresentare alla Società, in occasione delle riunioni del CVS, l'aggiornamento delle posizioni riepilogate nelle diverse distinte dettagliate onde convenire con la Società stessa la quantificazione economica del potenziale danno.

Relativamente ai sinistri che non prevedano espressamente una quantificazione economica del danno lamentato, ma ai quali nei termini sopra indicati il Contraente sia invece in grado di attribuire una prima ragionevole quantificazione in misura superiore alla Self Insured Retention (SIR), la Contraente provvede, nel più breve tempo possibile e comunque entro 30 (trenta) giorni da quando l'Ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza (fatti salvi i termini di prescrizione), a trasmetterne copia alla Società, mettendo in conoscenza il Broker. In tal caso troverà applicazione quanto previsto alla lettera B nel seguito esplicitata.

Indipendentemente dall'esito che potrà avere la valutazione espletata dalla Società ai sensi di quanto previsto dal successivo punto B, l'Azienda provvede - nel più breve tempo possibile dal ricevimento della richiesta di risarcimento - all'acquisizione della documentazione che in funzione della specifica tipologia di sinistro risulta necessaria per la compiuta istruzione della pratica:

- documentazione sanitaria;
- cartella clinica;
- nominativi di tutti gli operatori sanitari interessati e relazioni degli stessi;
- relazione del primario e/o del direttore sanitario;
- relazione sullo stato dei luoghi (descrizione, foto dei luoghi, conformità alla normativa vigente);
- eventuali dichiarazioni testimoniali;
- relazioni in merito alla manutenzione del luogo del sinistro nonché indicazioni sulla competenza della stessa (se della Azienda o se di una ditta privata / esterna);
- in caso di caduta di pazienti ricoverati presso l'Azienda, relazione se gli stessi fossero sottoposti a prescrizioni particolari;
- relazione tecnica circa l'ultimo intervento di manutenzione sull'ascensore, sulle porte etc.;
- eventuale protocollo di gestione dei beni presi in consegna (danni o smarrimento beni materiali).

Contestualmente, nelle ipotesi di cui al successivo punto B, l'Azienda invia alla controparte, o al legale di quest'ultima:

comunicazione interlocutoria con cui si rende noto che la richiesta di risarcimento è stata ricevuta e che sono in corso le attività necessarie all'istruttoria della pratica con evidenza, qualora la richiesta di controparte risulti essere assolutamente generica, che non sarà possibile dar seguito alla gestione della pratica stessa qualora non venga circostanziato dal richiedente l'evento dedotto nella richiesta attorea;

- modulo che la controparte dovrà rendere firmato per l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (d.lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679), che contempli tra i soggetti autorizzati anche il Broker, la Società nonché tutti i professionisti che, per la compiuta gestione del sinistro, abbiano necessità di trattare la documentazione contenente tali dati;

Sulla base delle valutazioni effettuate circa la potenziale stima del danno lamentato, si procederà come segue:

A) qualora il potenziale risarcimento del danno risulti verosimilmente inferiore alla soglia della SIR (o diverso inferiore importo convenuto tra le Parti), l'Azienda procederà con la gestione diretta del sinistro (sostenendone integralmente i costi necessari/connessi) ed informerà la Società degli esiti conclusivi mediante il report periodico dei sinistri in SIR sopra citato. Resta fermo quanto previsto in polizza in ordine alla facoltà della Società di effettuare audit presso la Contraente al fine di analizzare lo stato delle relative posizioni così come impegno della Azienda di aggiornare periodicamente quest'ultima anche in occasione degli incontri del Comitato Valutazione Sinistri (CVS). Resta inteso tra le Parti che, ove nel corso della gestione del sinistro, dovesse emergere che la potenziale esposizione del risarcimento possa superare nel suo complesso l'importo della SIR, sarà obbligo dell'Azienda darne immediata comunicazione alla Società la quale – fermi i limiti e le condizioni previste in polizza - non potrà opporre alcuna eccezione in ordine alla strategia di gestione adottata ed ai tempi di denuncia del sinistro. Per il successivo prosieguo nella gestione, si procederà nei termini previsti dalla successiva lettera B e dalle disposizioni di polizza. Le spese fino a quel momento sostenute dall'Azienda, ove riconducibili a quelle previste in polizza nell'Articolo "Gestione delle Vertenze di Danno – Spese Legali e Peritali" e purché debitamente documentate, saranno rimborsate dalla Società entro i 90 giorni successivi al ricevimento da parte di quest'ultima della relativa documentazione.

B) qualora il potenziale risarcimento del danno sia superiore alla SIR, la Società procede all'apertura del sinistro inviando alla controparte o al legale di quest'ultima - ed alla Azienda e al Broker in copia conoscenza - lettera di presa in carico con indicazione del numero di sinistro, del soggetto incaricato della gestione del sinistro e dei relativi recapiti. Nei termini contrattualmente previsti il sinistro sarà dunque gestito dalla Società che manterrà a proprio carico tutti i relativi costi - fermi i limiti disciplinati in polizza - anche nel caso in cui a conclusione dello stesso il sinistro dovesse risultare pari o inferiore all'importo della SIR. Resta comunque inteso tra le Parti che, ove a seguito delle valutazioni esperite dalla Società a seguito del ricevimento della denuncia di sinistro, quest'ultima ritenesse che la valorizzazione del potenziale danno risulti inferiore all'importo della SIR, sarà impegno della stessa fornire alla Contraente la propria diversa valutazione integrando la propria tesi per iscritto con adeguata documentazione di supporto. In tal caso la Contraente – previo confronto con la Società che potrà avvenire anche in seno alla prima riunione utile del CVS – assumerà la gestione del sinistro trovando così applicazione il disposto di cui alla lettera A che precede.

Art. 5 Comunicazione ai sensi dell'art. 13 L. 8 marzo 2017, n. 24

Alla ricezione della notifica dell'atto introduttivo del giudizio o all'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato o dell'azione giudiziaria, ai sensi della legge 24 del 2017, l'Azienda si attiva per individuare i nominativi degli operatori che hanno preso parte al percorso diagnostico/terapeutico oggetto della richiesta di risarcimento.

Per i sinistri che rientrino nella casistica di cui alla lettera B che precede (unici ai quali si applica la disciplina che segue) anche la Società, per il tramite del proprio medico legale e nel momento in cui ne abbia concreta possibilità, concorrerà

ad esprimersi in merito alle potenziali responsabilità dei singoli operatori interessati nel sinistro individuandone, laddove possibile ed in termini percentuali, il contributo causale.

Entro 15 giorni dal completamento dell'istruttoria medico-legale, la Società trasmette alla Azienda l'elenco degli operatori ritenuti interessati nel sinistro.

Art. 6 Gestione della Mediazione

Nel caso l'istanza introduttiva della procedura di conciliazione avanti un organismo di mediazione coincidesse con il primo atto ricevuto dall'Azienda, troverà applicazione la procedura disciplinata nella sezione "Fase di Apertura del Sinistro" che precede.

Nel caso in cui l'oggetto della convocazione dell'organismo di mediazione riguardasse:

- *danni materiali del valore inferiore o uguale ad* € 250.000,00;
- *lesioni personali espressamente quantificate da controparte in un importo inferiore o uguale ad* € 250.000,00;

l'Azienda procederà, dunque, nei termini previsti alla lettera A che precede.

Per i casi diversi, invece, resta inteso che in considerazione dei ristretti tempi previsti dal D.Lgs. 28/2010 e s.m.i., l'Azienda dovrà trasmettere alla Società la convocazione dell'organismo nel minor tempo possibile, cui dovrà farà seguito con la documentazione necessaria per una rapida e compiuta istruzione del sinistro che verrà gestito nei termini previsti alla lettera B che precede.

Ove la richiesta avanzata risultasse carente di una espressa quantificazione economica del petitum, le Parti esperiranno rapida valutazione della potenziale esposizione. Ove la Società valutasse la stessa in misura inferiore alla SIR ne darà immediata comunicazione all'Azienda allegando alla propria valutazione la relativa documentazione a supporto e quest'ultima procederà alla gestione nei termini previsti dalla lettera A che precede.

Con riferimento ai sinistri di importo pari o superiore alla SIR, le Parti saranno tenute ad adottare e a concertare - entro i termini utili ad evitare pregiudizi - ogni iniziativa necessaria all'osservanza degli adempimenti previsti dalle vigenti norme di legge e dalle specifiche disposizioni contenute nel regolamento dell'Organismo individuato per l'espletamento della procedura di mediazione.

Nel caso in cui la convocazione avanti un organismo di mediazione interessasse un sinistro già istruito e gestito dalla Società nei termini previsti alla lettera B che precede, le valutazioni relative alla partecipazione alla mediazione nonché, in caso di adesione, le eventuali determinazioni (an e quantum) in ordine alla opportunità di sottoscrivere la proposta di conciliazione potranno coordinarsi con quelle svolte nell'ambito del CVS, laddove la pratica sia stata dallo stesso già analizzata.

La Società riscontra in modo esplicito e per iscritto le istanze introduttive della procedura di mediazione che le vengono proposte entro i termini previsti dalla procedura e fornisce comunque una propria motivata decisione con un preavviso tale da consentire al Contraente il rispetto di ogni termine previsto dalla procedura di mediazione e dalla legge garantendo in ogni caso la refusione delle spese sostenute dalla Contraente ove quest'ultima ritenga – indipendentemente dalla adesione della Società - di aderire all'invito ricevuto dal Terzo danneggiato e/o dal suo legale. La Società si impegna altresì – nell'esclusivo caso in cui la stessa non ritenesse opportuna la propria partecipazione alla procedura di mediazione - a fornire alla Contraente l'autonomia di definizione del sinistro - ove ne sussistano i presupposti - anche per importi eccedenti la SIR che, ferme le condizioni ed i limiti previsti dalla presente polizza, resteranno a carico della Società. Quest'ultima garantirà altresì l'applicazione di quanto disposto dal successivo Articolo "Istruzione del Sinistro e Definizione Strategie di Gestione" compresa l'indicazione del *range* entro il quale

ipotizzare l'importo della eventuale trattativa ed allegando la documentazione necessaria a supportare l'attività della Contraente nella fase della procedura di conciliazione.

Resta inteso che, nel caso entrambe le Parti (Società e Contraente) ritengano di non partecipare alla mediazione, le stesse predisporranno di comune accordo una comunicazione da inviare all'organismo di mediazione corredata dei ravvisabili "giustificati motivi.

La Società si impegna a farsi carico degli eventuali oneri di cui all'art. 8 comma 5 del D.lgs. 4 marzo 2010, n. 28.

Art. 7 Fase di Gestione dell'eventuale Contenzioso Giudiziario

Resta convenuto tra le Parti che nei casi in cui, in base alla polizza, vi è diritto all'assistenza legale e peritale, la Società è tenuta a fornire alla Contraente e/o Assicurato, mediante comunicazione scritta ed entro un termine utile a non compromettere il pieno esercizio del diritto di difesa, gli estremi del legale incaricato per la gestione della vertenza nonché, ove necessario, di eventuali tecnici (perito / medici legali).

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

Ai sensi dell'art. 1917 del Codice Civile 3° comma le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, comprese le spese e gli oneri della mediazione e della conciliazione, nonché quelle per gli onorari del collegio dei CTU, sono a carico della Società, anche in eccesso al massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda, ma entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stesso.

Fermo quanto riportato sopra la Contraente provvederà a trasmettere indicazione del legale ed eventuale medico-legale individuati, sulla base della rosa sotto riportata e costituita da professionisti scelti di comune accordo tra le Parti, quali destinatari desiderati per la gestione del contenzioso:

- Avv. ……
- Avv. ……
- Avv. ……
- Avv. ……
- Medico legale ……
- Medico legale ……
- Medico legale ……
- Medico legale ……

Resta comunque inteso tra le Parti che sarà facoltà della Società ratificare - per i sinistri il cui petitum risulti superiore al doppio della SIR – l'indicazione del/i professionista/i fornita dalla Contraente o incaricare diverso/i professionista, purché presente nella rosa di cui sopra, dandone contestuale ed immediata comunicazione alla Contraente stessa.

Analoga procedura sarà seguita nel caso in cui un dipendente riceva personalmente la notifica di un atto di citazione (anche a titolo di "costituzione di parte civile" in un procedimento penale) e richieda il patrocinio legale all'Azienda.

Art. 8 Comitato Valutazione Sinistri - CVS

Lo svolgimento dell'attività istruttoria elencata nella presente procedura, sarà coordinata con quella svolta nell'ambito del CVS.

Gli obiettivi principali del CVS consistono nel:

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

Ai fini della buona e proficua conduzione degli incontri di CVS, la Società si impegna a trasmettere, in tempo utile e comunque entro 10 giorni dalla data prevista per il CVS, l'elenco dei sinistri da iscrivere all'ordine del giorno, la documentazione riferita all'istruttoria di ciascun sinistro, ivi incluse le relazioni medico legali disposte dai fiduciari della Società e qualsiasi ulteriore documentazione utile a consentire alla Contraente di effettuare le più opportune valutazioni sui sinistri in discussione.

- La società si impegna inoltre ad inviare alla contraente un report riepilogativo dei singoli sinistri inseriti nell'ordine del giorno, contenente:
- le motivazioni di opportunità alla base del diniego o dell'ipotesi transattiva;
- eventuali precedenti giurisprudenziali di rilievo ed attinenti con il caso oggetto dell'analisi;
- quantificazione del sinistro con valorizzazione percentuale delle diverse soluzioni costituenti il "*best scenario*" ed il "*worst scenario*".

In seno al CVS sarà possibile informare la Società sullo stato del contenzioso rientrante nella SIR e gestito in autonomia dalla Azienda.

La Società si impegna a partecipare attivamente, presenziando con un proprio fiduciario (medico legale e/o specialista), alle sedute del CVS organizzate dalla Contraente al fine di collaborare alla gestione dei sinistri valutando la fondatezza delle richieste risarcitorie e convenendo, congiuntamente con il CVS, le eventuali tesi difensive.

La Società si impegna altresì a garantire la funzionalità del Comitato, con le medesime modalità di cui sopra, anche dopo le scadenze del contratto per l'analisi dei sinistri aperti sulla presente polizza. Tale impegno sarà relativo ad un numero di riunioni che avranno luogo, a semplice richiesta della Contraente, fino alla data in cui tutti i sinistri che abbiano interessato la garanzia di cui alla presente polizza abbiano trovato compiuta definizione.

Al Comitato prenderanno parte i seguenti professionisti:

- **……**
- **……**

Art. 9 Istruzione del Sinistro e Definizione Strategie di Gestione

Poiché la garanzia assicurativa prestata dalla presente polizza prevede l'applicazione di Self Insured Retention -SIR-, resta inteso tra le Parti che la Società è tenuta ad acquisire, ove la gestione del contenzioso sia alla stessa demandata, il preventivo esplicito consenso della Contraente prima di provvedere al tentativo di definizione e successiva liquidazione di qualsiasi risarcimento.

Qualora la Società ritenga opportuno liquidare in transazione un sinistro dalla stessa assunto in gestione, per un importo complessivamente dovuto sia inferiore che superiore alla SIR, essa provvederà - prima di attivare qualsiasi trattativa con la controparte - a darne comunicazione scritta alla Contraente indicando, un *range* entro il quale ipotizzare l'importo su cui impostare la trattativa ed allegando la seguente documentazione necessaria a supportare la propria proposta:

a) dichiarazione di non aver ancora in alcun modo avviato alcun tentativo di transazione con la controparte e/o il legale/fiduciario dalla stessa incaricato;

b) copia della relazione redatta dal medico legale cui è stata affidata la valutazione del sinistro con indicazione espressa della quantificazione del danno emerso a seguito di visita obiettiva (che verrà eseguita laddove il medico legale lo ritenga opportuno) e delle aree di criticità evidenziabili;

c) relazione - redatta dalla Società stessa e/o da proprio fiduciario legale e/o dai professionisti cui la Società ha affidato la gestione dei sinistri - nella quale vengono illustrate:

- le motivazioni di opportunità alla base dell'ipotesi transattiva;
- limitatamente ai soli casi di particolare interesse e specificità, le precedenti pronunce giurisprudenziali di rilievo ed attinenti con il caso oggetto dell'analisi;
- la verosimile valorizzazione percentuale delle due diverse soluzioni costituenti il "*best scenario*" ed il "*worst scenario*" ipotizzabili in caso di mancata adesione alla soluzione transattiva, entrambe integrate con le relative ipotesi di potenziale quantificazione economica.

Nel caso in cui la Contraente non ritenesse necessari gli ulteriori approfondimenti di cui ai paragrafi che seguono, entro i 30 (trenta) giorni successivi al ricevimento della documentazione di cui sopra da parte della Società, la Contraente stessa dovrà formulare propria adesione o diniego all'ipotesi proposta dalla Società.

Resta tuttavia inteso tra le Parti che, ove nei **30 (trenta)** giorni successivi al ricevimento di quanto sopra, la Contraente dovesse inviare formale comunicazione con cui ritiene necessario integrare/supportare la documentazione di cui sopra con la valutazione di uno o più specialisti, sarà onere della Società procedere a tale integrazione tramite invio di tutta la documentazione disponibile al/i fiduciario/i nominativamente indicato/i dalla Contraente nella comunicazione di cui sopra, disponendone l'incarico e sostenendone direttamente i relativi oneri fino ad un importo massimo di **€ 500,00** complessivamente quantificato ed omnicomprensivo per ciascun sinistro.

Sarà altresì vincolante impegno di entrambe le Parti garantire che, entro i **10 (dieci)** giorni successivi dalla ricezione da parte della Società della comunicazione inviata dalla Contraente, lo/gli specialista/i riceva/no:

a) da parte della Società copia integrale:

- della documentazione sanitaria acquisita nella fase di istruzione del sinistro;
- della relazione medico-legale acquisita dalla Società nella fase di proposta più sopra illustrata;

b) da parte della Contraente copia integrale dell'eventuale documentazione ulteriore presente nel fascicolo del sinistro.

La Contraente si impegna, altresì, a garantire che entro i 30 (trenta) giorni successivi al ricevimento della documentazione di cui sopra lo/gli specialista/i trasmetta/no alla stessa ed alla Società la relazione redatta.

Al ricevimento della nuova relazione da parte della Società, il sinistro verrà riesaminato per una valutazione collegiale nel primo CVS utile, in ogni caso entro il termine utile a non vanificare la trattativa, al fine di stabilire la migliore strategia da intraprendere. In tale occasione la Contraente dovrà formulare propria adesione o diniego all'ipotesi proposta dalla Società; nell'anzidetto caso saranno indicate le motivazioni di opportunità alla base del diniego all'ipotesi transattiva.

Art. 10 Gestione della Transazione e Pagamento del Risarcimento

Nel caso in cui la Contraente abbia aderito alla proposta di transazione ricevuta dalla Società nei termini di cui sopra, quest'ultima avvierà i contatti con il Terzo danneggiato e/o il legale/fiduciario dallo stesso incaricato ed aggiornerà costantemente la Contraente circa gli sviluppi della trattativa.

Considerato altresì il livello di compartecipazione della Contraente al pagamento del risarcimento, resta inteso tra le Parti che, per tutti i casi in cui l'importo più alto del *range* entro il quale è stato ipotizzato di impostare la trattativa risulti a carico della Contraente per un importo pari o superiore al 50%, sarà facoltà di quest'ultima chiedere che la trattativa sia gestita di concerto ~~e~~ nelle modalità che saranno appositamente definite tra le Parti.

Per i casi in cui la trattativa sia gestita dalla sola Società, sarà onere di quest'ultima acquisire dalla controparte la documentazione originale a comprova delle spese sostenute ed oggetto di risarcimento nonché le dichiarazioni, rese ai sensi del DPR 445/2000, circa l'inesistenza di altri soggetti tenuti alla compartecipazione al pagamento delle spese e/o del risarcimento corrisposto con la transazione effettuata dalle Parti ed alla contestuale garanzia di manleva, da parte della controparte stessa, nel caso di future azioni di rivalsa esperite nei confronti della Società e/o della Contraente da soggetti che, a qualsiasi titolo, abbiano sostenuto spese correlate al danno oggetto della transazione.

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

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

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

Art. 11 COMUNICAZIONI

L'e-mail è la modalità ordinaria di scambio di informazioni e/o comunicazioni, ivi compresi l'apertura dei sinistri e le comunicazioni in ordine all'avvenuta notifica di atti processuali, tra la Società, l'Azienda e il Broker.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Responsabilità Civile Sanitaria-Pubblico
Assicurato: 90040309 – Contratto : 169646

ASST PAVIA
Viale Repubblica, 34
27100 – Pavia

CLAUSOLE VESSATORIE

Condizioni Generali di Assicurazione

- Art.1) – Durata dell'Assicurazione- Proroga - Disdetta
- Art.2) – Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione
- Art.3) – Pagamenti per variazioni con incasso di premio
- Art.5) – Gestione della Polizza
- Art. 12) – Foro competente
- Art. 17) – Obblighi della Contraente e/o dell'Assicurato – Denuncia del sinistro
- Art. 18) – Gestione delle vertenze di danno – spese legali e peritali
- Art. 22) – Recesso in caso di sinistro

Massimali Assicurati

Self Insured Retention (SIR)

Responsabilità Civile verso Terzi e verso prestatori d'opera

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

Limiti di indennizzo per sinistro

Documento emesso in forma digitale, Milano 11 gennaio 2023

Il Contraente

Firmato da:
MARCO PATERNOSTER
Codice fiscale: PTRMRC70L31F205V
Valido da: 21-01-2022 12:08:39 a: 21-01-2025 02:00:00
Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT
Riferimento temporale "SigningTime": 31-07-2023 17:10:44
Motivo: Approvo il documento

SHAM

Firmato digitalmente da: Dominique Hubert Raymond Godet
Organizzazione: SHAM (SOCIETE HOSPITALIERE D'ASSURANCES MUTUELLES)/97843200581
Data: 26/07/2023 11:09:26